



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

MARIA ALBANEIDE FORTALEZA

**ESPAÇO COLETIVO DE APRENDIZAGEM SOBRE A INTEGRALIDADE DAS
PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA (PSE)**

FORTALEZA – CEARÁ

2019

MARIA ALBANEIDE FORTALEZA

ESPAÇO COLETIVO DE APRENDIZAGEM SOBRE A INTEGRALIDADE DAS
PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos.

FORTALEZA – CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Fortaleza, Maria Albaneide .

Espaço coletivo de aprendizagem sobre a integralidade das práticas educativas em saúde no programa saúde na escola (PSE) [recurso eletrônico] / Maria Albaneide Fortaleza. ? 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 173 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2019.

área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos.

1. Promoção da saúde. 2. Integralidade em saúde.
3. Saúde escolar. I. Título.

MARIA ALBANEIDE FORTALEZA

ESPAÇO COLETIVO DE APRENDIZAGEM SOBRE A INTEGRALIDADE DAS
PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA (PSE)

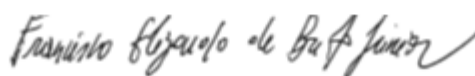
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 31 de janeiro de 2019.

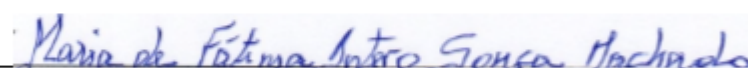
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Francisco Elizauo de Brito Júnior¶
Universidade Regional do Cariri – URCA¶



Prof.^a Dr.^a Maria de Fatima Antero Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri – URCA.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, equilíbrio, paciência, coragem e saúde para superar os obstáculos que apareceram nesta caminhada.

Aos meus pais, Otacílio e Deumiza pela força e ajuda em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos e sobrinhos pelos momentos compartilhados nesta caminhada.

À Prof.^a Dr.^a Álissan Karine Lima Martins, pela orientação e por toda a contribuição dada a este trabalho.

Aos Membros da Banca Examinadora, por terem aceitado o convite e disponibilizado o seu tempo para contribuir com o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos professores Dr. Francisco Elizaudo de Brito Júnior, Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos e a Dr.^a Maria de Fátima Antero, pelas valiosas orientações e contribuições no Projeto de Pesquisa.

Aos docentes, funcionários e colaboradores do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará e a Universidade Regional do Cariri, por todo o suporte dado durante esses dois anos de Mestrado.

Aos meus queridos colegas da 1^a turma do Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente na região do Cariri pela amizade construída, palavras de otimismo, pelos momentos felizes e momentos difíceis que conseguimos superar juntos.

À minha amiga Maria Lucileide Costa Duarte a que sempre me incentivou e acompanhou nesta caminhada.

À colega Kamille Ribeiro Sampaio, pelo suporte, orientações e sugestões no desenvolvimento do projeto de pesquisa, principalmente nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

Aos Secretário de Saúde e de Educação, Diretores, Supervisores, Professores e Enfermeiros do ESF, que colaboraram como sujeitos desta pesquisa, através de seus depoimentos, suas experiências, me recebendo de forma atenciosa, minha eterna gratidão.

Aos Secretário Municipal de Saúde e Secretaria de Políticas Para a Educação pelo apoio à realização da pesquisa.

À Coordenação do Programa Saúde na Escola – PSE, pelo apoio e colaboração.

À Presidente do Sindicato dos Servidores Público de Campos Sales pelo suporte legista para o desenvolvimento do Círculo de Cultura.

Àqueles que, porventura, eu tenha me esquecido de citar o nome, minhas desculpas e meus sinceros agradecimentos.

“E fundamental diminuir a distância entre o que diz e o que faz, de tal maneira que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

(Paulo Freire)

RESUMO

A integralidade das práticas educativas implementa a qualidade de vida, assistência e atenção à saúde do adolescente. Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE) vem responder a necessidade de oferecer uma atenção integral a esse público, para que isso aconteça de forma apropriada que haja uma maior integração entre a saúde e educação. Esta pesquisa tem como premissa fomentar espaço coletivo e troca de aprendizagem sobre a integralidade das práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escola. Trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa, utilizou-se como referencial metodológico os círculos de cultura, propostos por Paulo Freire. Realizada no município de Campos Sales-Ceará, no período de março a setembro de 2018, junto a 20 profissionais da educação e da saúde, sendo 14 educadores e seis enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF) da rede pública de ensino e da saúde. A produção dos dados se deu em dois momentos, inicialmente, por meio de visita de campo, com um roteiro de entrevista semiestruturada e a observação não sistemática, realizada no local dos serviços. Para registro utilizou-se no primeiro momento recursos de gravação de áudio e diário de campo. As informações foram ordenadas, classificadas e analisadas, que resultou no diagnóstico situacional, nas quais emergiram duas categorias: percepções e práticas. Na segunda etapa, as intervenções foram realizadas por meio de cinco Círculos de Cultura, em cada fase estimulou o diálogo, a reflexão crítica e a aproximação dos participantes com os componentes da promoção da saúde. Para registro utilizou-se fotografias e filmagem de imagem de vídeo. Com relação as práticas educativas em saúde no PSE foram abordadas: as características e saúde dos adolescentes; o novo desenho da política intersetorial entre a educação e saúde; as práticas educativas em saúde no cenário escolar; integralidade do cuidado em saúde no PSE e a elaboração do plano matriz do PSE. A análise foi realizada pela triangulação dos dados sob o referencial teórico da Política Nacional de Educação Popular em Saúde-PNEPS-SUS. Nas primeiras oficinas, a percepção dos profissionais sobre adolescência como um período de transição entre a infância e a idade adulta e a concepção de saúde numa visão ampliada. Nos momentos subsequentes, os trabalhadores desconhecem o PSE. Entretanto, reconhecem as suas práticas educativas que se dão de modo pontual, fragilizadas e desarticuladas. Os resultados apontaram a inexistência da

integralidade das práticas educativas entre os setores. A partir dos Círculos, houve a confirmação dos achados das entrevistas na fase exploratória da pesquisa, percebeu-se o deslocamento da apreensão dos profissionais da saúde e educação em relação a fragilidade e as limitações das práticas educativas em saúde no contexto escolar, reafirmando, assim, o desfecho da Revisão Integrativa da Literatura. Prosseguindo as discussões, emergiu a proposta do plano matriz para PSE, potencializando o Círculo como espaço coletivo de aprendizagem, o que possibilitou a primeira aproximação dos profissionais dos dois setores, contribuindo para melhoria das práticas educativas. Para isso, são necessários investimentos em educação permanente em saúde que possam fomentar a constituição de novos espaços públicos de compartilhamento de saberes, vislumbrando organização dos serviços, objetivando o aprimoramento das ações do PSE, e oferecer subsídios para futuras pesquisas na área da saúde escolar.

Palavras - chave: Promoção da saúde. Integralidade em saúde. Saúde escolar.

ABSTRACT

The integrality of the educational practices implements the quality of life, care and attention to the health of the adolescent. In this sense the research has as premise to develop the construction of collective space and exchange of learning about the integrality in the educational practices in the Health in School Program (PSE). A study of a qualitative approach of the research-action type, was used as methodological reference the circles of culture, proposed by Paulo Freire. Twenty health and education professionals participated, with 14 educators and six nurses from the Family Health Strategy (ESF) of the education and health network of the municipality of Campos Sales-Ceará. The production of the data was initially done through field visits, counting as instruments the semi-structured interview and the non-systematic observation, for recording was used photographs and video image filming, and the steps of the Culture Circle stimulated the dialogue, critical reflection and approximation of the participants with the components of health promotion. Afterwards, five meetings were held, in which aspects of the characteristics of the adolescents were discussed, the concept of health, a new design of the intersectoral policy between education and health, integrality in educational practices in the school setting, integrality of health care in the PSE and preparation of the PES master plan. The analysis was performed by triangulation of the data under the theoretical reference of the National Policy of Popular Education in Health-PNEPS-SUS. The results were structured considering the situational diagnostic data, the concept categories and practices followed to the Circles. At first, the professionals understood the concept of adolescent as a transition period between childhood and adulthood and conceptualize health in an expanded perspective, but also identified the educational practices of the PSE in a punctual, fragile and disjointed form, of the integrality of the educational practices between the sectors. From the Circles he noticed the displacement of the apprehension that there was confirmation of the findings of the diagnostic interviews. It is the proposal of the matrix plan points to the potentiality of the Circle as a space of construction of the integrality of educational practices between health and education, collaborating for the integral training of schoolchildren in the public school system. To this end, investments in permanent health education are necessary to contribute to the transformation of educational practices and the organization of services

constitute essential strategies to improve the actions of the PSE and offer subsidies for future research in the area of school health.

Keywords: Health promotion. Integrality in health. School health.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|------------|
| Figura 1 – Campos Sales (CE)..... | 52 |
| Figura 2 – Ciclo de investigação-ação dos Círculos de Cultura..... | 55 |
| Figura 3 – Percepção dos profissionais acerca da adolescência..... | 67 |
| Figura 4 – Construção coletiva das características e a saúde dos adolescentes..... | 68 |
| Figura 5 – Cartaz sobre gravidez na adolescência..... | 92 |
| Figura 6 – Cartaz sobre alunos, álcool e drogas..... | 95 |
| Figura 7 – Cartaz sobre bullying entre os escolares..... | 97 |
| Figura 8 – Diagrama Síntese das Ideias Centrais encontradas nos discursos dos participantes da oficina “Educação e Saúde do Adolescente” segundo o Círculo de Cultura..... | 98 |
| Figura 9 – Diagrama de avaliação da oficina segundo o Círculo de Diálogo..... | 101 |
| Figura 10 – Esquema sobre as ações do Programa Saúde na Escola na oficina PSE..... | 105 |
| Figura 11 – Esquema sobre a rede de proteção à criança e ao adolescente na 2º oficina PSE..... | 108 |
| Figura 12 – Quadro síntese das situações encontradas nos discursos dos participantes referentes as práticas educativas em saúde no PSE..... | 117 |
| Figura 13 – Painel síntese dos casos atendidos pelo PSE nos discursos dos participantes referente a integralidade do cuidado do adolescente..... | 127 |
| Figura 14 – Modelagem representando a avaliação da 4º oficina interalidade do cuidado do adolescente..... | 131 |
| Figura 15 – Técnica dança circular encerramento da 4º oficina interalidade do cuidado do adolescente..... | 132 |
| Figura 16 – Confraternização do encarremeto da 4º oficina interalidade do cuidado do adolescente..... | 132 |
| Figura 17 – Quadro síntese das situações problemas e classificação do PSE na 5ª oficina Plano Municipal do PSE..... | 134 |

| | |
|---|------------|
| Figura 18 – Quadro síntese da classificação das ações do PSE na 5ª oficina Plano Municipal do PSE..... | 136 |
| Figura 19 – Quadro síntese dos objetivos na 5ª oficina Plano Municipal do PSE..... | 136 |
| Figura 20 – Síntese articulação dos problemas, objetivos e elaboração do PMPSE, 5º oficina..... | 139 |
| Figura 21 – Síntese das palavras forças da 5º oficina Plano Municipal do PSE..... | 140 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| AB | Atenção Básica |
| CE | Ceará |
| CF | Constituição Federal |
| CNEPS | Comitê Nacional de Educação em Saúde |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| CRAS | Centro de Referência da Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado da Assistência Social |
| CT | Conselho Tutelar |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| EMP | Equipe Multiprofissional |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GTI-M | Grupo de trabalho Intersetorial Municipal |
| LDB | Lei Diretriz de Base de Educação |
| MEC | Ministério da Educação |
| MP | Ministério Público |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organizações das Nações Unidas |
| OPS | Organização Pan Americana de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNI | Programa Nacional de Imunizações |
| PNPSE SUS | Política Nacional de Educação Popular em Saúde |
| PPP | Programa Saúde na Escola no Plano Político Pedagógico da Educação |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| SINSPECUS | Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Campos Sales |
| SUS | Sistema Único da Saúde |
| TCL | Termo Consentimento Livre e Esclarecido |
| TEMP | Trabalho em Equipe Multiprofissional da Saúde |
| TI | Termo de Imagem |

| | |
|--------|---|
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UECE | Universidade Estadual do Ceará |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| URCA | Universidade Regional do Cariri |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 18 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 23 |
| 2.1 | GERAL..... | 23 |
| 2.2 | ESPECÍFICOS..... | 23 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 24 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 32 |
| 4.1 | CONCEITO DE INTEGRALIDADE..... | 32 |
| 4.2 | POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (PNEPS)..... | 34 |
| 4.2.1 | Diálogo | 35 |
| 4.2.2 | Amorosidade..... | 38 |
| 4.2.3 | Problematização..... | 39 |
| 4.2.4 | Construção Compartilhada do Conhecimento..... | 40 |
| 4.2.5 | Emancipação..... | 41 |
| 4.2.6 | Compromisso com a Construção do Projeto de Educação Popular | 42 |
| 4.3 | PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)..... | 42 |
| 5 | REFERENCIAL METODOLÓGICO – CÍRCULOS DE CULTURA PAULO FREIRE..... | 45 |
| 5.1 | O CÍRCULOS DE CULTURA PAULO FREIRE..... | 45 |
| 5.1.1 | O método de Paulo Freire: círculos de cultura..... | 46 |
| 6 | MÉTODO..... | 48 |
| 6.1 | DELINEAMENTO DO ESTUDO..... | 48 |
| 6.2 | LOCAL DA INVESTIGAÇÃO..... | 51 |
| 6.3 | PARTICIPANTES..... | 53 |
| 6.4 | PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS..... | 54 |
| 6.5 | ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 58 |
| 6.6 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 59 |
| 7 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 61 |
| 7.1 | CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS..... | 61 |
| 7.1.2 | Diagnóstico situacional..... | 65 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 7.3 | ...PERCEPÇÃO..... | 735 |
| 7.3.1 | Conhecimento da adolescência..... | 65 |
| 7.3.2 | Saúde do adolescente..... | 65 |
| 7.3.3 | Programa saúde na escola..... | 71 |
| 7.4 | PRÁTICAS..... | 75 |
| 7.4.1 | Ações educação e saúde..... | 75 |
| 7.4.2 | Integralidade | 79 |
| 7.5 | CÍRCULOS DE CULTURA: INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA... | 85 |
| 7.5.1 | 1º Oficina: adolescente: saúde do adolescente..... | 85 |
| 7.5.2 | 2º Oficina: Programa saúde na escola..... | 99 |
| 7.5.3 | 3º Oficina: Práticas educativas no programa saúde na escola..... | 110 |
| 7.5.4 | 4º Oficina: Integralidade do cuidado no programa saúde na escola | 119 |
| 7.5.5 | 5º Oficina: Plano Municipal do Programa Saúde na Escola..... | 133 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 143 |
| | REFERÊNCIAS..... | 146 |
| | APÊNDICES..... | 156 |
| | APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 157 |
| | APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 158 |
| | APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 159 |
| | APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM | 160 |
| | APÊNDICE E – 1º OFICINA: ADOLESCÊNCIA: SAÚDE E EDUCAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA..... | 161 |
| | APÊNDICE F – 2º OFICINA: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)..... | 164 |
| | APÊNDICE G – 3º OFICINA: PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) | 165 |
| | APÊNDICES H/I – CÍRCULO DE CULTURA SOBRE INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): UMA ABORDAGEM PROBLEMATIZADORA..... | 166 |

| | |
|--|------------|
| ANEXO..... | 171 |
| ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 172 |

1 INTRODUÇÃO

O termo integralidade é considerado polissêmico e traz uma série de potencialidades. A Constituição Federal de 1988 aponta como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, o princípio da integralidade foi definido na Lei N° 8.080/90, em que orienta as práticas de saúde no sentido de ofertar assistência integral ao cidadão, incluindo ações de promoção, proteção, prevenção, atenção e reabilitação em todos os níveis de proteção.

Assim, a integralidade torna-se eixo prioritário da política de saúde como meio de concretizar as ações na intenção de compreender a operacionalização do sistema a partir dos processos organizativos, da implantação de inovações no cotidiano nos serviços e nas relações entre os níveis de gestão do SUS (PINHEIRO, 2014).

Compreende-se a integralidade como um dos pilares constitucionais do SUS, que se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção, prevenção, atenção e reabilitação e demais ações para atenção em saúde. Nesse sentido, busca-se garantir ao indivíduo e a família uma assistência integral desde o primeiro nível de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dentre os níveis de atenção do sistema de saúde, destaca-se a atenção básica que prevê o protagonismo da multiplicidade de profissionais envolvidos nas diversas áreas do conhecimento e na recomposição dos processos de trabalho para gerar intervenções práticas de forma integrada na produção do cuidado.

Aproximando com essa concepção, Fracolli et al. (2011) denominam o conceito de integralidade como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, especialmente na questão da abordagem multidisciplinar, que se consolidará pela busca de ampliar as possibilidades dos cuidados de saúde de um grupo populacional na perspectiva do diálogo.

Por sua vez, Cecílio (2009) ao dialogar sobre integralidade aborda duas definições: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada. A integralidade focalizada constitui-se no espaço microssocial é compreendida na confluência dos diversos saberes de uma equipe multiprofissional no contexto dos serviços de saúde e na busca por escutar e traduzir integralmente as necessidades do indivíduo. Já a segunda, a integralidade ampliada, é projetada no âmbito macrossocial e pode ser

compreendida na articulação entre setores a uma rede complexa que inclui tanto os serviços quanto as possibilidades institucionais ou societárias.

Nesse contexto, busca a integração de políticas públicas no campo da educação e da saúde, promovendo ação intersetorial entre as equipes de saúde da família e de educação básica, e a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2015). Essa se dá por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde de modo a contribuir para a melhoria das condições de vida dos adolescentes e fortalecer ao acesso aos serviços de saúde na atenção básica.

A partir desse olhar, Santos et al. (2012) apontaram a escola como o espaço privilegiado para o desenvolvimento das práticas em saúde dada a sua capilaridade e abrangência, e por ser um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde.

Parte-se, portanto da compreensão de que a escola é um espaço potencial para desenvolvimento de políticas públicas de saúde e de educação, nas quais os princípios da integralidade e intersetorialidade se efetivam por meio do Programa de Saúde Escolar (PSE), para atender crianças e adolescentes da rede pública de ensino (BRASIL, 2015).

Tal programa consiste em uma estratégia de integração das políticas intersetoriais, propondo ser um novo desenho da política de Educação em Saúde, que estimule o desenvolvimento de práticas e estratégias de intervenção articuladoras entre as áreas de educação e de saúde, já que se fundamentam nos princípios do SUS, entre eles: universalidade, intersetorialidade, integralidade e participação ativa de todos os sujeitos, procurando concretizar as prática da Promoção da Saúde (BRASIL, 2015).

Assim, o PSE desenvolve suas ações baseado nos princípios da interdisciplinaridade e intersetorialidade, de forma que diversos profissionais estão inseridos em diferentes contextos, permitindo progressiva ampliação da troca de saberes e potencializados pela possibilidade de vivências e trabalho coletivo, além da articulação de segmentos como a escola, serviços de saúde, ação social, núcleos de esporte e cultura, dentre outros (BATISTA, 2015).

Pode-se dizer que, este programa executa ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde no enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem à saúde dos escolares da rede pública de ensino. Essas ações

devem ser operacionalizadas em interação entre a equipe da saúde e de educação (BRASIL, 2015).

Para o fortalecimento do PSE, é necessário buscar-se maior alinhamento com modelos de Promoção da Saúde com o uso das tecnologias relacionais e metodologias ativas para uma formação diferenciada como proposta de uma educação permanente em saúde.

Nesse entendimento, as práticas educativas normatizadas em um política de educação verticalizada precisam dar espaço para ações educativas participativas que reorientem o processo de trabalho dos serviços de saúde e proporcionem o desenvolvimento de habilidade dos profissionais para enfrentamento das limitações encontradas na operacionalização das práticas educativas.

Na fase teórica da pesquisa foi realizada a Revisão Integrativa de Literatura, nas bases de dados PUBMED, LILACS, MEDLINE, BVS e SCIELO, no período de abril a maio de 2017, possibilitando identificar sete artigos científicos que responderam à questão norteadora e que favoreceram a identificação de como ocorrem as práticas educativas em saúde no cenário escolar. Evidenciou que as ações executadas pelos trabalhadores de saúde são práticas educativas tradicionais e verticalizadas e acontecem de forma isolada, fragmentadas, pontuais, baixo nível de colaboração e participação, apresentam fragilidade na capacitação dos profissionais e escassez de estudos recentes.

Esses estudos demonstraram que as práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde no cotidiano da escola, verifica-se que essas têm enfatizado a transmissão de informações e o estímulo à mudança de comportamento individual em relação ao modo de cuidar em saúde. Concretamente, tais práticas têm se mostrado pouco efetivas para atender aos cuidados de saúde dos escolares e dos seus familiares (MAGALHÃES, 2015).

Outra questão é que os profissionais de saúde demonstram dificuldade e fragilidade na formação acadêmica para considerar os pressupostos da promoção e de metodologias ativas e dialógicas, que estimulem autonomia e o protagonismo dos sujeitos críticos e reflexivos. Assim, ampliar espaços de diálogo sobre a integralidade das práticas educativas no cenário escolar constitui-se como ponto de partida para aprendizagem significativa pautados em tecnologias leves na construção de novos conhecimentos (KANTOR et. al., 2010; HERMANN et al., 2015).

Apesar do avanço da literatura nessa direção, observa-se que há uma lacuna na formação dos profissionais de saúde para desenvolver estratégias de educação em saúde que atendam às transformações com base no pensamento crítico e na aprendizagem significativa (LIMA et al., 2013; WESTIN; SUNDLER; BERGLUND, 2015).

Alinhado com isso, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) e o referencial teórico da Educação Popular em Saúde apresentam-se como caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias, saberes e culturas para constituição de princípios teóricos orientadores para as práticas educativas em saúde.

Diante disso, observa-se a necessidade da formação profissional a partir da incorporação do referencial de educação popular em saúde (EPS) e alicerçada em uma abordagem dialógica que seja capaz de problematizar como se constroem as práticas educativas em saúde no contexto escolar e os aspectos envolvidos para o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais.

Para isso, é relevante fomentar abertura de espaço de diálogo, de troca e de vivências baseada nos processos educativos voltado para o aprendizado mútuo, respeitando o conhecimento prévio dos profissionais da saúde e de educação e à diversidade cultural. Necessitando assim, da incorporação de tecnologias leves privilegiando metodologias críticas e reflexivas dentro de uma perspectiva dialógica-libertadora, na produção do cuidado em saúde (FREIRE, 2008).

Diante disso, o Círculo de Cultura coloca-se como possibilidade de um caminho possível mostra-se como instrumento de atuação para problematizar, utilizando da reflexão e à análise crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva e enunciar perspectivas para as equipes da saúde e de educação. Com isso, fomenta-se o fortalecimento do diálogo entre os diferentes profissionais da comunidade escolar e de uma rede de enfrentamento intersetorial.

Considerando a fragilidade da integralidade aponta a necessidade de haver espaço numa perspectiva dialógica. A partir disso descrevem-se as seguintes questões norteadoras da pesquisa foram: “Como ocorre as práticas educativas no âmbito da saúde e a educação?” e se “Há integralidade das ações entre os setores de saúde e educação?”.

Frente a essas questões, justifica-se esse estudo para compreender como os profissionais estimula os espaços de diálogo e o compartilhamento de saberes sobre a integralidade nas práticas educativas em saúde numa perspectiva dialógica a partir de uma base teórica que possa sustentar sua formação permanente e qualificar a ação a fim de atender às demandas e necessidades dos adolescentes no PSE, no cenário escolar.

Nessa direção, o objeto de pesquisa fomentar espaço coletivo de troca e aprendizagem sobre as práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escola buscam conhecer como ocorre a integralidade dos dois setores e conseguir dialogar com os princípios da PNEPS-SUS, tais como diálogo, a problematização, a amorosidade, a emancipação, a construção compartilhada do conhecimento e construção de projeto democrático popular.

Diante desse contexto e tendo como referência os anos de experiências profissional na área de assistência social e no campo da saúde na coordenação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e, atualmente inserida na dinâmica do espaço escolar, emergiram algumas inquietações e questionamentos acerca das práticas educativas entre os setores de saúde e de educação. Dessa forma, aponta-se interesse por essa problemática, bem como refletir acerca das práticas educativas em saúde diferenciada, alicerçada no diálogo entre os que ensinam e aprendem numa perspectiva de emancipação.

Essa temática encontra-se articulado com a área de Concentração do Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente, na Linha de Pesquisa “Desenvolvimento da Criança e do Adolescente e suas conexões com a família e rede sociais”, posto que analisa os processos de trabalho que interfere no âmbito da saúde e da educação. Diante disso, a necessidade de elencar as equipes da saúde ESF e de educação como protagonista das práticas educativas no ambiente escolar.

Desse modo, os resultados dessa investigação poderão qualificar as práticas educativas em saúde e, conseqüentemente, a uma melhor assistência prestada aos escolares da rede pública de ensino é basilar para organização e ampliação das ações e serviços que colaborem com a integralidade dos setores de saúde e educação.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Fomentar um espaço coletivo de troca e aprendizagem sobre a integralidade nas práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escola, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS – SUS.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar as percepções sobre as práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escola (PSE);
- b) Promover reflexão sobre a integralidade das práticas educativas para saúde no PSE, e;
- c) Elaborar proposta de um plano matriz do PSE para integralidade das práticas educativa no PSE.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão integrativa de literatura é um procedimento que possibilita a síntese e análise do conhecimento científico existente sobre a temática investigada, de maneira sistemática, ordenada e abrangente em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, bem como permite que os leitores obtenham informações e avaliem a pertinência do processo empregado na elaboração da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Prosseguindo a discussão com os mesmos autores, este método permite ao pesquisador aproximar-se da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre a sua produção científica, de forma que o pesquisador possa conhecer a evolução do tema ao longo do tempo.

Por esse caminho, buscou-se conhecer as diferentes contribuições da integralidade das práticas educativas em saúde no contexto escolar, analisar os resultados em evidências acerca das intervenções intersetoriais vivenciadas no campo da saúde e da educação, prevalente nos últimos cinco anos.

Seguiu-se as etapas da sistematização da Revisão Integrativa da Literatura, a elaboração de pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, títulos, resumo, método, discussão dos resultados, conforme apresentação da revisão integrativa.

Integralidade nas práticas educativas no cenário escolar: revisão integrativa da literatura brasileira

Integrity in the educational practices in the scholar scenery: integrative revision in the brazilian literature

Maria Albaneide Fortaleza¹
Álissan Karine Lima Martins²

RESUMO

Objetivo: Analisar as produções científicas acerca da integralidade nas práticas educativas no contexto escolar. **Método:** Revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados PUBMED, LILACS, MEDLINE, BVS e SCIELO, por meio de cruzamento dos descritores: “ação intersetorial” e “saúde na escola”. Foram selecionadas sete publicações, das quais emergiram duas categorias temáticas:

¹ Maria Albaneide Fortaleza (albafortcs@yahoo.com.br) – Rua Coronel Baleco, 938, Centro. Campos Sales, CE, Brasil. CEP: 63.150-00

² Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Cariri, CE, Brasil.

estratégias para práticas educativas no cenário escolar e desafios e limites das práticas educativas no cenário escolar. **Resultados:** A análise dos estudos evidenciou que as ações executadas pelos trabalhadores de saúde são práticas educativas tradicionais e verticalizadas no ambiente escolar. Estes profissionais apresentaram dificuldade e fragilidades na formação para desenvolver práticas educativas mais dialógicas e participativas que possibilitem o processo na formação de cidadãos reflexivos e críticos em uma perspectiva ampliada de promoção de saúde. **Conclusão:** Potencializar processos educativos permanentes, os quais permitem habilitar profissionais para exercício de práticas educativas pautadas pela integralidade nas políticas públicas.

Palavras-chave: Promoção da saúde, ação intersectorial, saúde escolar, revisão.

ABSTRACT

Objective: To analyse scientific productions about integrality in the educative practices in the scholar context. **Method:** Integrative review of the literature realized in the bases of data PUBMED, LILACS, MEDLINE, BVS and SCIELO through of descriptors crossings: “intersectorial action” and “school health”. Seven publications were chosen, of these increase two thematic categories: skills to educative practices in the scholar scenery and challenges and limits of them. **Results:** The analyses of studies showed that actions executed by health professionals are traditional educative practices and introduced in the scholar environment. These professionals have difficulties and fragilities in the formation to develop more dialogical and participative educative practices that get possibility to the process in the formation of reflexive and critical citizens in a perspective applied of health promotion. **Conclusion:** To raise to power educative processes remain what let the ability to professionals to exercise of educative practice based for integrality in the public politics.

keywords: Health promotion, intersectorial action, scholar health, revision.

INTRODUÇÃO

A palavra integralidade encontra-se no discurso propagado por organismos internacionais ligado ao ideário da Atenção Primária à Saúde (APS) e de promoção de saúde¹. No entanto, este termo é dotado de diversos sentidos, expresso no contexto de luta do Movimento Sanitário brasileiro. No campo da saúde, a integralidade tem compressões que podem ser analisadas em três dimensões: na formulação de políticas de saúde, nas organizações dos serviços de saúde e nas práticas de saúde².

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca-se o de atenção básica enquanto contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde, caracterizados pela maior proximidade com usuários e a ênfase em ações preventivas e promoção da saúde. Assim, os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de tecnologia de alta complexidade que envolve

conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde³.

Para operacionalizar as práticas em educação e saúde, nas últimas décadas, o Ministério da Saúde e Ministério da Educação instituíram o Programa Saúde na Escola (PSE), pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, com objetivo de construir políticas intersetoriais no campo da saúde e da educação para melhoria da qualidade de vida dos educandos.

Dessa forma, trata-se a saúde e a educação integrais como parte de uma formação ampla para cidadania, a fim de enfrentar as vulnerabilidades no campo da saúde. A partir desta perspectiva, identifica-se a escola como espaço de relações, cuja dinâmica do ambiente é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, mediante práticas de promoção de saúde.

Essas práticas fundamentam-se na abordagem multidisciplinar, na articulação e no diálogo nas diferentes áreas do conhecimento, além de articular a rede pública de serviços. Soma-se, ainda, a participação ativa dos profissionais que compõem a equipe de saúde do PSE. Desta forma, é possível vislumbrar uma escola que forme cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade⁴.

No entanto, nota-se que as práticas educativas realizadas por profissionais de saúde no cotidiano da assistência têm enfatizado a transmissão de informações e o estímulo à mudança de comportamento individual em relação ao modo de cuidar em saúde. Tais práticas têm se mostrado pouco efetivas para atender às necessidades do cuidado à saúde dos escolares e dos respectivos familiares⁵.

Outro aspecto que merece destaque é que os profissionais de saúde demonstram dificuldade e fragilidade na formação para desenvolver metodologias mais dialógicas e participativas, que possibilitem o processo de formação de cidadãos reflexivos e críticos. Assim, a problematização da integralidade das práticas educativas no cenário escolar constitui-se como ponto de partida para aprendizagem significativa, na construção de novos conhecimentos pautados na necessidade de refletir e fundamentar cientificamente sobre as formas de intervir na realidade⁶⁻⁷.

Apesar do avanço da literatura nessa direção, observa-se lacuna na formação dos profissionais de saúde para desenvolver estratégias de ensino diversificada que

atendam às transformações, com base no pensamento crítico e na aprendizagem significativa⁸⁻¹⁰.

Com isso, a relevância deste estudo está ancorada na necessidade de compreender como os profissionais constroem suas práticas educativas em saúde, em uma proposta de educação crítica e reflexiva, a partir de uma base teórica que possa sustentar a formação continuada e qualificar a ação, a fim de atender às demandas dos usuários.

Assim, é imprescindível a construção de uma agenda única no planejamento das ações em educação e saúde entre os gestores e profissionais envolvidos nas políticas setoriais, particularmente, na integralidade das práticas educativas, centrado nas demandas e necessidades dos serviços de saúde, em que impacta no modo de cuidar dos escolares.

Face ao exposto, o estudo objetivou analisar as produções científicas acerca da integralidade nas práticas educativas no contexto escolar, além de proporcionar espaço de discussão que pode contribuir para consolidação do modelo de assistência pautada em um conceito ampliado de saúde.

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura, desenvolvida na fase teórica da pesquisa sobre análise da integralidade nas práticas educativas no cenário escolar, com propósito de compreender as intervenções intersetoriais vivenciadas no campo da saúde e da educação.

Para elaboração desta revisão integrativa, foram percorridas as seguintes etapas: seleção de hipóteses ou questões para revisão; amostragem; representação das características da pesquisa primária; análise dos achados; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão.

Inicialmente, para guiar a pesquisa, elaborou-se a questão norteadora: como ocorre a integralidade nas práticas educativas no cenário escolar?

A busca foi realizada de abril a maio de 2017, nas seguintes bases de dados eletrônicas: Bases de Dados da Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual do Brasil(BVS), Índice Cumulativo de Enfermagem(CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine*, USA (MEDLINE) e Pubmed Central (PMC).

Optou-se por essas bases de dados por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe. Foi utilizado o cruzamento do descritor “ação intersetorial” com descritor não controlado “saúde na escola”. Destaca-se que foi utilizado “*and*” entre o descritor controlado e o descritor não controlado, como operador booleano, em que foi estabelecido um período temporal.

Acerca dos critérios de inclusão, foram estabelecidos: pesquisas que abordassem a temática “integralidade nas práticas educativas no cenário escolar”, manuscritos publicados em língua portuguesa e inglesa, em formato de artigos originais, com disponibilidade na íntegra *on-line* e gratuitos e publicados nos últimos cinco anos. Como critério de exclusão: artigos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e nas bibliotecas pesquisadas. Destaca-se que a busca foi realizada de forma ordenada, respectivamente, Pubmed, MEDLINE, CINAHL, BVS, BDNF, SCIELO e LILACS. Desta maneira, as publicações que se encontravam indexadas em mais de uma base foram selecionadas na primeira busca.

Ao analisar as publicações brasileira, foram identificados 102 artigos, das seguintes bases de dados: 56 artigos da Pubmed Central (PMC), 32 da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde(LILACS), oito da Biblioteca Virtual do Brasil(BVS), cinco da *National Library of Medicine*, do *National Institute of Health* (MEDLINE) e um da Biblioteca Eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), que após análise minuciosa, apenas sete se adequavam aos critérios de inclusão. Na base de dados PUBMED, localizaram-se 56 estudos, entretanto, dois encontravam-se indexados na MEDLINE, concomitantemente. Enfim, foram excluídos noventa e cinco estudos por não atenderem aos critérios e sete estudos foram inclusos. A partir das buscas, obteve-se a seguinte distribuição de dados, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados, segundo periódicos e anos de publicação, 2017

| Periódicos | Anos de publicação | Artigos selecionados |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| Caderno de Saúde Pública | 2015 | 1 |
| Ciência e Saúde Coletiva | 2016 | 1 |
| Interface Comunicação Saúde e Educação | 2014 | 1 |
| Revista Brasileira de E. Médica | 2016 | 1 |
| Revista Brasileira de Política de Saúde | 2013 | 1 |
| <i>Journal of Human Growth and Development</i> | 2013 | 1 |
| <i>International Journal of Adolescence and Youth</i> | 2014 | 1 |
| Total | | 7 |

Fonte: Elaborada pela autora.

Dessa forma, foram inseridos, nesta revisão, sete artigos científicos, no período de 2013 a 2016, com quantitativo equânime de 2013, 2014 e 2016 (seis artigos), os quais representam 85,7% e, em 2015, apenas um artigo, que representa 14,3% das publicações incluídos no estudo. Este resultado demonstra que nos últimos anos, entre os setores de saúde e de educação, crescente interesse em executar políticas públicas intersetoriais em promoção da saúde no cenário escolar.

Em relação ao delineamento de pesquisa, identificou-se que das sete publicações, foram assim distribuídos: 5(71,4%) utilizaram abordagem qualitativa, um(14,3%) quantitativo e um(14,3%) misto, enquanto que cinco (71,4%) de natureza descritiva, 1(14,3%) do tipo exploratório e apenas um(14,3%) do tipo exploratório e descritivo.

Esses estudos são do tipo: pesquisa-ação, com maior significância, e um estudo de caso. A pesquisa-ação consiste em uma relação interacional entre o pesquisador e os pesquisados. Estas representam reflexão crítica, em que busca investigar a relação pedagógica entre os profissionais da educação e da saúde nas práticas educativas, a fim de orientar as futuras intervenções.

A pesquisa-ação é uma estratégia metodológica, concebida e realizada junto a uma ação ou unida à solução de problemas coletivos, em que pesquisadores e participantes estão envolvidos de maneira cooperativa ou participativa.

Os estudos foram realizados no Brasil, em grande parte, em municípios de porte médio, nas regiões Sudeste (Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro), que correspondem universo de 57,1%, enquanto que, 42,9% na região Nordeste (Ceará e Pernambuco).

Os participantes desses estudos foram os seguintes integrantes: quatro(57,1%) formado por grupos específicos, composto por gestores, coordenadores, profissionais de saúde, professores, agentes comunitários de saúde, auxiliares de serviços, alunos e mães, dois(28,6%) por adolescentes e um(14,3%) formado por crianças e adolescentes.

Para descrição e registro dos dados, utilizou-se a observação estruturada, assim distribuída: quatro(57,1%) a entrevista com maior predominância, dois(28,6%) questionário, e por último, um(14, %) diário de campo e observação participante.

A ênfase dos estudos esteve dirigida, em maioria, a processos educativos: ações em educação e saúde (85,5%), seguida de ações intersetoriais na prevenção de acidentes e da violência urbana (28,4%). Dado que despertou atenção referiu-se às intervenções realizadas de forma compartilhada e cooperativas em 71,6% dos estudos, enquanto que 28,4% das ações foram fragmentadas, pontuais e pouco efetivas na promoção da saúde no ambiente escolar.

Na classificação dos estudos, quanto ao contexto em que se realizaram, a maior parte foi em ambiente escolar, ao concentrar seis estudos (85,7%) em área de vulnerabilidade social, com maior incidência de violência, e em domicílio e comunidade escolar, apenas um estudo (14,3%).

No que diz respeito ao referencial teórico dos estudos, interligou-se a análise teórica e observação empírica, com enfoque nos aspectos essenciais de definições e mensurações dos fenômenos em análise, assim distribuídos: quatro(57,1%) análise de conteúdo¹¹, um(14,3%) documental, um(14,3%)temática e um(14,3%) triangulação de dados, respectivamente, com Método do Círculo de Cultura¹².

No que se refere ao tipo de estudo, houve predominância de artigos de reflexão teórica (7), seguidos dos estudos qualitativos (4), estudo quantitativo (1), estudo misto (1) e estudo de caso (1). Evidencia-se a importância dos estudos de revisão e atualização acerca da integralidade nas práticas educativas, pois merece atenção a reflexão aprofundada e crítica da integralidade das ações de educação em saúde no cenário escolar, ainda pouco discutido na literatura, mas de

prevalência significativa e relevância no que se refere à construção de uma cultura de intersetorialidade.

Para análise da integralidade nas práticas educativas no cenário escolar, foi imprescindível identificar no campo da saúde e da educação os desafios e as limitações para operacionalização das ações intersetoriais. Tais limitações caracterizam-se como ações isoladas, fragmentadas, pontuais, baixo nível de colaboração e participação, apresentam fragilidade na capacitação dos profissionais e escassez de estudos recentes. Esta análise e reflexão justifica-se pela relevância desta temática.

Por fim, a análise das evidências permitiu identificar duas categorias: estratégias para integralidade nas práticas educativas no cenário escolar e desafios e limitações para integralidade nas práticas educativas no cenário escolar.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A integralidade constitui-se como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e desenha um novo modelo de atenção à saúde. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), reafirma os princípios previsto no SUS e o compromisso com a garantia dos direitos, por meio de políticas intersetoriais. No contexto dessa inovação, inaugura-se o PSE como uma estratégia política de integração para reorganizar as práticas político-pedagógicas, em saúde.

4.1 CONCEITO DE INTEGRALIDADE

Considerando a complexidade semântica em torno da integralidade, faz-se necessário destacar inicialmente o significado do dicionário: integralidade como derivação do verbo integrar referir aquilo que é total, inteiro, global (FERREIRA, 2010, p. 954). No campo da saúde, há diferentes compreensões de integralidade que dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos pretendem integrar.

Ao longo da história, o primeiro sentido de integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Suas origens remontam às discussões sobre ensino médico nos Estados Unidos. Para a medicina integral, a integralidade é uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que, supostamente produz sofrimento e, portanto, à queixa desse paciente (MATTOS, 2004).

A palavra integralidade encontra-se no discurso propagado por organismos internacionais, ligado às ideias de atenção primária e de promoção de saúde. Recentemente, esta palavra tem sido encontrada nas propostas de programas do Ministério da Saúde no país (CAMARGO, 2009).

Na Constituição Federal de 1988, a integralidade é apontada como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, esse princípio foi definido na Lei N° 8.080/90, em que orienta as práticas de saúde no sentido de ofertar assistência integral ao cidadão, incluindo ações de promoção, proteção, prevenção, atenção e reabilitação, em todos os níveis de atenção.

Conceitualmente, entende-se a integralidade como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, para atender as demandas e necessidades individuais e coletivas, em que se consideram as dimensões biológica, cultural e social do cidadão (BRASIL, 2001).

Desse modo, a integralidade em sua essência, remete a serviços integrados por redes assistenciais, com atores e organizações que dependam entre si, mas que são incipientes na disponibilidade de recursos e competências para a resolutividade dos anseios da população (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Vale destacar que, na prática dos serviços de saúde encontram-se diferentes profissionais, repensarem seus processos e instrumentos de trabalho, no sentido de verificar se esses processos se aproximam ou se distanciam da assistência integral em saúde.

Por fim, a integralidade tem sido colocada como uma parte de uma *imagem-objetivo* que move e tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. Assim, pode-se considerar que uma *imagem-objetivo* parte de um pensamento crítico, que não reduz a realidade ao que *existe*, que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las (MATTOS, 2004).

Diante da complexidade desse tema, vários autores têm desenvolvido reflexões acerca da temática integralidade, de modo a oferecer conceitos e modelos de análise que possam dar conta e a concretizem dessa diretriz, no cuidado à saúde.

No presente estudo, optou-se por tomar como referencial teórico as reflexões desenvolvidas por Cecílio (2009), que trabalha a integralidade a partir das dimensões focalizada e ampliada, e também por Fracolli et al. (2011) com ênfase na integralidade a partir da organização do processo de trabalho dos serviços de saúde.

Para Fracolli et al. (2011) a construção da integralidade dar-se-á entre a inter-relação das ações de saúde com o trabalho multiprofissional, na perspectiva de articular os diferentes saberes e práticas dos profissionais que compõem a equipe, garantindo um atendimento integral aos indivíduos que se utilizam de tecnologias em saúde para melhorar as condições de vida da população.

Já as colocações de Cecílio (2009), permitem a compreensão da integralidade em dois sentidos, temos: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada. A primeira limita-se em realizar ações no interior de uma rede de serviços

planejada e articulada para responder às demandas dos cidadãos. A segunda articula-se sob uma lógica de rede de serviços.

Com isso, a mesma autora, reafirma a integralidade dos serviços como resultado de uma ação integrada tanto no espaço “micro” de cada serviço, como a inserção na perspectiva “macro”, que se dá também de forma integrada, em uma articulação de redes.

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (PNEPS)

Em 2012, foi instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS/SUS) no Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Ministério da Saúde, em que reafirma os princípios e compromissos com a garantia de direitos a saúde, além de valorizar a diversidade de saberes e culturas integrando os saberes populares ao cotidiano do serviço de saúde.

A PNEPS apresenta o referencial teórico da Educação Popular por meio dos pressupostos teórico-metodológicos e eixos estratégicos, nas quais a educação popular em saúde é compreendida como perspectiva teórica orientadora das práticas educativas para as ações e serviços de saúde.

Tal Política concebe a Educação Popular como: Práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão (BRASIL, 2012).

Para contextualizar os aspectos históricos da Educação Popular em Saúde e sua institucionalização como política, faz-se necessário abordar as bases conceituais e a evolução ocorrida ao longo do tempo no Brasil.

Nesse lapso temporal, a Educação Popular constitui-se como um movimento libertário, trazendo uma perspectiva teórico-prática ancorada em princípios éticos potencializadores das relações humanas forjadas no ato de educar, mediadas pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares (BRASIL, 2012).

O referencial político-pedagógico da Educação Popular começa a ser delineado e consolidado na década de 1950, com raízes motivadoras ligadas à história de luta social, de resistência dos setores populares da América Latina, conjugando várias concepções e movimentos sociais, dentre estes podemos destacar: o Serviço de Extensão Cultural criado pela Universidade de Recife, onde é sistematizado a Educação Popular por Paulo Freire, a teologia da libertação, o processo de redemocratização do país, reforma sanitária e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outros.

Esse processo histórico da Educação Popular institui-se como elemento inspirador de formas participativas, críticas e integrativas de pensar e de fazer saúde, seus conhecimentos técnicos, metodológicos e éticos são significativos para o processo de implantação do SUS.

No campo da saúde, movimentos coletivos (conferências, conselhos e fóruns), vêm promovendo reflexões, construindo conhecimentos e ações num processo de diálogo entre serviços, movimentos populares e espaços acadêmicos, para contribuir com a consolidação de um projeto de sociedade e de saúde mais justo e equânime.

Neste cenário, apresenta a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), o atual modelo de pensar e produzir saúde e sua relação com as práticas do SUS, e além de estabelecer responsabilidades e atribuições, nas quais a educação popular em saúde é apresentada como referência prática, estratégia política e metodológica para as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012)

Considerando as diretrizes da PNEPS, em que contempla as dimensões filosóficas, políticas, e éticas, apontam a Educação Popular em Saúde como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

Parte-se da concretização da perceptiva dialética em educação em saúde, destacando os princípios éticos e teóricos metodológicos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde, que discorremos a seguir: o diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

4.2.1 Diálogo

O diálogo institui-se como uma das categorias centrais nas formulações de Paulo Freire. É nele que se sustenta a construção de relações pedagógicas emancipadoras. Expressa-se como um princípio da Política de Educação Popular em Saúde ao afirmar a “abertura ao outro”, a pré-disposição para o encontro com o outro, para escuta sensível e respeitosa do outro, considerando que não há saber maior ou melhor, mas saberes diferentes. Contudo, é importante destacar que, para Freire, o diálogo constitui-se como processo dialético-problematizador ao olhar a realidade como inacabada e em constante transformação (ZITKOSKI, 2010).

Assim, o diálogo é o elemento-chave para que educadores e educandos sejam sujeitos atuantes. Segundo Freire (2003), o diálogo possibilita a ampliação da consciência crítica sobre a realidade ao trabalhar a horizontalidade, a igualdade em que todos procuram pensar e agir criticamente, com suporte na linguagem comum, captada no próprio meio onde vai ser executada a ação pedagógica e que exprime um pensamento baseado em uma realidade concreta.

Nesse contexto, propõem uma práxis pedagógica que se compromete com a emancipação de homens e mulheres ressaltando a importância do aspecto metodológico no fazer pedagógico, sem desvalorizar, no entanto, o conteúdo específico que mediatiza uma ação, possibilitando a tomada de consciência do educando, mediante o diálogo e o desvelamento da realidade com suas interligações, culturais, sociais e político-econômicas.

Nesse sentido, a proposta de Freire, de que a realidade é apreendida a partir das consciências intersubjetivas constituídas na relação com o outro e com o mundo, por meio da linguagem. A comunicação é a via de encontro de consciências que se “constituem na mundanidade e na intersubjetividade” (FREIRE, 1987).

Esse processo caracteriza-se como *locus* privilegiado de discussão embasado no diálogo, nas experiências dos atores-sujeito, na produção teórica da educação e na escuta, a qual se orienta pelo desejo de cada um e cada uma aprenderem as falas do outro e da outra a problematizando e problematizando-se. Portanto, dialogar é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, portanto, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade (BRASIL, 2012).

Parte-se do pressuposto que o ser humano está em constante construção e aprendizado, e o diálogo acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade contribuindo com os processos de transformação e humanização.

Esse processo fundamenta-se numa perspectiva crítica de construção do conhecimento, de novos saberes, que parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes e iniciativas, contrapondo-se à prática prescritiva. O diálogo não torna as pessoas iguais, mas possibilita nos reconhecermos diversos e crescermos um com o outro; pressupõe o reconhecimento da multiculturalidade e amplia nossa capacidade em perceber, potencializar e conviver na diversidade (BRASIL, 2012).

4.2.2 Amorosidade

Ao falar sobre amorosidade, Paulo Freire (1988), a descreve como “[...] capacidade real de amor ao povo, humildade na aproximação e uso da sua competência a serviço do povo”. Refere-se ao amor em sua essência maior [...], ao próprio mundo.

Paulo Freire (2011), como educador assumiu uma posição diante do mundo e das novas gerações com amorosidade, considerando-a um ato de amor, sentimento em que homens e mulheres veem-se como seres inacabados e, portanto, receptivos para aprender, e ao mesmo tempo afirmando que não pode haver diálogo se não houver um profundo amor ao mundo e aos homens, e que se o amor é fundamento para o diálogo, esse amor é também diálogo.

A amorosidade, compreendida como uma dimensão relacional e humana utiliza-se como ferramentas de aproximação da realidade da comunidade e facilitadores do processo de construção de vínculos, e como elemento intrínseco da humanização do sistema de saúde.

Nessa dinâmica, a amorosidade e o diálogo constituem-se como elementos indispensáveis para que ocorra, no processo educativo, o acolhimento do outro enquanto sujeito portador de direitos e construtor de saberes, cultura e história, proporcionando ainda que o afeto torne-se elemento estruturante da busca pela saúde, da criação de vínculo, que a emoção influencie simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade (BRASIL, 2012).

Em consonância com a PNEPS que reafirma o compromisso para superação de situações de sofrimento e injustiça, e enquanto referência para a ação política, pedagógica e de cuidado, a amorosidade amplia o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem às explicações e argumentações (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, tendo como referência a ação política, pedagógica e de cuidado, amorosidade amplia o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar vínculo afetivo. Assim, traz um novo significado ao cuidado em saúde, fortalecendo processos inovadores em construção no SUS, como a humanização, o acolhimento, a participação social e o enfrentamento das iniquidades em saúde.

O afeto e a humildade são considerados como constituintes da amorosidade diferenciam-se das situações de submissão e de dependência emocional ou sentimentalismo e infantilização das relações de cuidado. Ao contrário, a amorosidade deve ampliar o respeito à autonomia, fortalecendo o compromisso com a superação de situações de injustiças (BRASIL, 2012).

Evidencia-se que a formação de vínculo afetivo na relação pedagógica em saúde, cria-se uma relação educativa mais harmoniosa e humanizada em saúde, ampliando o compromisso e a compreensão mútua para estruturação dialogada nas práticas do cuidado. Portanto, amorosidade é uma dimensão importante na superação de práticas desumanizantes e na criação de novos sentidos e novas motivações para o trabalho em saúde.

4.2.3 Problematização

A linha de pensamento de Paulo Freire supera a concepção bancária da educação, quando formula as bases para uma educação libertadora. Trata-se de uma proposta de educação como prática da liberdade, fundamenta-se em uma teoria de ação dialógica, em que substitui o autoritarismo presente na educação tradicional pelo diálogo democrático nos diferentes espaços de vivências e de aprendizagens. Assim, o protagonista desse processo educativo, está centrado na mediação de educador-educando que dialogam, problematizam e constroem o conhecimento (MENEZES; SANTIAGO, 2010).

Por isso, problematizar na perspectiva Freireana, é exercer análise crítica sobre a realidade das relações entre o ser humano e o mundo, o que requer os sujeitos se voltarem, dialogicamente, para realidade mediatizadora, a fim de transformá-la, o que só é possível por meio do diálogo, desvelar a realidade, e buscar superar a visão ingênua por uma perspectiva crítica, capaz de transformar o contexto vivenciado (PITANO, 2017).

Segundo Freire (2009), a ação de problematizar foca no *sujeito prático*, em que discute os problemas surgidos da observação da realidade com todas as suas contradições, buscando explicações que o ajudem a transformá-la. O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente.

A PNEPS-SUS faz uso da problematização enquanto um dos seus princípios, considerando a existência da relação dialógicas nas experiências vivenciadas pelos sujeitos, em que emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação e um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos, com base na vivência de experiências significativas (BRASIL, 2012). Entretanto, não identifica apenas problemas, mas a superação de situações limites vivenciadas pelos sujeitos.

Em conformidade com a proposta Freireana, a PNEPS (2012) amplia o olhar sobre a realidade com amparo na ação-reflexão-ação, e, o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização permite que homens e mulheres se percebam de que, nesse encontro pedagógico, sejam vislumbradas formas de pensar um mundo melhor para todos.

4.2.4 Construção compartilhada do conhecimento

A construção compartilhada do conhecimento consiste em um processo de interação em que sujeitos possuidores de saberes diferentes, se articulam a partir de interesses comuns. Esse tipo de prática envolve aspectos de natureza pedagógica e metodológica.

Partindo desses pressupostos, apontam-se como princípios de construção compartilhada de conhecimento: a prática metodológica dialética; o trabalho desenvolvido a partir da realidade local; a ênfase em processos de desconstrução de conceitos, valores e posturas e o uso de múltiplas linguagens.

Para Carvalho, Acioli e Stotz (2005), a construção compartilhada do conhecimento é uma metodologia desenvolvida na prática da Educação e Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas.

Corroborando com essa concepção, a PNEPS-SUS reafirma a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagonizada e criativa para a conquista da saúde, considerando a integração e articulação entre saberes, práticas, vivências e espaços, no sentido de promover o cuidado e a construção dialógica, emancipadora, participativa, criativa nos processos educativos, de gestão e cuidado em saúde.

Nesse contexto de inovações do SUS, tal proposta encontra respaldo teórico-metodológico na pedagogia da problematização, que parte do princípio de que o desenvolvimento da consciência crítica dos cidadãos deve a partir da problematização da realidade vivenciada pelos sujeitos, em detectar os problemas reais e buscar soluções criativas (BORDENAVE, 1987).

Concretamente, pode afirmar que as técnicas pedagógicas do método freireano favorecem a participação dos sujeitos envolvidos na exploração crítica do mundo ao seu redor, considerando o processo histórico e cultural, a realidade que os circunda e na qual eles se reconhecem, conscientizam-se, constroem o conhecimento, elaboram projetos de recriação desse mundo e comprometem-se com esses planos através da ação (FREIRE, 2011).

Enfim, a construção compartilhada de conhecimento é uma tecnologia leve que busca compreender e transformar as ações de saúde desde suas dimensões epistemológicas, teóricas, conceituais, políticas e práticas, tendo como referências o conhecimento e as exigências normativas que são produzidas e acumuladas pela vivência subjetiva de cada um, tornando-se evidente no encontro entre os sujeitos diversos (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, um novo olhar para as práticas de saúde e as relações construídas entre profissionais e comunidade, em que estas relações possibilitem a abertura de novos canais de comunicação e de construção compartilhada do conhecimento, sempre tendo como foco a autonomia e a construção de processos sociais emancipatórios.

4.2.5 Emancipação

Freire aponta e defende uma pedagogia para todos e que possam se emancipar, mediante uma luta libertadora, que “só faz sentido se os oprimidos buscarem a reconstrução de sua humanidade e realizarem a grande tarefa humanística e histórica dos oprimidos – libertar-se a si e os opressores” (FREIRE, 2002).

Nessa perspectiva, a concepção de educação emancipatória propõe o desenvolvimento da consciência crítica, comprometida com a humanização em que possibilitem romper com a relação verticalizada entre educador e educando. A prática pedagógica, caracteriza-se em uma educação libertadora, rejeita a neutralidade do processo educativo, concebe a educação como dialógica, valoriza a horizontalidade de saberes e propicia o pensamento crítico acerca da realidade, além de superar as diferentes formas de opressão e dominação.

Enquanto que, a PNEPS-SUS define a emancipação como um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda, vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinismo social do adoecimento (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, é imprescindível fortalecer os processos democráticos onde as pessoas e grupos possam ser protagonistas, por meio da reflexão, do diálogo, da amorosidade, da criatividade e da autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro.

Nessa mesma linha de compreensão Dantas (2010), descreveu que as vivências democráticas, as formas de pensamentos, experiências, linguagens e de vida, possibilitam o estabelecimento de condições efetivas para a democracia de expressões, de pensamentos e de lógicas, com base no respeito às diferenças e no incentivo à participação em uma dinâmica que lança o sujeito ao debate, focando os problemas comuns.

Pensar em uma estratégia de educação em saúde como processo emancipatório pressupõe a construção de processos de trabalho, onde os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação

nos espaços de construção das políticas da saúde em busca do inédito viável (BRASIL, 2012).

4.2.6 Compromisso com a construção do projeto democrático e popular

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) propõe uma prática político-pedagógica que perpassa nas ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade valorizando os saberes populares, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimento.

Enquanto política pública, a PNEPS-SUS (2012) reassegura o compromisso de construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e garantia do direito universal à saúde, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Essa proposta alinha-se com a postura de Paulo Freire (2011), em assumir o compromisso com a construção de um projeto de educação emancipadora, dialógica, participativa e democrática, em que possibilitem a melhoria das condições de existência da população oprimida.

A PNEPS apresenta uma proposta promotora de vida e saúde, caracteriza-se por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia (BRASIL, 2012).

4.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O PSE, instituído pelos Ministérios da Saúde e Educação em 2007, objetivando ampliar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde e contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de várias ações e considerando o conceito e os princípios da promoção da saúde (GOMES, 2012). No que se refere ao processo de adesão dos municípios que ocorreu, efetivamente, a

partir do ano de 2009, com a proposta viabilizada pelos projetos apresentados aos Ministérios.

No que diz respeito à gestão do PSE é conduzido e orientado pela formação dos GTs (Grupos de Trabalho), que se centram na gestão compartilhada, cujas decisões são tomadas coletivamente para concepção e ação das demandas locais, dentro do previsto nos componentes do Programa. Os grupos de trabalhos precisam necessariamente ser constituídos por representantes dos setores de saúde e educação, e facultativamente, por outros parceiros, representantes políticos e movimentos sociais.

Então, o PSE surge para fortalecer e estimular as práticas de saúde na escola no âmbito da promoção da saúde, a fim de articular as ações do SUS com as redes de ensino (BRASIL, 2015). O MS e o MEC estabeleceram que, o tempo de execução de cada bloco é planejado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), levando em consideração o ano letivo e o projeto político pedagógico da escola. As ações previstas no PSE são acompanhadas por uma comissão intersetorial de educação e de saúde, formada por pais, professores e representantes da saúde, que poderão ser os integrantes da equipe de conselheiros locais. (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a sustentabilidade das ações é garantida pela corresponsabilidade dos atores seu relacionamento, comunicação e a formulação dos modelos de atenção e gestão intersetorial criados pela educação e saúde. Além disso, busca otimizar e a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis na comunidade.

O PSE busca promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias (BRASIL, 2015).

Tal programa traz na sua estrutura algumas atribuições dos profissionais da ESF, em seu art. 3º do Decreto Presidencial 6.286, em que as equipes de saúde da família são chamadas a constituir, junto com a educação básica, uma estratégia para a articulação e integração permanente entre políticas e ações de educação em saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2015).

Nessa mesma linha, algumas diretrizes são estabelecidas para a implementação do PSE a nível nacional, que são a descentralização e respeito à

autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2015).

O MEC considera o programa mais que uma estratégia de integração das políticas setoriais, tendo em vista que este propõe um novo desenho das políticas de educação e saúde, considerando parte de uma formação ampla para a cidadania e concretização dos direitos humanos (BRASIL, 2010).

Dentre as diretrizes do programa, vale ressaltar, dentre outros, a evidente preocupação em tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; e promover a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (BRASIL, 2018).

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO – CÍRCULOS DE CULTURA PAULO FREIRE

5.1 O CÍRCULOS DE CULTURA: PAULO FREIRE

O Círculo de Cultura constituiu um espaço de encontro e descoberta do outro como sujeito, com aspirações, sentimentos e vivências que precisam ser desveladas a partir do diálogo no grupo da saúde e educação, da participação nas discussões, da troca de conhecimentos e experiências.

O marco teórico adotado para o percurso deste estudo possui como base o método círculo de cultura de Paulo Freire e aquelas que estão relacionadas aos princípios orientadores da PNEPS-SUS (diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático popular), por favorecerem a transformação dos seus objetivos em ações de intervenção e a transformação da realidade.

Nos círculos de cultura os profissionais de saúde e educação estão inserido num processo educativo, com objetivo de fomentar a troca de saber e aprendizagem acerca da integralidade das práticas educativas no PSE, por meio do desenvolvimento e acompanhado da discussão de temas relacionados ao diagnóstico situacional da fase inicial da pesquisa, por meio de metodologias participativas.

O formato de Círculo, porque profissionais inseridos nesse processo educativo formam a figura geométrica do círculo, onde todos/as se olham e se veem, acompanhado por uma animadora para nortear as discussões, participar das atividades comum em que todos/as se ensinam e aprendem. Reafirmando o princípio freireano que “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 2011). Em todo momento, promove um trabalho, em que orienta as equipes de saúde e educação cuja maior qualidade pedagógica é o permanente incentivo a momentos de *diálogo* e reflexão crítica. Soma-se a isso, à proposta de reconstrução e ressignificação da integralidade das práticas educativas em saúde no PSE.

Prosseguindo essa discussão, Freire (2008) entende o ato educativo como modo de intervenção no mundo por meio da apreensão da realidade, sendo, portanto político. Esta apreensão não sucede pela adaptação mas sobretudo para a

transformação da realidade, para nela intervir, recriando-a, práticas educativas que se estendem do simples espaço institucional para esferas que extrapolam estes limites, promovendo mudanças que se operam de modo ampliado.

Por esse caminho, faz-se a leitura da realidade, as suas normas, as suas concretudes e os seus afetos. E todos juntos aprenderão, de fase em fase, as ações de educação em saúde no cenário escolar e despertar uma nova forma de relação com a experiência vivenciada.

Nesse contexto, o conteúdo tematizado, problematizado, sintetizado, refletido e os conhecimentos sistematizados referentes à integralidade das práticas educativas, na perspectiva da participação e a construção um possível trabalho de transformação das práticas educativas em saúde. E é, exatamente, esse trabalho coletivo que os trabalhadores da saúde e educação, propõe a elaboração do plano matriz do PSE, uma proposta intersetorial entre a saúde e educação.

Assim, o *Círculo de Cultura* é expressão de um momento riquíssimo para o exercício dialógico, estimulando o compartilhamento de saberes, pode ser aplicado em atividades de planejamento na promoção de saúde que incentive processos educativos, assumidamente, uma postura participativa no cenário escolar e na formação permanente em saúde para os profissionais e a comunidade escolar.

É preciso investir, então, em ações que capacitem à comunidade, de modo a intervir ativamente em sua realidade, de modo crítico, e capaz de correlacionar todos os aspectos de vida. Com isso, há uma aproximação com um dos eixos trazidos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que encaminha uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos (PNEPS, 2012).

Para melhor entender este processo precisamos ter clareza dos princípios que constituem o método e que estão diretamente relacionados às ideias do educador que concebeu Paulo Freire.

5.1.1 O método de Paulo Freire: círculos de cultura

O *Círculo de Cultura* apresenta pressupostos teóricos e metodológicos para ser adotado como um método que mobiliza e instiga os participantes da saúde

e educação a pensar sobre a realidade dentro de uma concepção de reflexão-ação. Podendo assim, ser considerado como espaço estratégico de troca e aprendizagem e de intervenção das práticas educativas em saúde no PSE.

Para Gomez (2013), a intervenção das práticas educativas implica a [leitura da] realidade, a escuta atenta, a paciência para esperar a fala, a palavra dos profissionais e o registro que permita intervir no que for significativo para ambos e estimular a troca de saberes, partilharem vivência e experiências podem contribuir para construção de práticas educativas em saúde.

Assim, a base teórica sobre autonomia em Freire(2008), permitiu o processo dialético para fomentar espaço de troca e aprendizagem das práticas educativas em saúde, por meio de práticas participativas que ganham vida nas relações entre os trabalhadores do campo da saúde e educação, como estratégico de formação e intervenção.

Nessa construção, o diálogo como caminho das práticas educativas, entendendo o diálogo como um encontro amoroso entre os profissionais da saúde e educação, mediado pelo círculos de cultura em que possibilitam a tematizaram, problematizaram e geraram uma ação transformadora e conscientizadora.

Diante disso, o método se dá pelo fato dela compreender uma certa sequenciação das ações, ou melhor dizendo, ela estrutura-se em momentos que, pela sua natureza dialética, não são estanques, mas estão interdisciplinarmente ligados entre si.

Para operar o método do Círculo de Cultura (FREIRE, 2011), divide-se em de três momentos: a) descoberta do universo vocabular (educador/animador e educandos buscam juntos as palavras e os temas mais significativos da vida destes, dentro de seu universo vocabular e da comunidade onde vivem, sendo que essas palavras ou temas são chamados geradores que se desencadeia o processo de diálogo e reflexão crítica); b) teorização/tematização (momento da tomada de consciência do mundo, por meio da análise dos significados sociais das palavras e temas geradores, quando acontece a construção de situações desafiadoras e carregadas de elementos que serão decodificados pelo grupo com a mediação do educador/ animador); e, por último, c) problematização (partindo da análise e reflexão crítica dos problemas identificados, buscam-se possíveis soluções).

6 MÉTODO

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Essa investigação é um estudo de natureza qualitativa, no qual, em consonância com Minayo (2010), o método com abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes.

Nesse sentido, as investigações qualitativas não buscam as causas explicativas de um fenômeno, mas a compreensão das complexas relações presentes nas situações sociais estudadas – com especial atenção à análise do contexto particular em sua relação com o contexto mais amplo – assim como a análise das percepções e interpretações dos sujeitos que participam do fenômeno estudado (STAKE, 2011).

Esse estudo é do tipo pesquisa-ação, em que consiste uma tendência da pesquisa participativa. Trata-se de uma estratégia metodológica, concebida e realizada junto a uma ação ou unida à resolução de problemas coletivos, em que pesquisadores e participantes estão envolvidos de maneira cooperativa ou perspectiva capaz de propor e implementar mudanças, instrumentos, conceitos e comportamentos mediante a interação dos sujeitos da pesquisa e dos pesquisadores (DIEHL; TATIM, 2004).

Na mesma linha, a pesquisa-ação tem por finalidade possibilitar aos sujeitos da pesquisa, participantes e pesquisadores, os meios para conseguirem responder aos problemas que vivenciam com maior eficiência e com base em uma ação transformadora. Ela facilita a busca de soluções de problemas por parte dos participantes, aspecto em que a pesquisa convencional tem pouco alcançado (THIOLLENT, 2011).

Alinhada essa estratégia, enquanto, pesquisadora e animadora dos Círculos de Cultura, estabelece uma interação com os enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e os profissionais da educação, sujeito do

estudo, delineando a conjugação da investigação da integralidade das práticas educativas em saúde e apropriação coletiva do conhecimento.

A opção por este tipo de estudo sedimenta-se em propiciar os profissionais da saúde e educação perceberem-se e atuarem como sujeitos político dos Círculos de Cultura. Constitui-se, assim, uma possibilidade de investigação que visa a inclusão social desses profissionais, como agentes de conhecimentos das ações de Educação em Saúde e beneficiários dos resultados.

Como diz Perruzo (2005), a pesquisa-ação permite o(a) pesquisado(a) a compartilhar do ambiente investigado, e ainda, possibilitam os pesquisadores a participarem do estudo, e que os resultados revertem em benefício do grupo pesquisado. O mesmo autor acima mencionado, procurar auxiliar a população envolvida a identificar por si mesma os seus problemas, a realizar a análise crítica destes e a buscar as soluções adequadas. Desse modo, a seleção dos problemas a serem estudados emerge da população envolvida, que os discute com especialistas apropriados, não emergindo apenas da simples decisão dos pesquisadores (PERRUZO, 2017).

Na opinião de Thiollent (1985), “é necessário definir com precisão, qual ação, quais agentes, seus objetivos e obstáculos, qual exigência de conhecimento a ser produzido em função dos problemas encontrados na ação ou entre os atores da situação”. E o mesmo autor citado acima, diz que é um tipo de pesquisa que tem a intenção de fazer que os participantes se conscientizem da realidade, identifiquem dificuldades, solucionem problemas por meio de uma ação, além de produzir conhecimento (THIOLLENT, 2011). Ela facilita a busca de soluções de problemas por parte dos participantes, aspecto em que a pesquisa convencional tem pouco alcançado.

No entanto, além da participação há que se agregar mais dois elementos para se ter uma visão mais global desse tipo de pesquisa (ação/intervenção e transformação): “se trata de uma investigação-ação que é participativa e uma investigação participativa que se funde com a ação [entenda-se: intervenção] (para transformar a realidade)” (RALUNAN *apud* BORDA, 2013).

Nessa linha de pensamento, por se tratar de uma pesquisa-ação no campo social, cuja intencionalidade política se inscreve na perspectiva das problemáticas locais e/ou de problemáticas públicas equacionadas por instituições públicas, em unidades educacionais, unidades de saúde, grupos ou segmentos

populacionais adolescentes, que demandam solução de problemas sociais e mudanças no curso de suas práticas ou na reformulação e implementação de políticas intersetoriais entre a saúde e a educação.

Dessa maneira, o propósito da pesquisa-ação de contribuir para esclarecer e dar subsídios para a solução de problemas se alinha a geração de conhecimento, ou seja, troca de saberes dos especialistas e do próprio grupo ou população investigado no reconhecimento do contexto e das estruturas socioeconômicas, políticas e culturais, capaz de ajudar na mobilização, no equacionamento das problemáticas e nas mudanças potenciais (PERUZZO, 2005).

No caso específico dessa pesquisa procurou fomentar um espaço coletivo de troca e aprendizagem acerca da integralidade das práticas educativas em educação e saúde por meio de metodologias ativas, de modo que essa investigação-ação possibilite um campo profícuo para reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta problematizadora e sistematizada para uma educação em saúde emancipatória.

Corroborando com essa discussão, tomando por princípio norteador o delineamento do “Método Paulo Freire”, os Círculos de Cultura em que consiste um espaço de encontro e descoberta do outro como sujeito, com aspirações, sentimentos e vivências que precisam ser desveladas a partir do diálogo no grupo, da participação nas discussões, da troca de experiências, vivências e a construção compartilhada de conhecimentos.

Segundo Paulo Freire (1981), relata que a pesquisa “é um ato de conhecimento, [que] tem sujeitos cognocentes, de um lado, os pesquisadores profissionais; de outro, os grupos populares e, como objeto a ser desvelado, a realidade concreta”.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa utilizou a metodologia do Círculo de Cultura (FREIRE, 2011), divide-se em de três etapas: a) descoberta do universo vocabular (educador/animador e educandos buscam juntos as palavras e os temas mais significativos da vida destes, dentro de seu universo vocabular e da comunidade onde vivem, sendo que essas palavras ou temas são chamados geradores que se desencadeia o processo de diálogo e reflexão crítica); b) teorização/tematização (momento da tomada de consciência do mundo, por meio da análise dos significados sociais das palavras e temas geradores, quando acontece a construção de situações desafiadoras e carregadas de elementos que serão

decodificados pelo grupo com a mediação do educador/ animador); e, por último, c) problematização (partindo da análise e reflexão crítica dos problemas identificados, buscam-se possíveis soluções).

Nessa perspectiva, os Círculos de Cultura caracteriza-se como uma estratégia de ação, em que o pesquisador(a) e os participantes compartilharam espaço coletivo de troca, momento de discussões e aprendizagem no contexto escolar, mediante os ciclos da investigação-ação, para potencializar as práticas educativas em saúde, no âmbito da política intersetorial operada através do Programa Saúde na Escola (PSE).

Cabe salientar que, o exercício dessas práticas educativas críticas constitui-se uma forma de intervenção no mundo, comprometida com os princípios da democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença que é possível mudar (FREIRE, 2005).

6.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida na sede do município de Campos Sales-CE na região Cariri Oeste, localizado na microrregião Chapada do Araripe e na mesorregião Sul do Estado do Ceará, a 596 km da capital, Fortaleza. Os principais eventos culturais são as festas da Padroeira Nossa Senhora da Penha, o Festival Junino e o aniversário do município no mês de julho. A população do município, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016, é de 27.123 habitantes (CAMPOS SALES, 2016; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Campos Sales (CE) pertence a 20ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). Em 1998, o município desencadeou um processo de reorientação do modelo de atenção à saúde em substituição ao tradicional de assistência centrado nas ações meramente curativas e individualizado. Na organização do sistema de saúde de Campos Sales (CE), de acordo com os princípios da hierarquização do SUS, a ESF foi a principal proposta para compor a Atenção Básica(AB) como a porta de entrada do usuário no sistema e conta com oito equipes Estratégia Saúde da Família(ESF).

Na sede do município dispõe de cinco UBS, de cinco clínicas, sendo duas na área de cardiologia, duas atendimento clínico geral e uma de ginecologia, um Hospital Municipal e o Núcleo de Apoio as Famílias (NASF), duas clínicas fisioterapêuticas e outros estabelecimentos na área de odontologia, laboratórios e farmacêuticas.

No tocante ao Programa Saúde na Escola (PSE), em Campos Sales-CE, instituído em 2009, para realizar ações em educação e saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), em 18 (dezoito) Escolas de Ensino Infantil e Fundamental e em 02(duas) creches, na zona urbana e rural do município (PSE, 2017).

Porém, o foco dessa investigação compreende sete escolas na sede municipal e onde foram envolvidos os profissionais da equipe do PSE, Estratégias Saúde da Família e os profissionais da educação. Em relação à questão do espaço amostral na perspectiva qualitativa pressupõe a intencionalidade de um aprofundamento maior da problemática.

Figura 1 – Campos Sales (CE)



Fonte: Imagens do Google.

6.3 PARTICIPANTES

Os participantes desse estudo foram os membros do Grupo de Trabalho Municipal (GTM) do Programa Saúde na Escola (PSE), composto por uma Coordenadora (enfermeira), duas Educadoras Física e uma Professora, quatro enfermeiras da ESF, uma diretora, dois coordenadores pedagógicos e treze professores da área de ciências humanas envolvidos nas ações do PSE da rede municipal de ensino que trabalham nas equipes da sede do município de Campos Sales-CE.

Como critério de inclusão, fizeram parte desse estudo todos os trabalhadores/as da equipe do PSE e ESF de nível superior, os gestores, coordenadores e os professores da rede municipal de ensino que colaboram diretamente com as ações educativas do PSE, que estejam atuando no período de desenvolvimento da pesquisa, apresentem adesão voluntária; e com frequência de 75% nos encontros oficinas dos Círculos de Cultura.

Cabe ressaltar que, as chamadas “amostras intencionais” são um pequeno número de pessoas escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas apresentam para um determinado assunto (THIOLLENT, 2005). Foi considerando o critério de intencionalidade, visto que, após terem obtido do conhecimento detalhado dos objetivos e proposta do estudo e estes profissionais demonstram interesse nas práticas educativas em educação e saúde e aceitaram participar dos encontros Círculos de Cultura.

Merece destacar que a intencionalidade torna uma pesquisa qualitativa mais rica (GIL, 2008) e a participação espontânea e consciente do sujeito do estudo e essencial para o desenvolvimento dos Círculos de Cultura, cuja dialogicidade e conscientização são aspectos relevantes deste método.

Quanto aos critérios de exclusão foram: acontecimentos que suspendessem as atividades da Equipe do PSE, ESF e dos professores da rede municipal da sede do município de Campos Sales-CE, tais como greve ou catástrofes; e que estivessem de atestado médico ou férias durante a coleta de informação e no desenvolvimento da ação; e 25% de infrequência nos encontros Círculos de Cultura.

Destaca-se que a pesquisadora atuou como mobilizadora da intervenção, animadora do círculo de cultura e esteve inserida em todas as fases de concepção do estudo e dois profissionais se envolveram no registro dos dados.

6.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento desta etapa da pesquisa-ação, foram utilizadas as orientações de Thiollent (2008), cumprindo o itinerário metodológico, dividido em quatro fases: Exploratória; Planejamento; Ação e Avaliação.

A primeira fase exploratória foi iniciada após a liberação do parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Regional do Cariri (URCA). Inicialmente, foram realizados os primeiros contatos e conversas com gestores, coordenadores e profissionais que prestam assistência direta aos escolares na sede do município de Campos Sales-CE, para conhecer as configurações do grupo, no período de 26 de março a 12 de abril de 2018.

Nos contatos iniciais com os interessados, buscou-se identificar as expectativas e os problemas relacionados as práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escola (PSE) e as características da população beneficiada com as ações do referido programa. Nessa fase, foi realizada a cada participante do estudo visita previamente agendada nos locais de trabalho, direcionada aos componentes da equipe técnica do PSE, as enfermeiras da ESF e os profissionais da educação.

Para a coletada de dados, foi utilizada a entrevista semiestrutura, auto administrada, elaborado pela pesquisadora. O roteiro com perguntas abertas sobre caracterização sociodemográficos, aspectos relacionados a formação profissional, unidades em que atuam, e as temáticas relacionadas as atividades do Programa Saúde na Escola(PSE), e ainda, identificar a percepção dos profissionais, acerca da integralidade das práticas educativas no Programa Saúde na Escola(PSE), o que motivou conhecê-las previamente para obter um conhecimento das características da equipe multiprofissional e articular o conteúdo, interesses e necessidades a ser trabalhado nos Círculos de Cultura (APÊNDICE A).

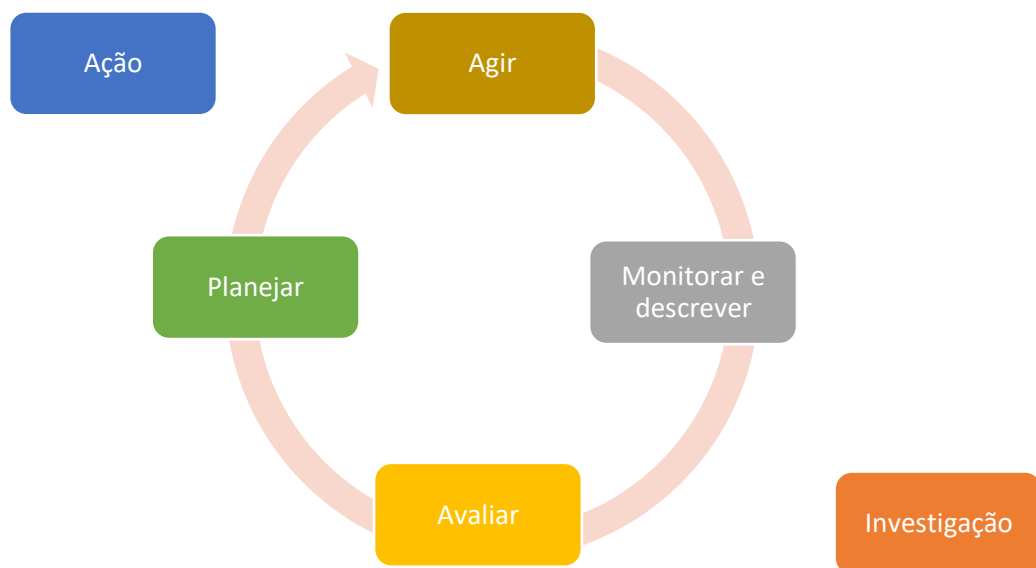
De acordo com Minayo (2010), a entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo, por construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Além de que, a entrevista se caracteriza como uma técnica em que o investigador obtém informações, sobretudo do que as pessoas sabem, creem,

esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito de fatos precedentes (GIL, 2011).

Na sequência a fase de planejamento, em articulação com os participantes, foram definidas as estratégias de ação para implantação do método “Círculo de Cultura” de Paulo Freire, na qual foram registradas experiências, impressões e identificação do universo vocabular do grupo, a partir daí emergiu as temáticas e os elementos para consolidação dos momentos seguintes. Para isso, foi realizada a observação não sistemática, onde foram registradas todas as experiências e impressões, através do diário de campo (SILVA et al., 2013).

Esse levantamento foi ponto inicial para o diagnóstico situacional em relação às práticas educativas em saúde do Programa Saúde na Escola, identificado na primeira etapa, procedeu-se à elaboração do planejamento e implementação dos cinco Círculos de Cultura.

Figura 2 – Ciclo de investigação-ação dos Círculos de Cultura



Fonte: Elaborada pela autora.

Nesse prisma, a pesquisa-ação foi operacionalizada através do método “Círculo de Cultura” de Paulo Freire, em que permitiram aos participantes e pesquisadores elaborarem processos de conhecimento e ação a partir de suas reais necessidades e, em conjunto, articular alternativas para resolvê-los, facilitando o processo de cuidado (BRANDÃO, 2011).

Foram realizados cinco encontros, com duração média de três horas cada um, sendo que o primeiro aconteceu em 07/06/2018 e teve como objetivo identificar a concepção dos profissionais de saúde e educação acerca das características e a saúde do adolescente, viabilizado pelas discussões de conceitos e práticas educativas dentro dos conceitos históricos da assistência em saúde na Atenção Básica (AB). O segundo ocorreu em 28/06/2018, com o objetivo de aproximar os trabalhadores de saúde e educação com a Política Intersetorial entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (ME), mediante o Programa Saúde na Escola (PSE). E o terceiro foi desenvolvido em 16/08/2018, orientou as práticas educativas em saúde no contexto escolar por meio de técnicas pedagógicas participativas, o quarto encontro ocorreu em 23/08/2018, objetivou a integralidade do cuidado do adolescente no PSE, mediante práticas dialógicas e o quinto em 27/09/2018, proposta de elaboração do Plano Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE).

No que se refere a operacionalização desses cinco momentos, foram utilizadas dinâmicas, dança circular, texto-base, vídeos e imagens para a problematização das temáticas que permitiu espaço em que dialogicamente se ensina e se aprende que não há espaço para transferência de conhecimento, mas a construção de saber do educando com suas hipóteses de leitura de mundo (BRANDÃO, 2008).

Os Círculos de Cultura foram fotografados e filmados para facilitar descrição e registro das informações utilizou-se a observação estruturada, na tentativa de descrever os eventos em sintonia com o que foi registrado no diário de campo. As fotografias e filmagens se apresentam também como recursos de registro aos quais se podem recorrer, pois esse registro visual amplia o conhecimento do estudo e proporcionará documentar momentos ou situações que ilustram o cotidiano vivenciado, permitindo reter vários aspectos do universo pesquisado, assumindo assim um papel complementar ao estudo.

A fase de avaliação foi realizada nos cinco encontros, de acordo com as impressões dos participantes, no sentido de conhecer como a animadora, forneceram as atividades, as práticas educativas, os temas relacionados à realidade social dos trabalhadores da saúde e de educação, bem como se as práticas se aproximaram, interagiram e dialogaram entre o conhecimento técnico e o popular em saúde.

Previamente os encontros foram organizados por meio de planejamento obedecendo aos seguintes itens: local, cronograma, convite dos participantes, rede social *WhatsApp*, autorização de gravação de voz-celular e imagem, papéis, canetas e lanche. Na execução dos Círculos de Cultura foram pactuado o tempo de três horas para evitar a dispersão e exaustão dos participantes.

Para descrição, registro das informações e a transcrição dos dados foram realizados através da observação estruturada para cada Círculo de Cultura, de acordo com os objetivos, considerando relevante para essa pesquisa a concordância entre os dados e, posteriormente, a realização da análise.

Desse modo, a coleta dos dados ocorreu nas duas últimas semanas do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril do ano de 2018. A própria pesquisadora aplicou e gravou as entrevistas para posterior transcrição dos dados coletados, realizada a leitura fluente, ordenação das unidades de análise e categorização, no período de 15 de abril a 06 de maio de 2018.

Enquanto que, a operacionalização dos cinco Círculos de Cultura foram executadas em período quinzenal nos meses de junho e setembro de 2018. Cada Círculos ocorreu mediante as três etapas: no acolhimento, tematização, construções de situações para problematização e na avaliação realizou a síntese do que foi vivenciado em cada círculo, por meio de auto avaliação. A seguir a um quadro síntese dos participantes e da coleta de dados.

Quadro 1 – Síntese dos participantes e a coleta de dados

| PARTICIPANTES | FASE DA PESQUISA | TÉCNICA DE COLETA |
|---|-------------------------|---|
| Gestão escolar, coordenadores professores, Equipe do PSE e Equipe do ESF. | Exploratória | Entrevista |
| | Planejamento | Círculo de Cultura: a) Descoberta do universo vocabular b) Teorização/tematização c) Problematização |
| | Ação e avaliação | Ressignificação das práticas educativas – Elaboração do Plano Matriz e aplicação |

Fonte: Elaborado pela autora.

Por fim, a democratização da devolutiva dos resultados da pesquisa pelos passos delineados nas diversas etapas, possibilitando a participação na discussão dos “achados” e também pelo relatório final, entregue ao grupo pesquisado, aos promotores da investigação ou às finalidades acadêmicas de titulação de seus autores e posterior disponibilização em estantes e portais universitários.

6.5 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram organizados e analisados segundo a avaliação por triangulação de dados. Segundo Minayo, (2010), explicitam a triangulação como combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista e a análise das relações, das representações [...], visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação.

Esta deu-se por análise e cruzamento dos inúmeros procedimentos de coleta de dados, inseridas em cada etapa de realização das atividades, permitindo que houvesse a absorção da análise de produção dos dados com a devida profundidade destes à medida que eles foram se realizando, tornando - os dinâmicos e criativos.

Assim, as entrevistas provenientes do diagnóstica situacional da fase exploratória do estudo foram transcritas e lidas para seguir-se a análise dos dados. Para os círculos de cultura, houve a descrição do processo desenvolvido, incluindo a narração das informações contidas no diário de campo, das transcrições das atividades empreendidas em grupo (oficinas, vivências, discussões, reflexões, dentre outras possibilidades) e demais materiais produzidos na pesquisa, de modo a compreender os limites de cada instrumento e sobrepô-los de forma a possibilitar a continuidade da análise.

Para os registros das informações serão analisados através de narrativas significativas, pois, como salienta Larrosa (2011), a vivência deve ser compreendida nos aspectos subjetivos de quem a vivencia e experimenta, o que envolve a expressão de sentimentos e emoções. É essencial registrar que, “do ponto de vista textual, a narrativa é concebida como uma sequência singular de eventos, estados mentais, ocorrências, envolvendo seres humanos como personagens da ação” (PASSEGGI et al., 2014).

Ao término do agrupamento do material, seguiu-se a seleção dos aspectos mais significativos de cada círculo, trazendo aproximação com os referenciais da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, as obras de Paulo Freire e dos autores que compartilham de suas teorias e os estudos que versam sobre o Programa Saúde na Escola.

Desse modo, os dados produzidos foram organizados e exibidos em discursos, quadros e esquemas conforme ficou mais evidente em cada oficina. Nos discursos, houve a preservação da identidade dos participantes com o uso do termo participante (P), seguido da numeração utilizada para a entrevista individual.

6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, esta Pesquisa-pauta-se na Resolução Nº 466/2012 e a 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo o projeto submetido ao do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), tendo como recibo de aprovação em 15 de março de 2018, sob o parecer Nº 2546596.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para Secretaria Municipal de Política para a Saúde e da Secretaria Municipal de Políticas para a Educação de Campos Sales-CE, solicitando o consentimento para realização da pesquisa junto aos trabalhadores do PSE, ESF e os profissionais da educação, sendo emitidas as Declarações de Anuência assinada pelos representantes competentes das instituições, conforme orientação do CNS (BRASIL, 2013).

Os trabalhadores da PSE, ESF e os professores foram convidados para participarem da Pesquisa-ação, sendo explicados verbalmente os objetivos, a justificativa e o método que será utilizado, e como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B/C), que traz a explicação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados pela participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas, para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o

participante da pesquisa receberá uma via do TCLE contendo endereço, e-mail e telefone do pesquisador e do CEP, para esclarecimento de possíveis dúvidas. Todos concordaram em participar da Pesquisa-ação, assinaram o Termo de Consentimento Pós-Informado e o Termo de Imagem, declarando ciência e concordância em participar desse processo (BRASIL, 2013).

Foram adotados os quatro princípios éticos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, para assegurar os direitos dos participantes (BRASIL, 2013).

Manteve-se o compromisso em desenvolver o projeto conforme o delineamento apresentado no CEP; apresentar relatório anual e final desta pesquisa; evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do TCLE contendo endereço, e-mail e telefone do pesquisador e do CEP, para esclarecimento de possíveis dúvidas. Todos concordaram em participar da Pesquisa-ação assinaram o Termo de Consentimento Pós-Informado, declarando ciência e concordância em participar desse processo (BRASIL, 2013).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Para efeito de sistematização das informações contidas neste item, faremos uma breve apresentação dos vinte sujeitos incluído no estudo, destes quinze fazem parte da área da educação e cinco fazem parte da área da saúde, considerando algumas variáveis: idade, sexo, categoria profissional, especialização, tempo de formação, tempo na atuação em serviços, carga horária e as unidades em que trabalham. Estes dados estão organizados no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição dos entrevistados segundo dados sociodemográficos e ocupacionais. Campos Sales-CE, março/abril 2018

| Entrevista | Código | Idade (Anos) | Sexo | Categoria Profissional | Especialidade | Tempo de Formação Profissional(Anos) | Tempo de Atuação no Serviço (Anos) | Carga Horário de Trabalho Semanal | Unidades em que Atua |
|------------|--------|--------------|------|------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 1 | P1 | 40 | Fem | Professora/Coord | Psicopedagogia | 12 | 12 | 40 | SMS |
| 2 | P2 | 39 | Fem | Professora/Coord | - | 12 | 12 | 40 | EEIF João XXIII |
| 3 | P3 | 43 | Fem | Professora | Gestão Escolar | 14 | 20 | 40 | EEIF João XXIII |
| 4 | P4 | 37 | Fem | Enfermeira | - | 7 | 7 | 40 | ESF Batalhão |
| 5 | P5 | 43 | Fem | Professora/Diretora | - | 15 | 9 | 40 | EEIF José Augusto Sobrinho |
| 6 | P6 | 35 | Fem | Enfermeira | Gestão em Saúde e Gestão em Economia da Saúde | 9 | 9 | 40 | ESF Guarani |
| 7 | P7 | 48 | Fem | Professora | - | 5 | 23 | 40 | EEIF Luciano Torres de Melo |
| 8 | P8 | 51 | Fem | Professora | - | 15 | 30 | 40 | EEIF José Augusto Sobrinho |
| 9 | P9 | 50 | Fem | Professora | - | 15 | 30 | 40 | EEIF Vicente Alexandrine de Alencar |
| 10 | P10 | 51 | Fem | Professora | - | 15 | 25 | 40 | EEIF Vicente Alexandrine de Alencar |
| 11 | P11 | 45 | Fem | Professora | Língua portuguesa e Artes da educação e Gestão Escolar | 18 | 20 | 40 | EEIF Luciano Torres de Melo |
| 12 | P12 | 45 | Fem | Professora | - | 6 | 10 | 40 | EEIF Manoel Sá Barreto |
| 13 | P13 | 43 | Fem | Professora/Coord | - | 15 | 20 | 40 | EEIF Vicente Alexandrine de Alencar |
| 14 | P14 | 40 | Fem | Professora/formadora | Psicopedagogia | 20 | 20 | 40 | SME |
| 15 | P15 | 55 | Mas | Professor | - | 15 | 20 | 40 | EEIF EEIF Vicente Alexandrine de Alencar |
| 16 | P16 | 56 | Fem | Professora | - | 15 | 35 | 40 | EEIF Antônio Ribeiro de Carvalho |
| 17 | P17 | 29 | Fem | Enfermeira/Coord. PSE | Gestão Saúde da Família/Gerontologia | 5 | 3 | 40 | SMS/ESF Quixariú |
| 18 | P18 | 29 | | Enfermeira | - | 7 | 7 | 40 | ESF Aparecida |
| 19 | P19 | 32 | Fem | Enfermeira | - | 9 | 9 | 40 | ESF Alto Alegre |
| 20 | P20 | 36 | Fem | Professora | Psicopedagogia e Gestão em Escola Básica | 8 | 12 | 40 | EEIF João XXIII |

Secretaria de Políticas para a Educação/Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora

Analisando os sujeitos das práticas educativas, verificou-se que a faixa etária, variou de adulto jovem de 29 anos cunhando para maturidade de 56 anos de idade. Trata-se de um grupo predominantemente do sexo feminino, nesse grupo apenas uma pessoa do gênero masculino.

Em relação à categoria profissional é diversificada, destacando-se professores e na sequência (as) enfermeiros. Constatou-se que dos vinte sujeitos participantes do estudo, apenas sete tem especialização em diferentes áreas, em psicopedagogia, gestão escolar, gestão em saúde, saúde da família e gerontologia.

Quanto ao tempo de formação profissional, verifica-se uma variação entre cinco a vinte anos de formação, o qual retrata o nível de maturidade profissional, experiências e vivências acumulada nos setores da educação e da saúde.

Percebe-se que a maioria dos casos, o tempo de serviço é superior a formação, particularmente os profissionais da educação, em decorrência da formação docente tardia. Sabe-se que durante três décadas e meia, a estrutura e o funcionamento dos cursos de formação dos profissionais da educação tiveram por fundamentação a Lei nº 4.042/61 (1ª LDB), para o curso do Magistério, destinado ao ensino primário, e o desenvolvimento dos conhecimentos técnicos relativos à educação da infância, hoje, é considerado uma das modalidades da educação básica, as séries iniciais do Ensino Fundamental I.

Outro aspecto que se destaca, é o vínculo empregatício a maioria é servidora pública efetiva no campo educacional, enquanto que, os profissionais de saúde não possuem vínculo permanente e tem menos de nove anos de atuação. Verifica-se que, a maioria dos servidores efetivos possui entre 12 a 35 anos de tempo de trabalho. Vale destacar que a carga horária de trabalho semanal de 40 horas para todos os trabalhadores.

Nota-se que a carga horária de trabalho semanal é igual entre os servidores efetivos e os não estáveis, e estes são contratados por indicação política. Deve-se destacar, porém, que as enfermeiras desempenham a função, coordenam as Unidade Básica de Saúde (UBS) e assumem cargos de coordenação de programas. Essa polivalência demonstrou que nas atuais condições do capitalismo contemporâneo os impactos da transformação do mercado de trabalho no cotidiano dos trabalhadores.

Em um contexto recessivo, os profissionais da enfermagem também sofrem a desregulamentação do trabalho formal, a perda do acesso a direitos trabalhista e do salário indireto, os rebaixamento de salários. Cresce o trabalho

precário, temporário, que geram insegurança na vida dos profissionais mediante ausência de horizonte de largo prazo de emprego e a perda de direitos (IAMAMOTO, 2014).

Nesse cenário, a disponibilidade de oferta de mão-de-obra, associada a não ampliação dos postos de trabalho tem facilitado a ampliação do trabalho precário, visto que o trabalhador acaba se submetendo às piores condições laborais como forma de garantir sua permanência no emprego e renda (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

Essa precarização das condições de trabalho atinge a qualidade dos serviços prestados e a relação com os usuários, os programas e projetos são abruptamente interrompidos quando termina o seu financiamento temporário, a expectativa da população envolvidas são frustradas, e a legitimidade obtida para realização de um trabalho truncado, além de outras incidências de ordem ética.

Desse modo, o Estado vem impulsionado a terceirização na execução de políticas públicas, configurando elevados índices de precarização, os efeitos são profundos, pois subordina as práticas desenvolvidas a prazos contratuais e aos recursos financeiros definidos, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com os usuários, descrédito da população para com as práticas públicas, obscurecendo-se, assim, a responsabilidade do Estado perante seus cidadãos (RAICHELIS, 2011).

Todos esses elementos apontam para fragilidade do processo organizativo dos serviços públicos, decorre da institucionalização da política neoliberal e da frágil política intersetorial entre a saúde e a educação, as quais favorecem o início de novas relações de trabalho e posturas no cuidado em saúde, além da inexistência de políticas sistemáticas e continuadas de educação permanente para os profissionais envolvido nesse processo (SARRETA, 2009).

Considerando os resultados expostos neste item tem como referência as informações colhidas no momento inicial da pesquisa de campo. Acrescenta-se a isso, a contribuição dos sujeitos que se dispuseram a participar do estudo, sejam eles(as) educadores ou enfermeiros evidenciam um terreno fértil a ser fortalecido na promoção do cuidado, contemplando reflexões sobre as práticas em saúde e priorizando os adolescentes.

7.1.2 Diagnóstico situacional

Este item, contém uma análise dos resultados da fase exploratória da pesquisa, com base em estudo de campo realizado, conforme a proposta metodológica delineada. Estes foram distribuídas nas seguintes categorias e subcategorias temáticas. Apresentados no Quadro 2.

Quadro 3 – Distribuição das categorias e subcategorias elencadas segundo os sujeitos do estudo. Campos Sales-CE, março/abril /maio 2018

| CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS |
|------------|-------------------------------|
| Percepção | Conhecimento da adolescência |
| | Saúde do adolescente |
| | Programa Saúde na Escola(PSE) |
| Práticas | Ações de educação em saúde |
| | Integralidade |

Fonte: Elaborado pela autora.

7.3 PERCEPÇÃO

7.3.1 Conhecimento da adolescência

Conforme os entrevistados a primeira evidência se refere à percepção dos profissionais acerca da adolescência, uma vez que esta concepção proporciona diferentes leituras de realidade no modo de pensar e agir em seu processo de trabalho, sejam no setor da educação e no setor da saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é definida como um período biopsicossocial, em que ocorrem transformações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta. É nessa fase que o indivíduo toma consciência das mudanças físicas, resultando em um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, todavia com iguais

complicações conflituosas inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade (WISNIEWSKI et al., 2016).

Adolescência é um período de mudanças entre a infância e a idade adulta marcada por transformações nos âmbitos físico e psicossocial, relacionadas principalmente a busca da autoafirmação de identidade, aceleração do desenvolvimento intelectual e anatômico e evolução da sexualidade individual. Portanto, é importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devam ser considerados na abordagem conceitual da adolescência (HIGA et al, 2015).

A puberdade constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual.

No entendimento dos profissionais da educação e da saúde acerca da percepção de adolescência, desvelaram que é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e pelo esforço do indivíduo em alcançar autoafirmação, integração em seu grupo social e na sociedade em que vive.

As falas que se seguem denotam esta representação dos profissionais:

Adolescência é um período de transformação, de mudança, de passagem da fase de criança e adolescente. (P1). Fase está interligada a puberdade da criança e entra na pré-adolescência e mudanças físicas e intelectuais. (P3). É ainda, é um período de transição da infância para idade adulta e de certa forma muda o corpo e a mente do ser humano. (P7).

Analisando a adolescência a partir dos limites cronológicos, observa-se que existem algumas divergências quanto à definição da faixa etária da adolescência. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa fase inicia aos dez anos se estende até os 19. Pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente entre 12 a 18 anos de idade. E ainda, nas normas e política de saúde do Ministério da Saúde (MS), os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos e adultos jovens de 20 a 24 anos de idade (BRASIL, 2007).

Pensando o modo de compreender essa fase por parte dos sujeitos investigados, registra-se nas fala a diversidade de limites cronológicos, a saber:

A idade cronológica é por volta dos 12 a 14 anos. (P2). [...] entre os 11 aos 19 anos. (P4). Período entre os 13 anos a 19 anos de idade, é uma fase de amadurecimento do jovem (P19).

Nas narrativas trazem esses critério limitação da cronologia, embora existem algumas divergências quanto à idade exata do fim e início da adolescência. Alguns autores ao estudarem esse tema, discordam sobre essa cronologia já que não há como estabelecer limites rígidos para ela, por sofrer influências de múltiplos fatores, como a hereditariedade, raça, cultura, gênero, geração e meio social (RANGEL; TORMAN; FOCESI, 2012).

Corroborando com esse pensamento, as características de variabilidade e a diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem na puberdade caracteriza-se por um período de mudanças morfológicas e fisiológicas. Essa fase ocorrem muitas transformações no corpo, provocadas por alterações hormonais como o estrógeno e progesterona nas meninas, e testosterona nos meninos, e essas transformações podem durar até os 20 anos de idade (PARANÁ, 2010).

Estas mudanças corporais conhecidas também como os fenômenos da pubarca ou adrearca e gonadarca são parte de um processo contínuo e dinâmico que ocorre uma enorme variabilidade no tempo do início, a duração e a progressão do desenvolvimento puberal, com marcantes diferenças entre os sexos e entre os diversos grupos étnicos e sociais de uma população, inclusive de acordo com estado nutricional e fatores familiares, ambientais e contextuais (EISENSTEIN, 2005).

Nesse alinhamento, segundo os discursos dos participantes conseguiram descrever essa mudanças como:

Puberdade é a fase da vida que as transformações, as mudanças e os hormônios estão a flor da pele. (P13).[...] entra na pré-adolescência e mudanças físicas e intelectuais. (P17). Processo de mudança psicológica, familiar e social, são essas transformações que ocorrem com o adolescente. (P20).

Adolescência é um fenômeno singular caracterizado por influências socioculturais que vão se concretizando por meio de reformulações constantes de caráter social, sexual e de gênero, ideológico e vocacional (BRASIL, 2007). É uma

fase fundamental na promoção da saúde, enquanto processo de habilitar os indivíduos para melhorar aumentar o controle sobre sua saúde e a aquisição de comportamentos protetores da saúde.

A partir dessa compreensão, faz-se necessário veementemente mudança no direcionamento da atenção à saúde do adolescentes por parte dos profissionais da saúde e da educação para um fazer profissional que contemple as demandas do adolescente, de modo que se consideram também como sujeitos ativos do processo de cuidado de si. De forma sintética a (Figura 4), resumizam as vozes dos profissionais da saúde e educação sobre o conceito de adolescência.

Figura 3 – Percepção dos profissionais acerca da adolescência



Fonte: Elaborada pela autora.

7.3.2 Saúde do adolescente

Ao longo do tempo, a saúde esteve condicionada ao processo saúde, doença e ao controle de morbidade e mortalidade. Entretanto, com o avanço teórico nesta área, compreendeu-se que o estado saudável envolve outros aspectos relevantes como prevenção, proteção e promoção da saúde, considerados pilares para a melhoria da qualidade de vida (LIMA et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), a promoção da saúde é um processo que objetiva ampliar as possibilidades dos cidadãos de controlar de forma crescente os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorar sua qualidade de vida.

Nesse contexto, a promoção de saúde significa investir no processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação do sujeito e da comunidade no controle das suas próprias condições de saúde e de vida. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e os grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Quando se fala na saúde do adolescente não se encerra apenas na ausência de doenças ou na prevenção de comportamentos de risco. Ela está relacionada à qualidade de vida do adolescente alcançada por meio da satisfação pessoal e do desenvolvimento de competências sociais e, da manutenção relativamente duradoura de comportamentos que promovam o seu desenvolvimento e saúde (COSTA JUNIOR, 2005).

Pode-se afirmar que o desenvolvimento saudável do adolescente não está pautado, unicamente, na garantia de sobrevivência ou no cuidado de problemas denominados orgânicos. Ele está associado, a condições físicas e a aspectos psicológicos e socioambientais, que permitem que adolescentes possam lidar com as transformações esperadas para esta fase do curso de vida e com os desafios impostos pelo contexto social e histórico em que vivem.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, como sujeito de direito à criança e do adolescente, que traz em seu art. 11 é assegurado atendimento integral a saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nesse prisma, o atendimento integral é a condição primordial para assistência a adolescentes e jovens, tanto do ponto de vista da organização dos serviços por meio da promoção, prevenção, atendimento a agravos e doenças, e reabilitação, quanto da compreensão dos aspectos biopsicossociais que permeiam as necessidades de saúde desses grupos.

Diante desse contexto, trabalhar a saúde do adolescente é promover espaço de diálogo sobre os motivos para adotar um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades do cotidiano.

Nesse cenário, apreendeu-se, inicialmente, a percepção dos entrevistados sobre saúde do adolescente, conforme os discursos a seguir:

Saúde do adolescente é o acompanhamento de que ele necessita nesta fase, acesso as informações sobre as doenças (P1). Saúde do Adolescente é o bem estar, saúde física, mental, social, ele viver um verdadeiro bem estar, sem problema que interfere no comportamento e na sociedade e família (P13). Saúde está voltada para a saúde física como a saúde psíquica, a gente convive com as criança na sala de aula, a saúde está relacionada com o meio, ambiente tranquilo, não tem aprendizagem e a socialização e base para a saúde física, alimentação, higiene (P15).

As percepções de saúde dos adolescentes nas falas da P1, P13 e P15 dos entrevistados se traduziram em bem estar, saúde física e mental, além das necessidades dos adolescentes ter acesso à informação e orientação em saúde com o propósito de conscientiza-lo para sua participação pessoal na produção da saúde. Entretanto, enfoca o modelo de saúde centrado na doença e na intervenção curativa. Emergiu ainda, as necessidades de alimentação, higiene e o cuidado com meio ambiente. Essas representações sobre saúde sinalizam para a promoção e a prevenção de saúde dos adolescentes.

Parte-se do entendimento que a promoção da saúde incorpora a importância e a influência das dimensões políticas, culturais e socioeconômicas nas condições de saúde, propondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Nos depoimentos identificamos a complexidade e abrangência do processo saúde na adolescência. Portanto, a compreensão da maioria dos profissionais da saúde e da educação apontam o conceito de saúde uma visão crítica e ampliada, e trazendo no seu universo a reflexão acerca dos determinantes de saúde(DS) e as interações das ações com a família e a sociedade. No entanto,

alguns trabalhadores tem uma visão preventiva, tem como foco a doença, como embasamento o referencial biologista.

Verifica-se que os problemas relatados pelos entrevistados e observados no cotidiano da prática profissional houve uma redução na cobertura das intervenções nas práticas de saúde dirigidas aos jovens, principalmente nas áreas de risco social. Ademais, esses serviços são realizados de forma fragmentada, pontual e desarticulada entre setores e as equipe da saúde e da educação. Estes questionamentos refletem nas falas a seguir:

Saúde estão precária, não tem, ajudaria se tivesse um dentista como tinha antes, ajudaria muito, saúde começa pela boca (P10). Trabalha especialidade da saúde do adolescente em relação puberdade, menstruação, sexualidade, transformação do corpo, vacinação, trabalho social e doenças sexualmente transmissíveis (P4). Observa-se que a saúde do adolescente encontra-se fragilizada e eu compreendo a saúde como completo bem estar psicossocial (P3).

As narrativas apresentadas retratam o processo de trabalho no atual contexto da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS), agravada por uma série de questões estruturais, políticas, econômicas e culturais que devem ser superadas para melhorar os ambientes do cuidado à saúde dos adolescentes.

No entanto, é preciso ampliar a concepção de saúde na adolescência, definindo-a não apenas pela ausência de agravos ou comportamentos que implicam em risco para a saúde, mas definindo-a como qualidade de vida. De acordo com Kuczynski (2010), ao falar em qualidade de vida na adolescência, a prioridade deve ser formular conceitos que realmente traduzam os interesses desse público, e avaliar de forma a captar suas percepções e não as dos adultos a sua volta.

Nesse cenário, é primordial elaborar estratégias públicas em que focalizem a saúde dos adolescentes por meio de ações promotoras da saúde, preventivas e curativas e capazes de garantir a assistência integral à saúde dos jovens. Além do mais, deve-se reforçar que estes são sujeitos que apresentam grande potencial de mobilização e mudança (HORTA; SENA, 2010).

A partir dessa realidade, podemos refletir o que e como fazer nas áreas da saúde e da educação a fim de atender as necessidades e demandas da saúde do adolescentes, bem como instigar novos referenciais capazes de resinificar a saúde

para além da visão reducionista. Isso implica atender o adolescente na sua integralidade do cuidado por meio de uma política intersectorial de saúde e educação.

Nesse mesma linha, considera-se a atenção básica como estratégia essencial para a reorganização dos processos de educação em saúde, por meio da ESF e o Programa Saúde na Escola (PSE) investindo em ações coletivas na reconstrução das práticas de saúde, na responsabilização por atenção contínua, integral e o cuidado multiprofissional (BRASIL, 2014).

7.3.3 Programa saúde na escola (PSE)

Do ponto de vista da história, a saúde e a educação no Brasil se construíram juntas, no final do século XX, o então, Ministério da Educação e o Ministério da Saúde se desdobraram nos MS e nos MS e MEC, passando a apresentar autonomia para elaborar e implantar políticas em suas respectivas áreas (BRASIL, 2009).

Nessa lógica relacional, a saúde e a educação são interligadas em suas concepções, podendo-se aprender que a relação de ambas deve considerar que indivíduos com melhores níveis educacionais integram a comunidade de forma mais saudável, assim como pessoas que gozam de melhores condições de saúde tem maiores possibilidades de buscar conhecimento (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2006, constatou que o acesso crescente a educação formal reforça a necessidade de se promover saúde na escola (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Nessa perceptiva, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286, de 05 de dezembro de 2007, resultou de uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação. Seu objetivo principal é contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, integrando as redes do Sistema de Educação e do Sistema Único de Saúde(SUS), mediante articulação das escolas públicas, unidades básicas de saúde e unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Na mesma linha Gomes (2012), afirma que todas as forças convergem para ampliação do acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde e contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de várias ações e considerando o conceito e os princípios da promoção da saúde. Em busca de compreender o conceito do PSE, foi evidenciado nos discursos dos entrevistados:

O PSE é uma parceria entre educação e saúde, campanhas em saúde, tem dificuldade porque o adolescente não procura unidade de saúde, então nós vamos as escolas, e às vezes não temos o feedback da escola (P6). Sei que o PSE desenvolve atividades na escola, como campanhas, aplicação de remédio pra vermes, ainda precário as ações, uma visita não resolve os problemas (P17). Saúde e educação elas andam juntos, quando surgiu o PSE fiquei muito feliz para participar da formação porque a criança tem saúde tem aprendizagem, se não tem saúde não tem aprendizagem, saúde e educação andam juntos (P15).

Nos relatos dos entrevistados reconhecem a intersetorialidade entre a saúde e a educação, porém apresentam limitações na execução das práticas educativas em razão da baixa procura dos adolescentes ao serviço de saúde, muitas vezes a escola limita-se a receber a visita dos profissionais não dar resolutividade aos problemas da saúde dos adolescentes nas falas da P6 e P17.

No entanto, na fala da P15 percebe-se a relevância da integralidade entre os dois setores para operar ações educativas que permitirá o desenvolvimento e o aprendizagem das crianças, além da satisfação em participar dos encontros do Círculos de Cultura.

Aprende-se que o conhecimento dos profissionais acerca do conceito do Programa de Saúde na Escola, evidenciou a proximidade da compreensão do programa alinhado com a literatura nacional dos Cadernos de Saúde e portarias dos ministérios da Educação e Saúde.

Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde conceitua o Programa Saúde na Escola como uma proposta de integração entre os ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas aos alunos da rede pública, solicitando dessa maneira uma força de trabalho composta por profissionais de ambos os setores e o reconhecimento do potencial da ESF, a partir da inserção de equipes de saúde na implementação do programa (BRASIL, 2009).

Desse modo, foram estabelecidas algumas atribuições dos profissionais da ESF, em seu art. 3º do Decreto Presidencial 6.286/2007, em que as equipes de saúde da família são chamadas a constituir, junto com a educação básica, uma estratégia para a articulação e integração permanente entre políticas e ações de educação em saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2007).

Portanto, a partir da adesão do município ao PSE cada Escola incluída passa a ter uma Equipe de Saúde da Atenção Básica de referência para executar conjuntamente as ações. Tal programa dar-se a com a interação das equipes da saúde da Atenção Básica com as equipes da educação, no planejamento das ações, na execução e nos monitoramentos de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos.

Assim, a proposta do PSE consiste-se na articulação, principalmente, entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as escolas do território de adscrição dessas equipes, atendendo às diversas demandas da comunidade escolar, na perspectiva da atenção integral e considerando o conceito de saúde apresentado desde a Carta de Ottawa (1986) e reafirmado na Constituição Federal Brasileira de 1988, mediante o Sistema Único de Saúde (SUS).

É imprescindível um trabalho articulado entre ambas as partes para a eficácia da implementação de ações de educação em saúde e o atendimento integral do educando. Portanto, o desenho do PSE parte justamente dessa necessidade de articular e integrar os setores da saúde e da educação para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos escolares e seus familiares e a comunidade, por meio de ações intersetoriais.

Considerando então, a necessidade de desenvolver articulação entre educação e saúde, as trocas entre estes profissionais devem ser contínuas, sendo que os profissionais de ambos os setores devem buscar o conhecimento sobre as melhores estratégias para o processo de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2009).

No que diz respeito às ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político-pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas.

Nessa concepção, o PSE foi estruturada de acordo com as modalidades de ensino e o MS estabeleceu doze ações que estão compreendidas, na avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos.

Observaram-se algumas ações desenvolvidas no PSE, nos discursos dos entrevistados:

Já vi esse programa dentro da escolar, trabalhando gravidez na escola deve ser abordado, também saúde bucal e acho muito rico (P9). PSE atende saúde bucal, palestra de orientação, conscientização, monitoramento, e abrange muitas coisas, aplicação de vacina, só que assim, é um trabalho não efetivo, tem que fazer para cumprir metas, já chega na execução na última etapa não é um processo (P5). O PSE são ações desenvolvidas por profissionais da saúde, desenvolve dentro da escola, como campanhas de forma esporádica, sem uma certa relação ainda (P14).

No relato da P9 confirmou que o programa realiza ações de prevenção da gravidez e saúde bucal na escola, acredita que é de fundamental importância para saúde dos escolares.

Evidenciou que as ações do PSE são desenvolvidas no ambiente escolar, de maneiras pontuais, fragmentadas e desarticulada, além disso, percebem que desenvolvem várias ações mas inefetivas, na voz da P14, e, o não alinhamento com algumas orientações técnicas para operacionalização do PSE.

Por outro ângulo, observava-se nas narrativas dos entrevistados o sentimento de indignação diante da execução de ações incompleta e ineficaz, na voz da P5, e ainda, não os levando em consideração o termo de adesão assinados pelos gestores de saúde e educação e as diretrizes estabelecidas para a implantação do programa.

Dando continuidade à discussão deste tópico, que estudos realizados em outros países, como Argentina, no que diz respeito as ações de saúde apontam em seus resultados, semelhantes aos aqui descritos, que houve um consenso entre os respondentes que as ações de promoção da saúde apresentam alto grau de descontinuidade por conta da desarticulação entre as instituições envolvidas, o que não favorece a qualidade do vínculo entre as equipes e desmotiva os próprios participantes, incluindo os escolares (DE LELLIS *ET AL.* (2010),

Nesse prisma, algumas diretrizes foram estabelecidas para a implementação do PSE a nível nacional, a descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao

longo do tempo; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2007).

No entendimento do Ministério da Educação (MEC) considera o programa uma estratégia de integração das políticas setoriais, tendo em vista que este propõe um novo desenho das políticas de educação e saúde, considerando parte de uma formação ampla para a cidadania e concretização dos direitos humanos (BRASIL, 2010).

Desta forma, observa-se que a construção do PSE é um processo amplo, que envolve profissionais da saúde e da educação, alunos, família e a comunidade. Considerando ainda que o espaço da escola é transcendido, uma vez que as pessoas que ali estão trazem vivências e culturas externas, um programa de saúde na escola ultrapassa a fronteira da escola (BRASIL, 2009).

Isso posto, a partir da amplitude, diversidade, complexidade que caracterizam e as múltiplas conexões do programa PSE, vamos tentar desvelar os diferentes modo de fazer acontecer as ações em educação e saúde pelas equipes de saúde e educação, nos diversos ambientes escolares, expressos nas análises e problematização declaradas pelos participantes da pesquisa.

7.4 PRÁTICAS

7.4.1 Ações de educação em saúde

Com o objetivo de reorganizar as ações de saúde priorizando a prevenção, promoção e recuperação de forma integral e contínua, o Sistema Único de Saúde (SUS), propôs a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por considerar um espaço de educação em saúde, e também parte das atribuições dos profissionais da atenção primária (APS), particularmente, o enfermeiro para desenvolver ações de educação em saúde no espaço escolar.

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. Assim, a articulação entre escola e a unidade de saúde para realizar ações educativas numa perspectiva de desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dos adolescentes.

Essas práticas integradoras são acolhidas e reconhecidas entre educação e saúde, porém, é preciso desenvolver entre os profissionais de ambos os setores, a capacidade de interpretar e decifrar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitude permanente de empoderamento dos princípios básico da promoção e em que possibilitam construção de espaços coletivos de trocas e reflexões dos problemas produzidos no cenário escolar.

Assim, essa interação dar-se a mediante uma proposta conjunta entre educação e saúde de forma intersetorial e interdisciplinar que possibilitara aos educandos adquirir conhecimentos e habilidades, que permitem realizar escolhas saudáveis para a sua vida e contribuindo para gerenciar do seu autocuidado.

Segundo Albuquerque e Silva (2014), a educação em saúde consiste num conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia dos usuários no seu cuidado e no debate com os profissionais de saúde, com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde, o acesso aos serviços e a qualidade de vida.

Nessa linha de pensamento, a educação em saúde deve ser compreendida como uma proposta que tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, como também, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico (SANTOS, 2007).

Desse modo, as práticas em educação e saúde devem considerar os diversos contextos com objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentado pelas histórias individuais e coletivas, com atribuições profissionais distintas entre as equipes de saúde da família e educação produzindo aprendizagens significativas para as crianças e adolescentes.

Partindo desse pressuposto, essas ações interdisciplinares devem ser realizadas em grupo e por equipes multiprofissionais, centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são desenvolvidas coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas apresentadas pelos adolescentes.

É fundamental que essa interação ocorra a troca de saberes, poderes e afetos para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade. Portanto, é preciso considerar

também, que todos os profissionais envolvidos no processo de educar, valorize todos os saberes presentes no comunidade.

Nesse contexto, dimensionando a participação ativa de diversos profissionais e adolescentes em práticas cotidianas, é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida com qualidade, e que devem ser compreendidos pelas equipes de saúde e educação em suas estratégias de cuidado.

Desta forma, buscou-se compreender as estratégias utilizadas pela equipe de saúde na implementação das ações de educação em saúde no âmbito escolar, conforme os relatos dos entrevistados.

São atividade de extrema importância para comunidade escolar, campanhas em saúde (P2). São atividades parte para prática, campanha e compartilhada com a família (P3). A escola e uma das ferramenta importante para o conhecimento (P5). Forma de prevenção em educação em saúde e trabalhar é uma forma de prevenir certas doenças na adolescência (P6). São atividades que visa instruir os educandos em relação aos seus direitos no tocante a saúde e contribuir bastante em relação a saúde e tudo mais (P7). A questão da educação física, a questão da higiene bucal e as campanhas de HPV (P11). São atividades físicas e de prevenção que vai prevenir a saúde física e mental (P13).

Pode-se apreender, previamente, que este conjunto de trabalhadores entrevistados, relevam ter compreendido o fenômeno das práticas educativas em educação saúde no cenário escolar, envolvendo ações intersetoriais, interdisciplinares e equipes multiprofissionais, em particular os profissionais de educação física, ampliando olhar para as práticas promotoras de saúde.

Assim, a intersetorialidade surge como um caminho para estruturação das ações coletivas mais complexas no campo da saúde, enquanto que na escola constitui-se um espaço para concretização das práticas e a junção de ambos ocorre a integralidade.

Corroboram a discussão, autores que apontam a proposta de trabalho integrado como o principal desafio do programa, que, entre outros objetivos, visa reconstruir e solidificar a relação entre os campos da saúde e da educação (DIAS et al., 2014).

Nesse contexto, demarca-se, então, uma nova ordem ético política para compor estratégias, ações, relações entre as diferentes áreas das políticas públicas, as esferas organizacionais e os sujeitos sociais, fundamentada pela autonomia e participação (JUNQUIRA, 2004).

Desse modo, a integralidade tem no contexto escolar um espaço privilegiado para produção do cuidado, de modo particular ao tratamento das práticas das equipes da saúde e da educação, cujas ações devem ser pautadas pelo princípio da integralidade na abordagem multidisciplinar, fundamentada na articulação e no diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento para ofertar serviços de qualidade as crianças e adolescentes da rede pública de ensino.

7.4.2 Integralidade

A integralidade em saúde constitui-se um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante um conjunto articulado de ações serviço de saúde preventiva e curativa para atender as demandas e necessidades individuais e coletivas. Essa se constrói nos processos de trabalho das equipes de saúde no cotidiano, pelas interações democráticas dos sujeitos, numa perspectiva de cuidado integral em saúde (PINHERIO; LUZ, 2003).

Parte-se do princípio de que a integralidade é apreensão ampliada das necessidades dos sujeitos, em que envolvem tanto ações de assistência como as ações de prevenção. Essa possibilidade de articulação entre os serviços de saúde e as ações de prevenção, como também os profissionais de saúde se relacionam com os usuários para estabelecer estratégias de intervenções, o qual resultará a integralidade na produção de saúde.

A partir dessa compreensão, a integralidade tem as práticas educativas em saúde um espaço privilegiado para a concretização deste como direito e como as ações em saúde. Tais práticas de saúde são desenvolvidas pelos profissionais de saúde de forma conversacional ou dialógica, utilizando os conhecimentos para identificar as necessidades, as ações de prevenção e os serviços de saúde, respeitando a singularidade de cada usuário nos serviços, numa relação dialógica.

A partir disso, construir um projeto de intervenção em saúde, no sentido de englobar um conjunto sistematizado de atividades e práticas de promoção à

saúde, prevenção de doenças, tratamento e recuperação de saúde, capaz de dar respostas ao conjunto das necessidades de saúde, mediante as instituições da saúde e da educação, por meio de uma abordagem multidisciplinar.

Nesse contexto, a estruturação do trabalho em saúde em equipes multiprofissionais, fundamento na articulação entre diferentes saberes, no caso as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipes da educação para organizar estratégia de ações em grupo, numa perspectiva de assistência integral em saúde.

Nesse entendimento, a multidisciplinariedade enquanto articulação de diferentes saberes e práticas, numa complexa lógica relacional, em que envolvem tensões, conflitos, embates, consensos e tudo que permeia o universo de um trabalho em equipe, e que todos se engajem na construção de proposta de práticas pautadas pela integralidade para superação dos desafios da comunidade escolar.

Diante disso, Peduzzi (2007), afirma que o trabalho equipe de saúde para atingir algum grau de integração, é preciso que os seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações de educação em saúde.

Essa articulação demanda dos profissionais abertura do diálogo nas diferentes áreas do conhecimento, respeitando as competências e habilidades individuais de cada componente da equipe, como também por estarem partilhando o mesmo espaço de trabalho e dos mesmos usuários, nessa direção precisam construir um processo coletivo de trabalho, voltados para promoção do cuidado.

Nota-se, na dinâmica cotidiana do trabalho é ditado pelo conjunto de situações e problemas, que vai desde articulação das equipes, o planejamento e a execução das práticas do cuidado integral. Entretanto, observa-se que nem sempre os profissionais estão preparados e capacitados para desenvolver atividades em conjunto para enfrentamento dessas demandas.

Nessa direção, faz-se necessário compreender o contexto específico de cada espaço escolar, entre os membros das equipes e as crianças e adolescentes, a fim de criar dispositivos e procedimentos de ações voltadas para prevenção. Por outro lado, há que se adotar uma postura que identifique a partir dos conhecimentos técnicos as necessidades da comunidade escolar para desenvolver espaço de troca de saberes e experiências.

E a parti daí, colar em prática às ações educativas em saúde, desse modo apreensão ampliadas das necessidades de saúde, das ações, dos serviços de saúde e das respostas significativas as necessidades aprendidas aos sujeitos. A parti desse olhar atento, ocorre a integralidade das práticas em saúde.

Na opinião de Cecílio (2009), o melhor eixo para trabalhar propostas de atenção à saúde, ampliando a noção de integralidade e de modo contemplar níveis macro e micropolíticas e as propostas de universalidade e equidade, é a discussão sobre as necessidades de saúde. Com estas estratégias, torna-se mais claro o que organizar para satisfazê-los, e essa satisfação contemplaria, necessariamente, ideia de integralidade.

Percebe-se nos discursos dos entrevistados, a relevância da integralidades entre os setores de educação e saúde nas fala da P 17 e 20. Porém, verifica-se que na prática cotidiana escolar é difícil essa interação, por parte de alguns profissionais da educação que colocam a responsabilidade para operacionalização dos serviços para setor da saúde, soma-se a isso, um trabalho desarticulado, descontínuo e pouco envolvimento dos profissionais de ambos setores, conforme expresso nos depoimentos dos sujeitos como se vê nas falas da P3 e P19.

Cada área faz a sua parte, não existe intercambio e cada uma faz sua atividade (P3). Vem sendo trabalhado mais meio solto, tem um cronograma, essas ações tem data para ser trabalhado e o sistema preenchido, mas não acontece na integralidade como deveria acontecer (P7). Conscientização, desde que haja conscientização existe um trabalho em conjunto, um trabalho colaborador, hoje é muito solto em saúde e educação, não sabe o perigo (P12). Ainda falho, não existe uma interação entre a saúde e a educação, precisa existir maior intercâmbio entre saúde e educação, existe um distanciamento(P14). Essas atividades de educação e saúde são desenvolvida pela ESF em parceria com o PSE, meia desarticulada (P19). Integralidade na saúde e educação é importante, traz informações para os nossos alunos (P17). É relevante a integralidade da saúde e educação, mas percebo que é difícil essa integralidade fica mais por conta da saúde (P20).

Segundo Gomes (2012), destaca-se a escola como um ambiente de importantes interações sociais entre professores, alunos, familiares e profissionais de saúde, e onde surgem as diversas demandas e necessidades que podem ser problematizadas em seu contexto mais amplo.

A partir desse olhar, pode-se vislumbrar uma escola como um espaço aberto para desenvolver as práticas educativas e a possibilidade da ampliação tanto da intersectorialidade quanto do princípio da integralidade da atenção à saúde para

formação dos adolescentes e dos seus familiares. Essa sinergia entre as políticas de saúde e de educação pode garantir o acesso e a melhoria da qualidade de vida aos adolescentes e a comunidade em geral.

Por outro ângulo, verifica-se ao mesmo tempo a relevância da integralidade nas práticas educativas em saúde nas falas da P 17 e 20, enquanto que nas narrativas da P7 e P14 apontam uma problemática por parte dos profissionais da saúde e da educação, discorre daí, com ações inefetivas, a falta de informação e conhecimento, a não participação de ambos os setores, nas atividades de planejamento, elaboração de cronograma e na execução das ações do PSE.

Com isso, não alinhamento com os autores nas ações de promoção da saúde, vislumbra-se que as ações intersetoriais se desenvolvem por meio de um processo diferenciado, planejado e programado, com o compartilhamento do poder e da articulação de interesses, saberes e práticas de setores da saúde e educação (FERREIRA et al., 2012).

Nas narrativas dos entrevistados, percebe-se que não existe integralidade entre os dois setores na operação das ações do programa. Como se vê nos relatos dos participantes:

Aprende se tivesse maior interação, integralidade dos dois setores as pessoas passavam acreditar mais (P15). Não tem conhecimento de como acontece o planejamento no PSE (P1). Não é um planejamento conjunto, que não agregam as duas secretarias, não tem parceria firme e concreta (P2). Planejamento anual e feito pela coordenação da secretaria da saúde e do PSE, conforme as ações do Ministério da Saúde (MS) e entrega para o ESF (P3). Nós não temos conhecimento, só chega para executar, não temos encontro, só chega para executar (P4). Desconheço esse planejamento, acontece dentro da saúde e sem a participação da Secretaria Municipal de Educação (SME), (P14). Na verdade não tem planejamento conjunto, nós não participamos do planejamento e feito na saúde (P17).

Pode-se constar nos discursos a fragilidade na operacionalização da política intersetorial, em particular nas ações do Programa Saúde na Escola, não alinhamento com as diretrizes do programa. Nota-se, que existem alguns entraves na interação no cotidiano das práticas e dos serviços, em relação ao campo da gestão, do planejamento e do compromisso entre os dois setores, no território onde se encontram as unidades escolares e as equipes de ESF, em decorrência da falta de diálogo entre as equipes de trabalho.

Sabe-se, que o planejamento e a adesão do programa PSE devem ser realizados conjuntamente entre as áreas da Saúde e da Educação, de modo que as atividades em saúde a serem desenvolvidas e façam parte do projeto político-pedagógico escolar, atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos, e ainda, previamente agendado com o apoio dos professores (BRASIL, 2015).

No entanto, percebe-se que a entrada da equipe de Atenção Básica na escola não é organizada de maneira coletiva entre a Saúde e Educação, com a inclusão das famílias dos responsáveis e o envolvimento dos educandos, conseqüentemente aumentaria o compromisso dessa comunidade para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

Dessa maneira, o delineamento dessas relações de trabalho está diretamente relacionada à maneira como vem se estruturando a Política Intersetorial entre saúde e educação. A intersectorialidade surge como um caminho para a estruturação de ações coletivas mais complexas no campo da saúde, enquanto que a escola constitui-se um espaço aberto para concretização das práticas educativas e a junção de ambos ocorre a integralidade entre os setores da saúde e da educação. Assim, as narrativas apontam como vem ocorrendo a integralidade da equipe e nas práticas educativas em saúde.

Integrar, integração e comunicação e não existe essa integração de equipe (P1). Conjunto que está sempre interligado, trabalha junto e não separado e alguém tenha uma liderança, trabalha junto e não separado (P3). Trabalho equipe possa questionar e possa contribuir para que algo de bom e aconteça (P5). Trabalho em equipe ainda é um trabalho solto, cada um faz parte, não tem uma ação conjunta (P17).

Os relatos dos entrevistados explicitam as razões que interferem num trabalho conjunto, é uma gestão individual e isolada das equipes em cada setor. Essa percepção parte de uma visão setorializada da organização, da gestão e da coordenação do programa, o que favorece um pensamento linear que dificultam articulação das ações e as parcerias, desfavorecendo uma reflexão conjunta da práticas educativas, nas falas dos P3 e P5.

Argumenta ainda, que ausência da integração entre os setores, tem-se uma visão e atuação restrita e setorializada, mediante a qual cada sujeito reconhece-o sob uma ótica fragmentada e singular, perdendo a interação e a troca de saberes

entre os profissionais da saúde e da educação, não representa um trabalho integral que possibilite a integralidade na atenção básica nas falas dos P1 e P17.

Entretanto, nas narrativas da P7 e P14 refletem a necessidade de um trabalho integrado entre a saúde e educação.

Equipe onde visa todos tem o mesmo objetivo e todos tem que se doar e tem de acontecer da mesma forma (P7). Colaboração, trabalho conjunto, onde precisa melhorar e que acontece em equipe, ação chega dentro da escola sem ter feito planejamento em equipe (P14).

Nos discursos dos profissionais apontam limitação do trabalho entre as equipes de educação e saúde, mas expressam expectativas positivas em relação ao trabalho conjunto entre escola e a unidade de saúde, as quais podem reinventar e ressignificar os cuidados da saúde, construindo redes de produção de saberes e de solidariedade entre profissionais e comunidade, nas falas da P7 e P14.

Corroboram a discussão, autores que apontam a proposta de trabalho integrado como o principal desafio do programa, que, entre outros objetivos, visa reconstruir e solidificar a relação entre os campos da saúde e da educação (DIAS et al., 2014).

No entanto, nos relatos dos entrevistados consideram de fundamental importância a integralidades das ações e o trabalho em equipe, além de possibilitar a troca de saber e a construção de conhecimento entre as equipes da saúde e educação. Dessa forma, interação, compartilhamento de conhecimento, poderes e afetos entre profissionais da Saúde e da Educação, contribuem para produção de melhores resultados em saúde nas voz da P6 e P11.

Quando a gente trabalho junto a gente trabalha melhor e o trabalho flui (P6). Importantíssima, um grupo sair um melhor trabalho, render mais, tem a junção de conhecimento, acho essencial o trabalho em grupo (P11). É um fortalecimento, fortalece tanto a educação como a saúde, fortalece a saúde e a escola, tem que haver um elo forte para atingir os objetivos da saúde e da educação (P13). Trabalhar em equipe é colher informações e agregar mais coisa que possam beneficiar a todos (P15). Trabalho em equipe há um envolvimento em todos os membros da equipe, desperte da melhor forma de trabalhar em da equipe, que você desenvolva isso, uns se integram mais (P16).

Nas nos discursos da P15 e P16 enfatiza atuação conjunta entre os setores da saúde e educação amplia as possibilidades de atender as necessidades de saúde. A ideia é que a junção das equipes e das ações entre os dois setores propicia a integralidade da rede de corresponsabilidade. Assim, aproximação da escola e da saúde potencializam as práticas educativas.

Nesse cenário, foi possível observar como os profissionais da saúde e da educação elaboram suas concepções acerca da integralidade na atenção em saúde, embora com fragilidade na articulação dos setores e nas práticas educativas, evidenciam-se que a integralidade é uma estratégia eficiente para organização dos processos de trabalho da promoção da saúde para os adolescentes.

7.5 CÍRCULOS DE CULTURA: INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Propõe-se a discussão sobre a integralidade das práticas educativas em saúde, foram realizados cinco oficinas, contando com participação de sujeitos de várias categorias profissionais das Unidades Básica de Saúde, Secretaria Municipal de Políticas para Educação e escolas da rede municipal de ensino. Percorre-se o itinerário metodológico do método do círculo de cultura de Paulo Freire, seguem-se as fases de tematização, problematização, reflexão, desconstrução e construção, a fim de promover o diálogo e a reflexão sobre os aspectos que norteiam as práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escola.

7.5.1 1º Oficina: adolescência: saúde e educação na adolescência

O primeiro Círculo de Cultura teve como tema: “Adolescência: Educação e Saúde do Adolescente”, iniciaram-se com acolhida por meio da dinâmica modelagem, caracterizando o momento de desconcentração, foram distribuídos massa de modelagem e um pequeno recipiente de vidro ao grupo e solicitamos para que todos/as modelassem uma figura e na sequência colocassem a imagem dentro do vidro. Logo após, apresentação da construção dos participantes e as expectativas em relação ao encontro. A vivência possibilitou alguns pontos de reflexão no grupo:

Aprender, debater assuntos relevantes (P5).

Aprender, dividir, adquirir novos conhecimentos e compartilhar conhecimentos (P14).

Na compreensão dos sujeitos a vivência possibilitou abertura do diálogo a busca por novos conhecimentos e experiências com objetivo de aprimorar as ações profissionais. Essa interação entre os profissionais da saúde e da educação permitiu ampliar a capacidade de perceber o outro e conviver com a diversidade para enfrentamento dos desafios nos cotidianos do trabalho. Para Freire (1978), o processo educativo é uma situação de encontro entre pessoas que geram uma relação mútua para os envolvidos.

Nas narrativas dos participantes este momento permitiu compartilhar as informações, experiência e vivências com os demais colegas de trabalho, através da troca de saberes para que todos possam adquirir novas competências, habilidades e crescerem juntos, além de criar um ambiente de trabalho colaborativo o qual possibilitara melhores práticas e resultados.

Assim, a construção compartilhada de conhecimento dar-se a através do diálogo e nos encontros pedagógicos entre e grupos de trabalhadores, na perceptiva estabelecer um ambiente de confiança, renovação, disseminação de informações, agir de forma mais eficiente e vislumbrar um transformação pessoal e profissional.

Na percepção de Bezerra et al. (2014), o encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde é capaz de potencializar o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, gerando efeitos no desenvolvimento saudável e no protagonismo do educando e da comunidade onde vivem, permitindo que este realize opções que melhorem sua qualidade de vida.

Portanto, os discursos dos participantes em relação a dinâmica coadunam com os princípios teóricos-metodológicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNSPS), tendo em vista fortalecer a produção, a construção, a socialização do conhecimento e a qualificação das informações para o enfrentamento das vulnerabilidade da saúde na adolescência.

Na sequência, a tematização utiliza-se a técnica de painel uma construção coletiva acerca do tema. Em seguida foi colocado no solo do auditório 23 tarjetas com as palavras geradoras advindas do momento das visitas prévias e entrevistas com os profissionais da saúde e de educação representando a definição e as características da adolescência, bem como as ações de saúde para essa fase.

Logo após, foi solicitado a cada participante ficassem a vontade para selecionar duas tarjetas dentre as colocadas no chão para em seguida relacionar ao contexto representado pela temática e colocar na parede da sala, como também fazer uma reflexão sobre a sua escolha, que será abordando nas falas dos sujeitos.

Diferença entre menino e menina, estamos vivendo na modernidade, diferença entre sexo, menino e menina, respeitar as diferenças entre os sexos e procurar entender o não preconceito com a homossexualidade (P3).

Período de transição, mudança hormonal da criança para adolescência e vira uma mocinha para a fase adulta, etapa que a gente nunca esquece (P7).

Os nossos adolescentes precisam de afirmação e autonomia (P8). Período de transição, eles ficam sem entender as mudanças do corpo, pela voz e comportamento (P16).

Os limites cronológicos da adolescência variam nas definições das faixas etárias entre os organismos internacionais e nacionais (P18).

Observa-se nas narrativas dos participantes que a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, caracteriza-se pelo desenvolvimento físico, mental, emocional sexual e social. Essa fase inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando indivíduo consolida seu crescimento e a personalidade. Assim, essa fase da adolescência é um período que se estende de dez a 19 anos de idade.

Existem algumas divergências quanto a classificação etária para adolescência. Para Organização Mundial da Saúde (OMS), essa fase tem início aos dez anos se estendendo até os 19 anos. Enquanto que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera o limite entre 12 aos 18 anos de idade. Utiliza-se o adulto jovem para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade.

Nos discursos dos participantes evidenciou que o desenvolvimento físico e sexual mais adiantado da menina do que o menino. Uma vez que esse desenvolvimento começa mais tarde e mais prolongado nos meninos, marcados

pela variabilidade no tempo de início, duração dessa fase puberal, com acentuadas diferenças entre os sexos, como mudanças no corpo, voz e o comportamento.

É importante enfatizar que a variabilidade e diversidade de parâmetros biológicos, cronológicos e psicossociais que ocorrem nesta época. Assim, adolescência caracteriza-se pelo funcionamento e desenvolvimento social e psicodinâmico (BENINCASA, 2010).

Para Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), a adolescência representa para os próprios adolescentes uma oportunidade de socialização, construção da identidade e autonomia. O início dessa fase, as opiniões dos membros de seu grupo ainda são importantes, mas essa influência diminui à medida que o adolescente adquire maior clareza e confiança em sua própria identidade em suas opiniões, a busca pela autonomia e autoafirmação na voz da P8.

Adolescência é um período marcado por grandes descobertas e instabilidade emocional, no qual está associada à necessidade psicológica de explorar limites como parte do desenvolvimento da identidade individual. Essa disposição para assumir riscos leva muitos adolescentes a experimentar tabaco, álcool e outras drogas que causam dependência, sem a devida compreensão dos danos que podem causar à saúde ou de outras consequências.

Outro enfoque marcante, autor aponta a esse grupo para garantir o direito à saúde e a proteção à vida do adolescente, torna-se indispensável à integração articulada das ações direcionadas a este público, que considerem as vulnerabilidades perante riscos à saúde dos adolescentes como uma realidade global (FAIAL et al., 2016).

Nesse cenário, Vieira et al. (2015), consideraram que a adolescência sendo uma das etapas do desenvolvimento humano, deve ser assumida como uma fase fundamental na promoção da saúde, enquanto processo de habilitar as pessoas para melhorar e aumentar o controle sobre sua saúde e na aquisição de comportamentos protetores da saúde.

Diante da complexidade que envolve a fase da adolescência, é relevante direcionar uma atenção maior para saúde do adolescente e o modo como os profissionais da educação e da saúde percebem a saúde na adolescência que será analisado a seguir.

No segundo painel registram as ações da saúde para serem desenvolvidas com os adolescentes no ambiente escolar, iniciam-se o diálogo e as

discussões através do compartilhamento das informações e as percepções do grupo, em relação às práticas de saúde, vivências, experiências e a toca de saberes, conforme as falas dos participantes.

É essencial que as ações de saúde aconteça na escola para conscientizar os nossos adolescentes (P01). Essa fase de conflito eles precisam de esporte para amenizar os conflitos e contribuir com a saúde dos adolescentes (P01).

Nossos adolescentes prematuramente estão mais envolvidos em relações sexuais, precisam de orientação para prevenção e evitar problemas de saúde (P05).

Os adolescentes não procuram os serviços de saúde, nos profissionais é que temos de buscar para desenvolver alguma ação (P06).

Trabalhar na escola ou em sala de aula temas da saúde para evitam muitos problemas mentais, incessantemente trazem problemas e sem filtrar as informações da mídia (P14).

Importante trabalhar a saúde na escola e a questão corporal e também a saúde mental (P15).

Apreendeu-se nos discursos dos participantes P1 e P14 que as ações de promoção da saúde deve acontecer no ambiente escolar, pois esta se configura como excelente espaço para as práticas de saúde em virtude de seu potencial para produzir e conduzir informação e orientação à saúde dos escolares.

Observa-se nas falas da P5 e P15 a importância de incluir nas escolas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco, de modo que seja possível desenvolver práticas promotoras de saúde. Porém, persistem uma grande dificuldade de abordar assuntos polêmicos, como a questão da sexualidade e o uso de drogas, pois os profissionais da saúde não encaram como uma das suas atribuições participar da formação dos jovens, limitando-se apenas ao atendimento. Na maioria das vezes, eles/elas não estão capacitados para prestar uma abordagem integral na atenção ao adolescente.

Colaborando com as discussões estudos Machado, et al, (2015), descrevem a dificuldade em estabelecer rotina no atendimento aos adolescentes e que esta situação pode estar ligada a necessidade de alguns profissionais em superar preconceitos antes de encarar programas educacionais voltados para escola, além de pouca proximidade com as questões dessa faixa etária; tendência a encarar os adolescentes de forma negativa e estereotipada; constrangimento em lidar com sexualidade e situações de violência que podem demandar, inclusive,

intervenções interdisciplinares; sobrecarga de trabalho, dificultando o acesso à aprendizagem.

Nota-se no relato da participante P6 que os adolescentes evitam serviços de saúde, existe uma baixa demanda por cuidado trazido pelos jovens. Torna-se imprescindível fazer busca ativa deste usuário, e que os serviços de saúde sejam sensíveis às necessidades dos adolescente e ofertar serviços de qualidade. Acrescenta-se a isso, as barreiras culturais, entre gerações e de gênero precisam ser superadas para abrir caminho ao diálogo entre adolescentes e equipes de saúde que possam ofertar orientação e tratamento mais eficaz.

Prosseguindo as discussões, para muitos adolescentes a saúde ainda está ligada a “ausência de doença” e sentimento de invulnerabilidade, imortalidade e pode justificar o desinteresse e o distanciamento que se observa no comportamento dos adolescentes em relação aos serviços de saúde⁹.

Diante disso Bezerra et al. (2014), apontaram a necessidade de investimento na formação permanente em saúde que possam contribuir para transformação das práticas profissionais e para organização dos serviços, constituem como estratégias essenciais de aprimoramento dessas ações do Programa Saúde na Escola (PSE), apresentados na Figura 4.

Figura 4 – Construção coletiva da caracterização e a saúde dos adolescentes. Campos Sales. Junho de 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

Dando continuidade as atividades do Círculo com a problematização desta temática, foi formulado o seguinte questionamento: Como promover saúde para os adolescentes na Atenção Básica (AB)? A indagação tinha como propósito de produzir a aprofundamento das situações problemas vivenciadas pelos profissionais da saúde e de educação no cotidiano do trabalho.

Na intenção de articular as discussões e a compreensão dos participantes em relação a AB e a saúde dos adolescentes, foram selecionados três textos relacionados aos temas geradores, os seguintes casos: a) gravidez na adolescência, (Info Escola, Rosilana Rocha Araújo Morais, b) alunos, droga e álcool o que fazer? (Gestão escolar, blog aluno em foco, agosto, 2014); e, c) bullying entre os escolares (Uol Educação, 2014).

Nesse momento do Círculo, o grupo divide-se em três subgrupos estimulando que em cada subgrupo estivessem profissionais representantes dos setores da educação e da saúde. Foi solicitado que realizasse a leitura dos casos problemas e logo após, a elaboração das estratégias de enfrentamento para os casos.

Na sequência, os grupos estavam bastante animados, começaram leitura, as discussões das situações problemas e organizaram a produção do conhecimento, os resultados foram:

Subgrupo 1 – Gravidez na adolescência

Conscientizar sobre o acompanhamento do pré-natal, de vacina e orientação (P01).

Promover Semana de saúde na escola momento de conversa e orientação (P08).

Apoio da família, a mãe amenizou a situação, percebe hoje foi um acontecimento de grande aprendizagem e não deixei de estudar (P16).

Evidenciou-se que as ações de promoção da saúde são de fundamental importância para orientar as jovens grávidas e sensibilizar em relação aos procedimentos de rotina, como os exames, vacinas e os cuidados diários, além de incorporem práticas humanizante na consulta de enfermagem e o acompanhamento do pré-natal, nas falas da P1 e P8.

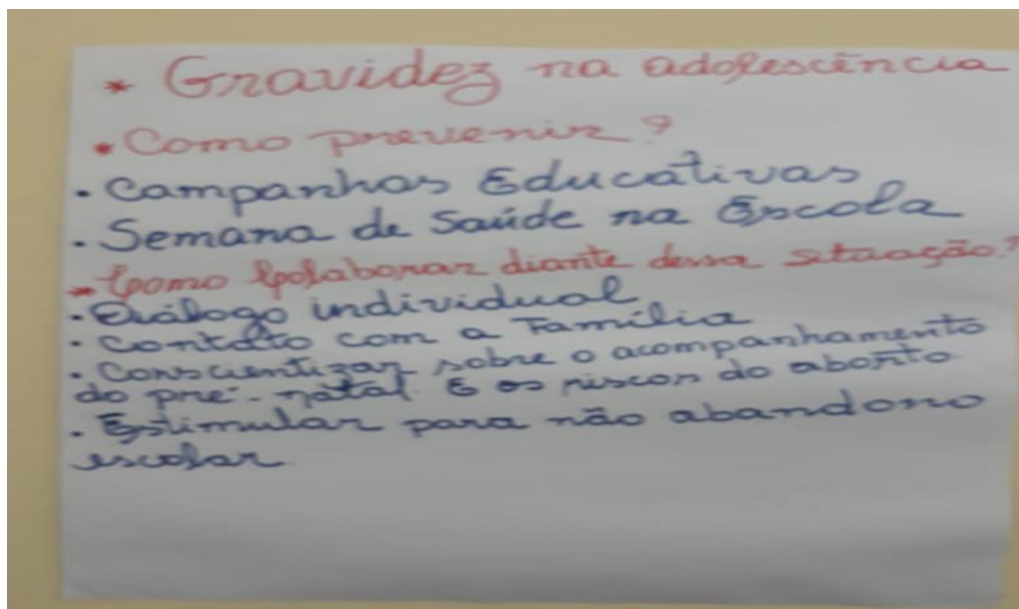
Nessa mesma linha, a educação em saúde é uma ferramenta essencial para a construção do conhecimento, considerando que os adolescentes têm suas vivências e saberes, precisam ser sensibilizados e orientados para cuidar de si na gravidez (ARAÚJO; MANDÚ, 2016).

Na fala P16 é perceptível que a família é a principal referência na pessoa da mãe, serve de apoio ao adolescente pelo fato dela está mais próxima quando precisam de sua ajuda, com também por ser considera experiente, confiável, admirável e figura a ser espelhada. Ressalta-se que a gravidez é uma fase de experiências, saberes acumulados e construção de novos conhecimentos para efetivação da maternidade, realização pessoal e social. Isso demonstra-se o reconhecimento da papel da família construído socialmente pela sociedade.

Na opinião de Portugal (2014), a família é representada como uma importante rede de proteção e segurança para os seus membros, mesmo quando os laços não são afetivos, a importância dela é considera expressiva.

Observou-se pelo conjunto das narrativas, a compreensão da rede do cuidar em saúde, mediante ações preventivas numa relação dialogia e de vínculo afetivo, não descartando suporte e apoio familiar no acompanhamento do pré-natal da adolescente para que as mesmas não abandonarem os estudos. A seguir, apresenta a síntese do caso Figura 5.

Figura 5 – Cartaz sobre grávidas na adolescência na oficina saúde do adolescente. Campos Sales-CE, 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

Subgrupo 2 – Alunos, drogas e álcool: o que fazer?

Adolescência é o momento de descobrimento, e, com isso, de exposição a situações de risco para a saúde e a sociabilidade. Dentre estas situações, está o consumo de álcool e outras drogas, a que os jovens pobres estão mais vulneráveis social e psicologicamente. Por causa dessa problemática, esse grupo discute alunos, drogas e álcool um situação vivenciada no cenário escolar, nele estão envolvidos, os jovens, a família, a escola, e a sociedade, baseada nessa dinâmica fazemos os seguintes questionamentos: como os profissionais da saúde e os educadores lidam com a questão das drogas? e, quais são as estratégias de enfrentamento do uso abusivo de drogas e álcool no espaço escolar? Isto posto, os discursos apresentados retratam a questão do álcool e drogas na escola:

Eu estou angustiada, eu quero falar que o papel das instituições, a escola não é clínica de reabilitação, precisa de uma equipe multiprofissional, nós sabemos que as nossas instituições escolar não tem infraestrutura física de receber os alunos, estamos lidando com situações exatamente complexas, não temos competência para ser clinico, a fase do adolescente já é complicado por si só, imagine ela envolvidas dentro do uso das drogas e entorpecentes eu sou defensora da educação, o professor não é Deus e não faz milagre(P3).

Nós temos esse problema todo dia na escola droga e álcool. O que nós temos diálogo, palestra, e encaminhar o caso pra onde? Assistência social, Ministério Público (MP) e Conselho Tutelar (CT). A escola é um direto, para receber esse aluno que usa droga e álcool, o que fazer com esse aluno? A droga e o álcool é uma questão de saúde pública. O ideal é que tivesse uma equipe multiprofissional na escola, doença mental e as drogas nosso problemas da escola hoje (P09).

O que fazer? Pra onde encaminhar aluno que uso de álcool e drogas? É uma realidade não só da escola pública e também da escola privada, deparamos com alunos drogado, fazendo usos de substancia dessa natureza hoje é comum, é um questão de saúde, o que está nas nossa mãos hoje, enquanto educador o que podemos fazer a não ser o diálogo, palestra, vídeos e estudo de caso, se tivesse uma equipe multiprofissional para resolver o problema, o professor não está preparado e a escola não resolvem esta situação, essa questão está associada a família desestruturada, que a causa desse problema, mas a gente vê que acaba virando uma bola de neve, a escola sente impotente para lidar com essa situação, o professor sozinho não tem condição de lidar com essa situação e não tem formação, o Ministério Público (MP) encaminha o problema pra escola, a escola não está preparada pra resolver essa situação, então o caso volta, depois encaminhar para onde? Precisamos de uma equipe multiprofissional (P14).

É recorrente, nos relatos dos praticantes P3, P9 e P14 que as drogas e o álcool é um problemas diário, acontecem tanto na escola pública quanto nas escolas

particulares. Os profissionais não tem capacitação e nem formação para trabalhar com essa problemática, quando tentam dar encaminhamento a questão as instituições públicas, como a Secretaria de Assistência Social, o Conselho Tutelar e o Ministério Público, não tem resolutividade, então, o problema retorna para escola.

Evidenciou-se que a escola tem dificuldade em trabalhar essa questão e percebe-se que os profissionais sentem-se angustiados, isolados, impotentes e fragilizados perante a situação, além disso, a inoperância da atuação do Poder Público, então, esbarram na própria complexidade da problemática e na incapacidade dos serviços e da rede lidarem adequadamente com essa amplitude (PAIVA; COSTA; RONZANI, 2012).

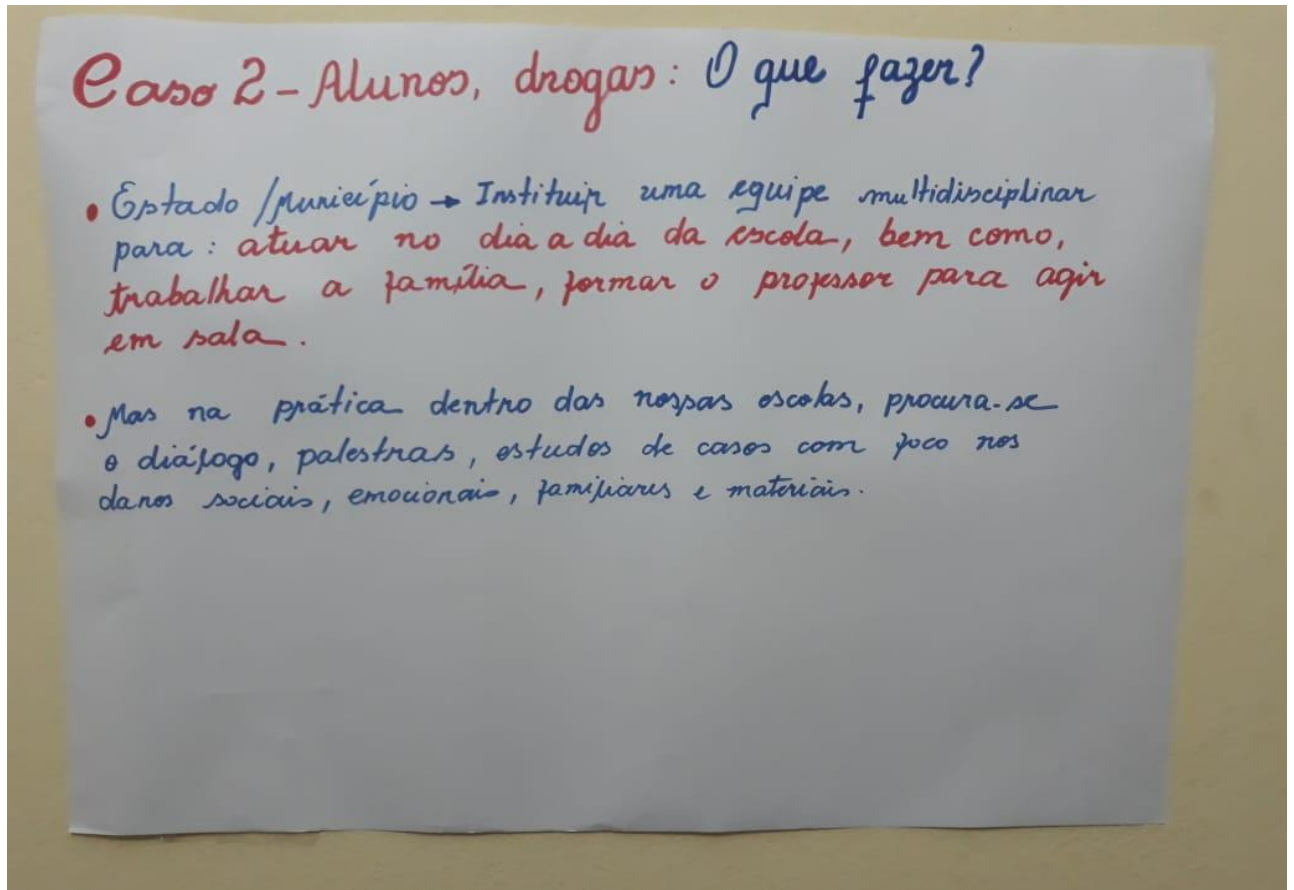
Observou-se que a maioria dos profissionais aponta uma visão do problema de forma ampliada, é uma questão de saúde pública e mostram a importância de um trabalho em equipe interdisciplinar para conduzir os casos. Em contrapartida sente-se limitados e sem autonomia, emerge a seguinte pergunta: “o que podemos fazer enquanto profissionais da educação”? Percebe-se a sensibilidade dos profissionais frente as drogas, elas própria respondem: Além do diálogo, palestra, campanha, na fala da P14.

Nessa perspectiva dialógica e problematizadora torna-se um grande desafio para os profissionais de saúde e da educação e, em especial na função educativa a prevenção do uso abusivo de álcool e drogas, que podem favorecer práticas educativas permanentes voltadas para os jovens, possibilitando que os educandos, professores e comunidade assumam o papel de promotores de saúde (PAIVA; COSTA; RONZANI, 2012).

Ceccim (2005), centra o olhar para a qualificação de recursos humanos a partir da educação permanente, tendo como horizonte uma educação que seja reflexiva, problematizadora e que vise a transformação da realidade social. Espera-se a superação da primazia dos procedimentos nos serviços, respaldados pelo saber técnico, ampliando espaço diálogo e reflexões sobre as práticas no cotidiano do trabalho.

Para implementação de estratégias de prevenção, faz-se necessário adoção de uma lógica de interação entre diversos setores, a partir da compreensão das demandas e necessidades sociais (BRASIL, 2012). Além disso, deve-se garantir a participação efetiva de diferentes grupos na identificação, formulação e implementação de práticas integrais. Apresentamos a síntese na Figura 6.

Figura 6 – Cartaz sobre alunos, droga e álcool: o que fazer? na oficina saúde do adolescente. Campos Sales-CE, 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

Subgrupo 3 – Bullying entre os escolares

O grupo três analisou a prática bullying entre os escolares, é um problema mundial. No Brasil em 2015, o Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (PISA) informa que um em cada dez estudantes é vítima de *bullying*-anglicismo que se refere a atos de intimidação e violência física ou psicológica, geralmente no ambiente escolar (BRASIL, 2015). Identifica-se nos discursos dos participantes a prática de bullying:

Na escola vivência experiências de violência o bullying é difícil. Nós professores vivemos em pânico. Quem pratica bullying sofreu violência. Tanto o agressor e o agredido precisam de tratamento psicológico e atendimento com assistente social (P3).

O ambiente familiar reflete no comportamento deles/as, ausência dos pais por motivo de trabalho, os adolescentes assistem muito televisão e jogos de vídeo game violentos e podem causar reações violentas. Cabe aos pais orientar os filhos em relação ao bullying e os programas que devem assistir na TV e rede sociais (P11).

Destaca-se na fala da P3 que a prática de *bullying* é comum dentro da escola. Contudo, afirma que quem pratica ato de violência porquê de alguma forma já sofreu algum tipo de violência, pois estas atitudes estão presentes nos modelos educativos autoritários e a permissividade colaboram para a falta de empatia, compaixão, tolerância e respeito. Para além disso, tanto o agressor quanto o agredido precisam de ajuda, acompanhamento, tratamento assistencial e psicológico.

No discurso da participante P11 aponta que família devem estar atentos ao comportamento dos jovens, em manter sempre abertos os canais de comunicação. O diálogo continua a ser a melhor arma contra esse tipo de violência, ausência afeto pode causar efeitos devastadores em crianças e adolescentes. Isso implica estabelecer entre pais e filhos uma relação dialógica, a escuta interessada, humildade para aprender, amorosidade para o encontro, esperança na mudança de si, do outro e da realidade.

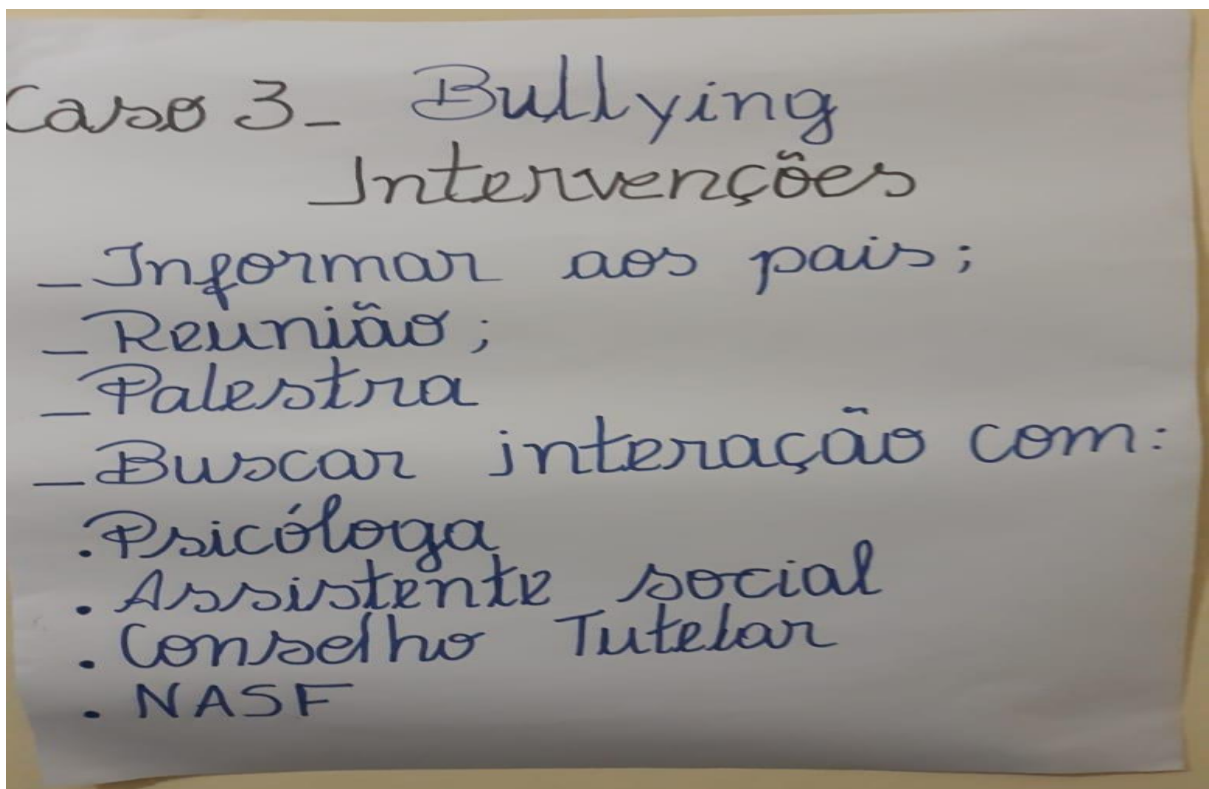
Nesse processo, o diálogo é colaboração, troca, interação e se faz numa relação horizontal em que a confiança de um no outro é consequência (BRASIL, 2012).

No entanto, adverte ausência aos pais por motivos de trabalho, a falta de referência e de controle com a força da mídia, principalmente por meio de programas, filmes violentos, a influência cultural, o egoísmo, o individualismo e o descaso contribuem para estimular a cultura da violência, ainda na voz da P11.

Para o enfretamento dessas situações de opressão é preciso que no espaço escolar realize ações de Promoção do Respeito à Diversidade, da Cultura da Paz e dos Direitos Humanos, toda comunidade escolar estejam envolvidos, os escolares, os familiares, profissionais da saúde e da educação possam intervir com práticas libertadoras, numa perspectiva crítica e dialética, que forneceram elementos para reflexão à ação. Assim, provoquem mudanças nas relações de convivência e o acolhimento do outro, aliando os processos de humanização e investir na formação dos profissionais.

Freire (1970, p. 70) argumenta os educadores que se propõem trabalhar no enfrentamento da violência, precisam primeiramente acreditar que a educação constitui uma tarefa de libertação, ou seja, "a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo". O mesmo autor, o homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. Quando mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la (FREIRE, 1979, p. 19). As manifestações no quadro síntese na Figura 7.

**Figura – 7 Cartaz sobre violência bullying na oficina saúde do adolescente.
Campos Sales-CE, 2018**



Fonte: Elaborada pela autora.

Por meio das atividades proposta durante este Círculo, animadora e os participantes compartilhamos experiências de trabalho, intervindo nos momentos de dificuldades, valorizando o desenvolvimento de competências coletivas e relacionais, para abordar a saúde do adolescente, com vista o fortalecimento e a

instrumentalização das equipes para lidarem com as complexidades do cotidiano e dos processos de trabalho.

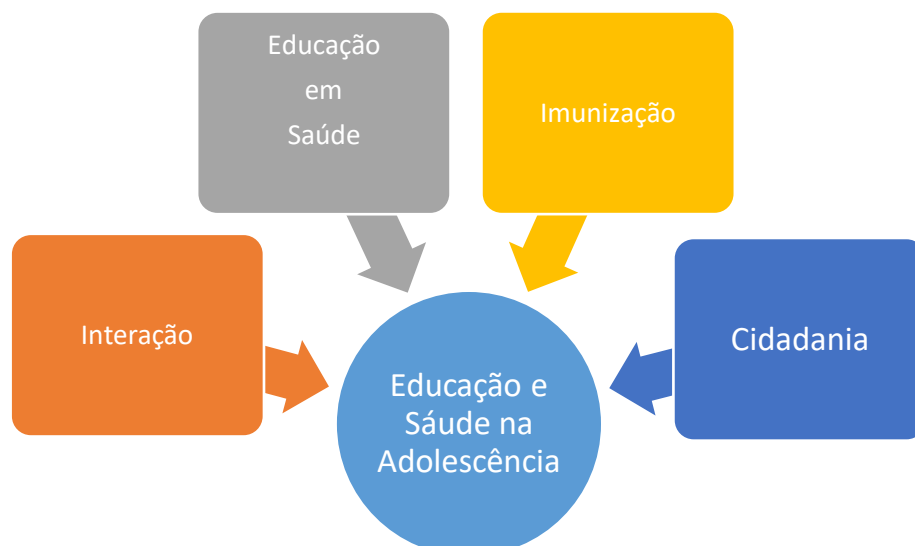
No momento da síntese escolhemos a Roda de Conversa por ser um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que os trabalhadores da saúde e da educação possam se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Essa técnica, objetivou estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para ação.

Assim, a troca de experiência, conversa, discussão e divulgação dos conhecimentos constroem esse método de trabalho desenvolvido junto às equipes para capacitar e fortalecer os trabalhadores em posturas coletivas e singulares favoráveis ao fortalecimento da política intersectorial.

Esse momento contribui para que todos os participantes expressem e partilhassem seus sentimentos, angústias, desejos e ansiedades do cotidiano do trabalho, como também oportunizou as equipes de saúde e da educação se conhecerem, interagirem e dar o primeiro passo para as ações conjuntas do PSE.

A partir das discussões e reflexões da roda de conversa acerca da saúde do adolescente foram encontradas quatro Ideias Centrais que sintetiza a temática manifestado nos discursos dos sujeitos e apresentado na Figura 8.

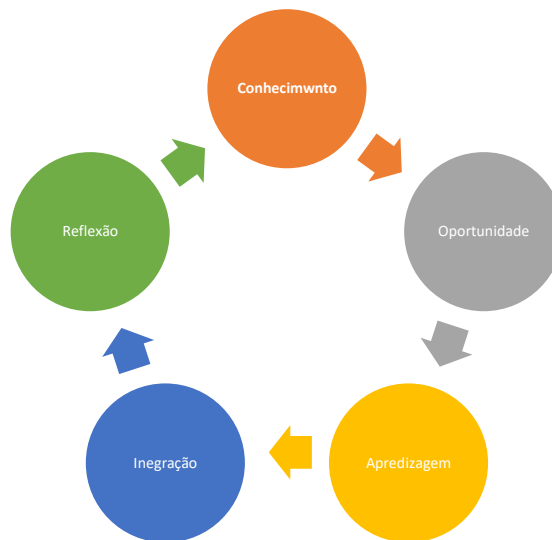
Figura 8 – Síntese das Ideias Centrais encontradas nos discursos dos participantes da oficina “Educação e Saúde do Adolescente” segundo o Círculo de Cultura. Campos Sales. Junho 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

O encerramento das atividades da oficina se deu com a técnica “Círculo de Diálogo”, utiliza-se como instrumento de Escuta Pedagógica pautado nos Círculos de Cultura de Paulo Freire. Assim, a dinâmica foi guiada pelo tema gerador da oficina “Saúde na Adolescência”, por meio de palavras geradoras, fomenta-se um ambiente de confiança e abertura para as reflexões, desta forma criamos um espaço de interação e socialização da construção elaborado pelo grupo, abrindo perspectiva de aprendizagem. A seguir, apresenta a sinete do encontro, na Figura 9.

**Figura 9 – Diagrama do encerramento da oficina segundo o Círculo de Diálogo.
Campos Sales. Junho de 2018**



Fonte: Elaborada pela autora.

7.5.2 2º Oficina: Programa Saúde na Escola (PSE)

O segundo Círculo de Cultura iniciou-se com acolhida através da técnica troca de um segredo. O animador do grupo distribuiu uma folha de papel e um caneta para cada participante e solicitou que escrevesse uma dificuldade enfrentada no cotidiano escolar em relação ao PSE. Os papéis foram recolhidos e dobrados de modo semelhante e colocados em um caixa no centro do grupo. Em seguida, o animadora pediu para elas/es formarem um círculo e redistribuiu os papéis aleatoriamente entre os integrantes, para que fosse realizada a leitura e a seguir dar uma resposta para o problema e relatar os sentimentos na situação vivenciada pelo grupo.

Observou-se que a maioria dos participantes evidenciou a infrequência do atendimento, tratamento e o acompanhamento psicológico dos escolares como o maior problema. A dinâmica demonstrou sentimento de impotência e incapacidade para enfrentar os problemas levantados. Além disso, levando um comportamento de conformismo, passividade e naturalizando diante da impossibilidade real de resolver tais situações.

Evidenciou na dinâmica de acolhimento um sentimento de impotência e incapacidade dos profissionais diante do programa. Isso está relacionado a execução das ações intersetoriais, a articulação das equipes de saúde e de educação e outras equipes de trabalho de outros setores, devido a inoperância da articulação da rede de proteção à criança e ao adolescente e falta de capacitação das equipes, ainda é um desafio a ser conquistado a integralidade das ações do PSE.

Ao término desse momento de sensibilização e integração dos sujeitos, foi solicitado aos participantes o retorno ao Círculo. A seguir inicia-se o momento de tematização utilizou-se disparador um vídeo acerca do PSE, elaborado pelos Ministério da Saúde e Ministério da Educação (BRASIL, 2017). Na sequência houve o momento de reflexão, foram propostos, inicialmente, os seguintes questionamento: O que é PSE? Quais são as ações do programa? Como acontece o programa no espaço escolar? As questões levantadas demonstram uma certa inquietação e desconhecimento em relação a temática expressos nas falas:

A falta de condições de trabalho na educação e saúde, as ações do PSE não tem integração, acontece de forma mecânica. Conexão saúde e escola sem ação conjunta (P3).

Não sabe responder essa não (P6).

Os alunos não querem o medicamento Albendazol, tem medo, os profissionais não explicam (P7).

A coordenadora solicita para as ações na escola, por exemplo: problemas de sexualidade então vai o enfermeiro e o médico para realizar ação conforme a necessidade da escola (P18).

Percebe-se nos discursos dos participantes apresentaram dificuldade para defini-lo, a maioria evidenciaram pouco conhecimento sobre o PSE, direcionaram as respostas para as ações, enquanto que os educadores desconhecem o programa, porém percebem que estas são desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Apreende-se que na fala da P3 que existem limitações nas condições de trabalho dos setores da saúde e da educação, mas revelam que as ações de promoção da saúde são realizadas na escola, embora não aconteça articulação entre os setores, não se aproximam das diretrizes preconizadas pelo MS. Enquanto que, o relato da P6 desconhece o programa.

Evidenciou na voz da P7 uma visão curativista, uma vez que reduz o programa a procedimentos de medicalização e não as ações de promoção da saúde percebem-se como um instrumento de ação para aliar o processo de trabalho em saúde no ambiente escolar, além disso, a falta de diálogo repercute nas práticas educativas no âmbito da ESF e da educação, perpetuando uma educação em saúde tradicional ou também chamada de preventiva, é historicamente hegemônica, tem o foco a doença e a intervenção curativa e o referencial biologista, também pela a formação conservadora dos profissionais de ambos setores, ou ainda, pela a falta de qualificação adequada para o desenvolvimento dessas práticas (MASCARENHAS; MELO; FACUNDES, 2012).

O autor aponta forte tendência biomédica, há um processo de tensionamento sobre a educação em saúde e seus objetivos. A valorização de práticas focadas no modelo biomédico compromete a possibilidade de encontros que permitam a construção coletiva do saber e transformação da realidade com o abarcamento mais amplo do que as orientações individuais (FRANCO; SILVA; DAHER, 2011).

Observa-se nos discursos que apenas a participante P18 informou que as ações do PSE são desenvolvidas de acordo as necessidades e demandas dos escolares. Soma-se a isso, que a equipe de saúde realiza essas ações quando são solicitados, não existe um planejamento entre os setores, essa situação não se enquadra no Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação-PSE Ciclo 2017/2018 (BRASIL, 2018).

Dentre os relatos a maioria dos participantes não define de forma estruturada ou precisa o PSE, mas compartilham a ideia que as ações e a equipe Estratégia Saúde da Família é quem realizam as atividades. Verifica-se uma conformação por parte dos profissionais da educação que as ações desenvolvidas encontram-se ainda fortemente atribuídas apenas ao setor saúde, além disso, deforma o delineamento do programa, longe de promover a integralidade das ações e serviços em saúde em relação às demandas dos escolares.

Esse estudo diverge com pesquisa realizada em Fortaleza evidenciou que gradativamente o fortalecimento e integração entre os setores educação e saúde tem ocorrido, promovendo a intersetorialidade proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) apesar dos desafios a serem superados como a dificuldade em manter estas ações (SANTIAGO, et al, 2012).

Para Gomes (2012), a mudança da concepção de saúde e a visão do processo ensino-aprendizagem também foram sendo modificados. Isso possibilitou o desenvolvimento de uma nova perspectiva para se pensar educação e saúde, levando em consideração suas interfaces. O PSE foi sendo organizado, estruturado e desenvolvido considerando diferentes representações de concepções sobre saúde e sobre educação.

Assim, o PSE objetiva contribuir para o fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dos estudantes da rede pública de educação básica. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente a qualidade de vida dos escolares (BRASIL, 2015).

Os autores enfatizam que a relação entre educação e saúde constitui-se como uma aliança indispensável, considerando o desenvolvimento de ações realizadas, apoiando nas escolas públicas e objetivando proporcionar condições adequadas para a realização das atividades educacionais (GOMES; HORTA, 2010).

Na concepção dos mesmos autores, a inserção do PSE no âmbito escolar requer mais do que apoio institucional e político, necessita de uma articulação fortalecida entre os serviços de saúde, escola e redes sociais.

Contudo, para além dos problemas estruturais que configuram as políticas intersetoriais e a integralidade das ações de promoção entre a saúde e a educação possuem limitações para sua efetivação, que vão desde a falta de condições de trabalho, recursos financeiros, dificuldade de articular as ações intersetoriais e agravados pela falta de capacitação das equipes de saúde e educação, conforme os depoentes.

Os achados convergem com um estudo realizado no município de Cascavel, Paraná, a implantação das ações intersetoriais do PSE demonstrou insatisfação com o desenvolvimento e o resultado das ações do programa, em razão das condições estruturais, falta de recursos financeiros e humanos, difícil articulação

intersetorial e o vínculo com as equipes de trabalho e o despreparo dos profissionais da saúde e da educação para realizar ações integradas (BAGGI; et al, 2017).

Considera-se ainda, que a falta de formação premente em saúde dos profissionais da saúde e educação, é um importante contributo para a reprodução da problemática apresentada, pois os profissionais tendem a desempenhar suas práticas dentro dos limites de suas áreas de atuação.

Esse delineamento converge com um estudo acerca da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola (PSE) em um município da região metropolitana de Pernambuco, evidenciou que as capacitações não foram suficientes para que os profissionais se preparassem adequadamente. Por ser o PSE um desenho inovador, é natural a necessidade de novas e contínuas capacitações.

Em seguida, as atividades foram direcionadas para problematização e a reflexão do texto das doze Ações do PSE - Caderno do Gestor do PSE (2015). Em grupo utilizou-se a técnica das duas estações enfocando os pontos fortes e as fragilidades do programa e a rede de proteção à criança e ao adolescente, numa perspectiva de integralidade. Ao final, houve a organização de esquemas, sintetizando a compreensão e fundamentando pontos para discussão ilustrados pelas Figuras 10 e 11.

Na Figura 10, foram valorizadas pelo subgrupo 1 as doze ações conjuntas preconizadas pelo MS, destas não é possível acrescentar ou excluir nenhuma, para viabilizar a organização da promoção da saúde no PSE no espaço escolar mediante a ESF e a equipe de educação. Os discursos dos participantes a promoção da saúde por meio da política intersectorial entre os setores da saúde e educação apontam dificuldades na materialização das ações em educação em saúde.

Evidenciaram-se nos falas dos participantes das doze ações pactuados pelo município no processo de adesão do PSE com o MS e MEC, pontuaram algumas ações de forma geral, principalmente as campanhas preventivas, dentre as doze ações conseguiram identificar apenas cinco, isso demonstrou pouco conhecimento acerca do PSE e desarticulação entre os setores. Quadro síntese Figura 10.

Desse modo, as ações do programa intersectorial continua fortemente marcado por práticas setorializadas e desarticulada entre outras estruturas sociais com o ambiente escolar. Entretanto, essas estratégias seriam importantes para conectar diferentes iniciativas, potencializando a sinergia das ações sobre os eventuais

problemas identificados, assim, as práticas ficam prejudicadas e desconfigura ações contínuas e longitudinais.

Com isso, articulação da rede possibilitará o fortalecimento e a reorientação das práticas, dos saberes, dinamizando e potencializando ações de saúde e educação no PSE, ademais, poderia articular com outros projetos e programas voltados a atenção dos escolares para reforçar as iniciativas existentes (BRASIL, 2015).

Apreendem-se nas falas dos sujeitos, as limitações nas ações de educação em saúde no PSE provém da dificuldade em desenvolver ações que sejam convergentes com as práticas de promoção da saúde com o conceito de saúde ampliado e das práticas não dialógicas. A atuação conjunta entre a saúde e educação vai para além da oferta de serviços em uma mesma área. Contudo, a proposta é o conjunto das ações propicie sustentabilidade a partir da conformação de rede de corresponsabilidade.

Considera-se educação em saúde como parte destacada das atribuições dos profissionais da ESF, visto que é inerente ao seu processo de trabalho o desenvolvimento de ações educativas do PSE. No entanto, nos discursos dos participantes as ações de saúde no cenário escolar são na maioria das vezes, desprovidas de regularidades e ausência de um planejamento conjunto entre os setores da saúde e educação. Soma-se a isso, práticas tradicionais enfocando a doença e a intervenção curativa. Isso implica o não alinhamento com as diretrizes do programa.

Nos discursos da equipe da educação evidenciou que as ações do PSE não se aproximam com as diretrizes do programa, ainda, não estão inseridas no projeto político pedagógico da escola (PPP), esta tem um planejamento anual e um cronograma das atividades pedagógicas, com isso, dificultam a realização das ações em educação e saúde integradas entre os setores.

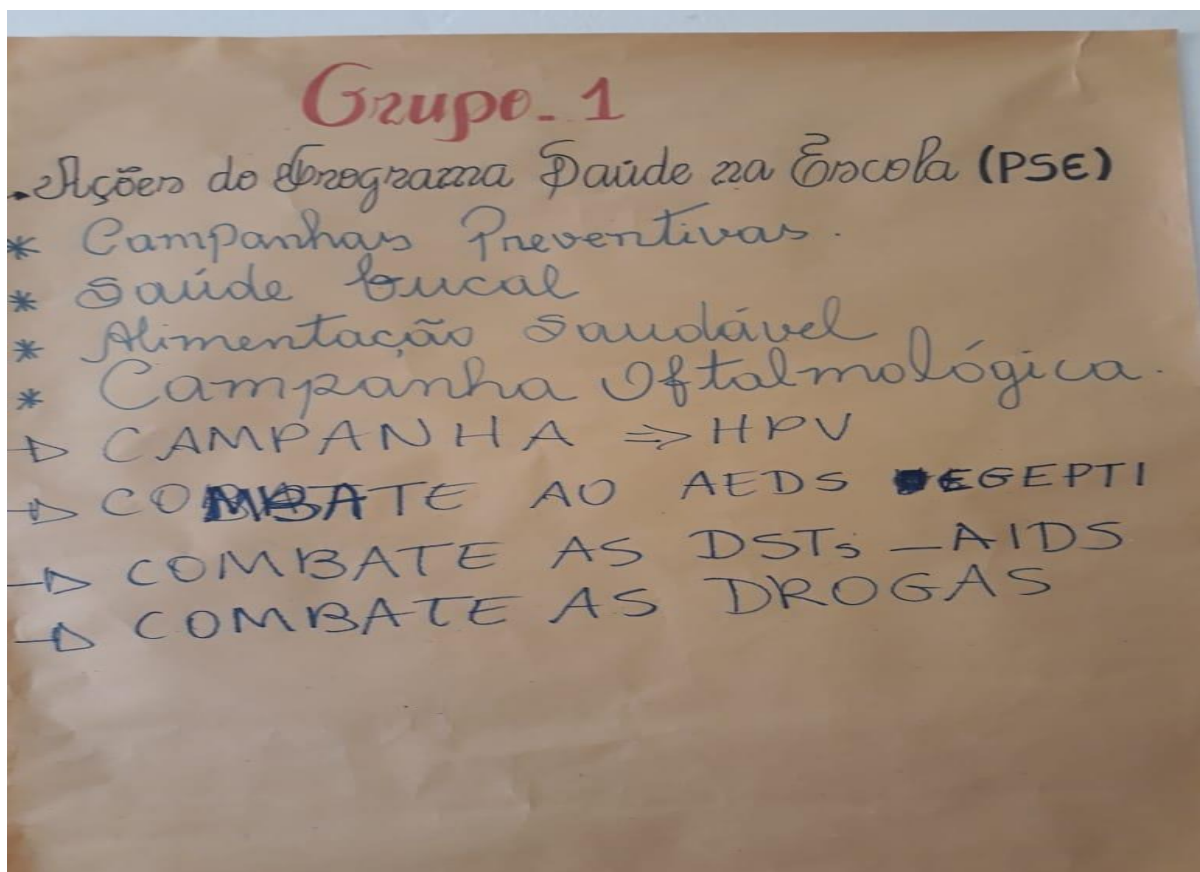
Corroborando com as ações do PSE em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político-pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas (BRASIL, 2018).

Nos discursos dos participantes enfatizam a importância do planejamento e das ações intersetoriais entre a saúde e a educação na perspectiva da promoção da

saúde, observa-se que as mesmas são cada vez mais necessárias, em razão do aumento da violência, das desigualdades sociais, o uso de álcool e drogas no ambiente escolar, pois as crianças e adolescentes tem se mostrado exatamente vulneráveis.

Nessa mesma linha, o encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde é capaz de potencializar o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, gerando efeitos no desenvolvimento saudável e no protagonismo do educando e da comunidade onde vivem, permitindo que este realize opções que melhorem sua qualidade de vida (BEZERRA et al., 2014),

Figura 10 – Esquema sobre as ações do Programa Saúde na Escola na oficina PSE. Campos Sales. Junho, 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

Na Figura 11 os participantes elencam alguns pontos de reflexão sobre a rede de proteção e os serviços de atenção aos escolares no programa. É notável nos discursos que o PSE acontece na interação das Equipes de Saúde da Atenção Básica com as Equipes de educação, tendo interface com outros serviço da rede

socioassistencial, quanto aos demais órgãos existem baixa articulação com outros setores governamentais e não governamentais.

Em relação aos órgãos governamentais que se envolvem intersetorialmente com as ações PSE desenvolvida no município de Campos Sales, Ceará, além da saúde e educação, foram citados apenas a Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social, através Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro Especializado da Assistência Social (CREAS), as demais entidades mencionadas fazem parte da rede, mas não se articula, o que dificulta contemplar as necessidades dos escolares, Figura 11.

Observou-se nos discursos dos participantes que inexistente no PSE uma rede de proteção integral que tem direito a criança e ao adolescente, com isso impossibilitam a inserção nos demais serviços. Assim, as intervenções realizadas junto aos escolares e seus famílias, muitas vezes são inviabilizadas, pois não há articulação entre os diversos órgãos envolvidos no atendimento das necessidades específicas.

As narrativas demonstraram as instituições que estão envolvidos diretamente com os escolares são as escolas e as unidades básica de saúde, o que dificulta atender as necessidades e demandas dos educandos, isso possibilitará resultados inefetivos devido a setorização dos serviços e a fragmentação da atenção, assim, torna-se inviável o atendimento integral.

Todos os relatos dos sujeitos deste estudo reconhecem a importância articulação com os órgãos gestor da saúde e da educação para promover formação permanente para os profissionais dos serviços e os familiares, além da construção de fluxos locais entre os serviços e demais órgãos de atendimento.

Ao término da problematização, foi realizada a leitura do texto a “Escola mobilizada contra o *Aedes aegypti*” - do Caderno de Semana de Saúde na Escola guia de sugestões e atividades do MS (BRASIL, 2012), na sequência foi proposta a reflexão sobre a campanha de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, com ênfase na principal ação da promoção à saúde no ambiente escolar, envolvendo não apenas os estudantes, mas também a família e os educadores atingindo toda a comunidade, haja vista que uma ação obrigatória em todas as escolas pactuadas.

Observa-se que os participantes reconhecem o PSE como uma estratégia de integração da saúde e educação para promover o desenvolvimento integral dos escolares, mas ressalta-se que articulação entre a escola e a rede básica de saúde é de corresponsabilidade e a qualidade das ações depende de ambos os setores.

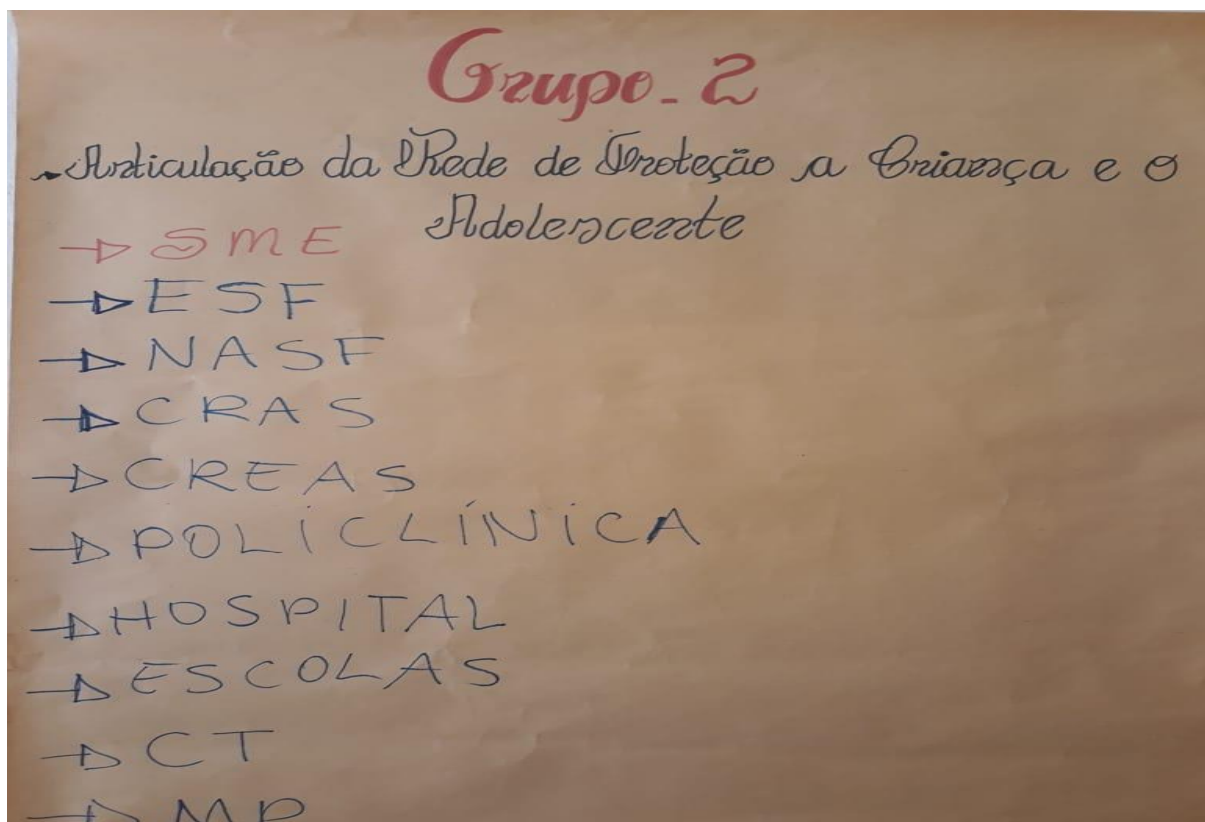
O encerramento das atividades da oficina deu-se através da técnica varal de ideias, o momento de síntese e reflexões guiadas pela verbalização dos vocábulos que representou o Círculo, os quais foram apresentados por uma educadora. As palavras mais expressivas foram: aprendizagem significativa, aprendizagem, motivação, reflexivo, objetivo, respeito e conhecimento. As falas evidenciam uma apropriação das palavras significativa ao método de Paulo Freire e ao sentimento de satisfação e compromisso na construção coletiva do conhecimento.

Os Círculos de Cultura como estratégia para problematização e reflexão de aspectos vivenciados pelos profissionais da saúde e da educação no âmbito do PSE permitiu desvelar as fragilidades da operacionalização das ações e da articulação da rede local, adicionando outros conhecimentos motivados pela troca de saberes. Nesse espaço, foram estimulados a reflexão, a criatividade, a vivência em grupo, atividades lúdicas com modelagem e provocada a comunicação, a troca de diálogo e de escuta entre os participantes.

No entanto, o PSE com sua estrutura formal e a difundida relevância institucional não se repercutiu na sua gestão e nas ações desenvolvidas. Não foram percebidas sinergia entre os profissionais da saúde e educação, nem inovações nas ações em educação e saúde. Observa-se que a potencialidade foi o encontro a primeira aproximação das equipes de saúde e de educação numa perspectiva de integralidade das práticas educativa, porém, sendo um grande desafio a manutenção desse vínculo e articulação intersectorial.

Para aprimorar e qualificar as ações e articulação do PSE torna-se imprescindível que os profissionais da Atenção Básica (AB), educação e gestores de ambos os setores discutam e analisem os obstáculos, as limitações e os desafios identificados, para recriar novas estratégias, a qual possibilitará as práticas educativas dialógica, significativas e integradoras objetivando a efetivação do programa.

Figura 11 – Esquema sobre a rede de proteção à criança e ao adolescente na 2ª oficina PSE. Campos Sales. Junho, 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

7.5.3 3ª Oficina: Práticas educativas no Programa Saúde na Escola (PSE)

O terceiro Círculo de Cultura iniciou com acolhida através da dinâmica autógrafo, a técnica consistiu em que cada participante recebia uma folha de papel em branco, uma caneta, ao som da música “amanhã” – Detonautas. A dinâmica deu-se com a dispersão dos profissionais no interior da sala, solicitou que ao alto folha escrevessem o nome, tracem um retângulo ao redor do nome e teria dois minutos para recolher o máximo de assinatura dos colegas com o nome legível. Após esgotado o tempo, todos deverão ter suas folhas em mãos e conferir o número de autógrafos legíveis obtidos. A seguir, socializar o resultado ao grupo e apenas os três primeiros colocados. Apreendeu-se que todos se mostrassem ávidos em obter autógrafos, tiveram que também oferecer o seu, como alternativa para o recebimento. A proposta foi levar ao grupo a perceber que toda conquista pressupõe doação, união e espírito de equipe e que sem a ajuda do outro espontaneamente pouco podia obter resultados satisfatórios. Essa dinâmica teve como objetivo

proporcionar a reflexão sobre o exercício da solidariedade, trabalho colaborativo e fortalecer o sentimento de cooperação nas práticas educativas entre os participantes

A vivência possibilitou alguns pontos de reflexão entre os participantes:

Num pequeno espaço de tempo fazer atividade em educação em saúde em grupo é correta. Quem conseguir mais, correr atrás competi maior número de assinatura possível, competi num menor espaço de tempo assinatura possível (P6).

Atividade compartilhada, eu no meu trabalho sozinha não faço nada, delegar poder para outro (P9).

Nesse sentido, a fala da P6 argumenta a capacidade de resolver atividades com distribuição de papéis, responsabilidade e a colaboração da equipe em pouco espaço de tempo, e que as atitudes dos participantes devem ser respeitadas e valorizadas, e assim, construindo aprendizagem entre os integrantes do grupo.

Já a fala da P9 expressou sentimento de solidariedade com outro, compartilhar as atividades e saberes, além disso, espírito de colaborativo, determinação e dedicação. Isso implica, ter autonomia e responsabilidade afetiva com outro.

Corroborando as ideias supracitadas, a PNEPS-SUS considera o vínculo afetivo criado na relação educativa e do trabalho pela incorporação de trocas emocionais e de sensibilidade, que influencia simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade, não apenas pela elaboração racional. A amorosidade aciona um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde (BRASIL, 2012).

Freire, como educador, assumiu a posição de quem apresenta a educação para mundo e as novas gerações com amorosidade, considerando-a um ato de amor, sentimentos em que homens e mulheres veem-se como seres inacabados e, portanto receptivos para aprender, e ao mesmo tempo afirmando que não pode haver diálogo se não houver um produto do amor ao mundo e aos homens, e que se o amor é fundamental para o diálogo, esse amor é também diálogo (FREIRE, 2011).

Para o momento da tematização, utilizou-se um vídeo sobre educação permanente em saúde elaborado pelo MS para que os participantes refletissem acerca das práticas educativas no espaço escolar (BRASIL, 2017). Os resultados foram:

Nós sabemos que identificamos as situações problemas os professores e enfermeiros, temos que cuidar da saúde da comunidade, temos que orientá-la. Melhorar o atendimento, depois e isso ter uma aprendizagem significativa, não aprender ler não mais o cidadão buscar seus direitos, precisamos urgente mudar e melhorar o atendimento em todo os setores, precisamos dessa mudança, para melhorar qualidade de vida. Eu gosto de pedir ajuda do ACS dela, vejo a luta dela, hoje é dia de peso, imunização. Semana de vacina e semana do peso, a saúde, está faltando propagar as informações, avisar os alunos hoje é dia de vacina e de peso. Quando a gente melhorará o atendimento temos nossos direitos atendidos e melhorar a qualidade de vida (P9)

Qualquer atividade ou ação que é feita o indivíduo modifica-se, o indivíduo, a família e a sociedade muda o comportamento, os hábitos é educação, eu não posso ter o banheiro, mas posso orientar como usá-lo, conversar e levava familiar, mas posso ter a melhor aula tenho o conhecimento (P14).

A partir do momento que ele conscientizada, se cuida e previna, ter aquele cuidado, lavar as mãos depois de ir ao banheiro e antes de se alimentar, antes de coçar os olhos, seja na escola em casa, mas eu orientei e conscientizei (P 20).

A partir da tematização os participantes mediante o diálogo e a reflexão buscam compreender as suas práticas educativas no cotidiano dos processos de trabalho no campo da saúde e da educação. Esse momento demonstrou sensibilização e estímulo as ações de encaminhamentos desse tema, permitiu a tomada de consciência do que a realidade representam para os sujeitos.

Esse espaço de abertura do diálogo possibilitou gerar reflexões necessárias entre os participantes, confirmando o dizer de Freire, o diálogo reforçava a importância de se buscar apreender e resolver os problemas de saúde para além dos muros da unidade e da educação que não deixa de ser um trabalho em saúde (MERHY, 2014).

Nessa preceptiva dialógica Freire (1992), define *conscientização* como um ato de conhecimento e como pratica da liberdade, uma aproximação crítica da realidade; ou seja, e o processo no qual se ultrapassa a esfera espontânea da apreensão da realidade para se chegar a uma esfera crítica que vai se desenvolver a partir do contato do homem com o mundo, o que resulta em uma reflexão crítica da relação consciência-mundo e na criação de uma nova realidade. Esse processo não esgota a conscientização, pelo contrário, e um processo permanente, pois a

nova realidade criada deve ser tomada como objeto pelo indivíduo para uma nova reflexão crítica.

Nessa direção, a compreensão do P9 que as atividades educativas em saúde devem ser permanentes e desenvolvidas por meio de processo dialógico que estimule a capacidade de pensar dos educandos, valorizando seus conteúdos e vivências, para que estes sirvam de base para aprendizagem significativa, resgatando potencialidades e a capacidade para intervir na realidade.

Na mesma linha, nas falas das participantes P14 e P20 apontaram que as práticas educativas possibilitam a construção do conhecimento mediatizada pelo diálogo, assegurando a condição dos educandos como sujeitos ativos, capazes de construir resposta coletiva advindas da prática e do cotidiano da comunidade.

Compartilhando com as mesmas ideias, Freire (2005) considera as práticas educativas só podem levar ao atendimento das necessidades humanas se elas proporcionarem a conscientização dos homens, sua humanização, a qual pretende a libertação dos homens por meio de um processo que implica reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo (FREIRE, 2005).

Dando continuidade à oficina, problematizando as ações de Educação em Saúde no PSE, inicialmente, recorreu-se a um trabalho em grupo, o qual foi dividido em três equipes de acordo com a numeração dos textos. Logo após, distribuíram três textos diferentes um para cada grupo e com perguntas disparadoras, estes construídos pela pesquisadora a partir dos discursos dos sujeitos na fase de investigação dos temas geradores da pesquisa de campo:

Texto 1 – Ações em educação e saúde no Programa Saúde na Escola;

Texto 2 – Planejamento das ações do Programa Saúde na Escola para atuar junto aos adolescentes da rede municipal de ensino; e

Texto 3 – Integralidade das ações no âmbito da saúde e educação do Programa Saúde na Escola (PSE).

Foram entregues aos grupos tiras em papel ofício em branco, fita gomada e pincel. Estas tiras deveriam ser organizadas de acordo com as seguintes divisões: 1 facilidades; 2 dificuldades; 3 possíveis soluções, e assim construiu-se painel de três partes. Inicia-se a leitura do texto nos grupos, para desencadear e motivar as discussões em cada grupo. Estipulou-se um prazo de 40 minutos para a elaboração do quadro síntese. Quando o grupo terminasse, a facilitadora pediu para que elas/es formassem um Círculo para cada grupo fazer a leitura do quadro.

Diante deste contexto, abordagem das atividades em grupo foi direcionada para reflexão, estimulando as motivações e as aspirações como componentes importantes a serem considerados para determinar a coesão do grupo e aos objetivos propostos. Ao final, houve organização de um quadro, sintetizando a compreensão e os fundamentos para as discussões dos pontos mais significativos referentes as dificuldades, facilidades e possíveis soluções para a integralidade das práticas educativas no PSE no espaço escolar, pela figura 12.

Nesse primeiro momento da leitura em relação ao grupo e o texto 1 da Figura 12 foram narrados em pelos participantes que as dificuldades em desenvolver as práticas educativas em saúde no PSE estão relacionadas como essas ações tem acontecido no cenário escolar, sem planejamento conjunto, ações pontuais e fragmentadas, tudo isso, apontam para a falta do trabalho em rede, falha no processo comunicação interna e externa, e ainda, ausência de um cronograma entre educação e saúde, todos esses elementos contribuem para o não alinhamento com as diretrizes estabelecidas pelos MS e ME e a não efetivação do programa, na fala da P11.

Nós profissionais da área de humanas trabalhamos diretamente com outros professores das áreas de linguagem e códigos e da área de ciência da natureza nós não temos conhecimento desse cronograma, temos encontro mensal, temos um cronograma de formação pedagógica mensal, falta diálogo, tiro a culpa de educação, limitar a data para preencher o sistema (P11).

Em contraponto, nos discursos dos sujeitos apresentou alguns indicativos facilitadores para que as ações do PSE se concretizem, como recursos os audiovisuais, apoio dos gestores da educação e da saúde e o reconhecimento e aceitação das atividades do PSE. Esses recursos técnicos sinalizam uma perspectiva educativa pelo fato de transmitir uma mensagem, de facilitar a apreensão do conteúdo, semear sonhos e favoráveis às práticas pedagógicas em saúde.

Os possíveis encontros para as limitações das práticas educativas segundo a fala da P14.

Saúde e educação é linha de mão dupla, acho que a gente precisa de integração e uma política intersetorial, a saúde e a educação falham, precisamos sentar para planejar para cumprir as ações do programa, a escola tem plano e planejamento e calendário para ser cumprido, está faltando essa interação, precisamos sentar e planejar as ações (P14).

Percebe-se na fala da P14 que a saúde e educação são interligadas em suas concepções, a relação de ambas devem considerar que indivíduos com melhores níveis educacionais integram a comunidade de forma mais saudável.

Entretanto, não existem investimentos por parte dos profissionais da educação e da saúde em construir ações conjuntas, estas não estão inseridas no projeto político pedagógico da escola (PPP), chama atenção para a organização dos serviços entre os setores. Portanto, não há uma estratégia de interação da política intersetorial e não se enquadram com as orientações do Documento orientar: indicadores e padrões de avaliação do PSE (BRASIL, 2018).

Tabosa et al. (2013) apontaram alguns fatores que podem estar relacionados à distância ainda existente de profissionais atuantes no PSE, são a falta de conhecimento, ausência de consciência sobre a importância das ações do programa para a formação dos escolares, para a melhoria na escola, na comunidade e em suas vidas, entre outros.

Esses achados sobre as práticas educativas convergem com outros estudos realizados por Farias et al. (2016), na região metropolitana de Pernambuco, acerca da análise da intersetorialidade no PSE, constatou que as ações são pontuais e fragmentadas entre a saúde e educação em busca da promoção da saúde.

Diante deste quadro, os discursos dos participantes apontam alguns encaminhamentos para a resolução dessas situações limites na operacionalização das ações de educação em saúde, como articulação da rede social, planejamento conjunto entre os setores e estabelecer um calendário das ações do PSE nas escolas, essas iniciativas se aproximam com as diretrizes e objetivos do programa.

No que diz respeito ao grupo e texto 2, a fala da P4 relata as dificuldades de um planejamento conjunto entre os setores de saúde e educação.

Temos um cronograma e encaminhado para educação o PSE, não faz educação em saúde e cumprir meta, isso deixa os alunos apavorados, os profissionais chega na escola e os diretores não informaram os professores, falta de comunicação interna, os professores tem que colaborar com a gente, eles/as não conhecem o programa e convocação sem planejamento prévio, temos um cronograma a cumprir e falta logística (P4).

Pode-se aprender na voz da P4 a deficiência na comunicação entre os setores de saúde e educação e no próprio setor de trabalho dificulta a concretização das ações, além disso, a intersetorialidade que podem ser entendidas como fatores coadjuvantes na falta de envolvimento dos diretores escolares no repasse de informações para os educadores em relação ao planejamento, cronograma e as ações do programa. Enquanto, que aspecto facilitar seria o apoio dos gestores de educação e da saúde na concretização das ações.

Nos relatos dos participantes como encaminhamento caberia pensar em estratégias para trabalho em rede, planejamento anual e calendário das ações em educação e saúde para as escolas, incentivando o diálogo, entre os profissionais da saúde e da educação para implantação, acompanhamento e avaliação conjunta dessa política intersetorial, acreditamos que espaço de escuta e de diálogo seriam indispensável para possibilitar o refletir-agir e potencializar as ações intersetoriais.

Para Freire(2005), o diálogo é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes.

Nessa linha de entendimento, o diálogo contribui para a formação de sujeitos livres, criativos, críticos, curiosos, indagadores e autônomos nos diversos contextos educacionais. Por meio da escuta e do diálogo os/as profissionais podem refletir sobre as necessidades, as dificuldades e os problemas concretos e assim realizarem uma análise crítica do seu fazer pedagógico na perspectiva de criar e recriar suas práticas (FREIRE, 2001).

Para formação de sujeitos críticos, Freire propõe a pedagogia libertadora e problematizadora, entendida como uma forma de ler o mundo no ambiente de trabalho. Essa transposição de limites, do campo específico da educação para o mundo e do mundo para a educação possibilita a utilização dessa pedagogia das práticas em educação e saúde na ESF (FREIRE, 2007).

Assim, o encontro pedagógico como prática no processo de ensino-aprendizagem o planejamento conjunto das ações educativas e os profissionais em constante processo de formação e aprendizado possibilitará fortalecer e instrumentalizar os profissionais da saúde e da educação para a transformação de sua realidade local por meio do desenvolvimento de ações planejadas e integradas.

Corroborando com esse pensamento, o encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde é capaz de potencializar o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, gerando efeitos no desenvolvimento saudável e no protagonismo do educando e da comunidade onde vivem, permitindo que este realize opções que melhorem sua qualidade de vida (BEZERRA, et al, 2014).

A respeito do grupo e texto 3, a integralidade das ações no âmbito da saúde e educação do Programa Saúde na Escola (PSE), na voz da P17.

A integralidade de maneira parcial, de maneira pessoal, existe a falta de acolhimento, de informação, de convocação das famílias antecipadas, não é ideal é longe do ideal, um plano de gestão pública, tem uma hierarquia na saúde e educação, enquanto nós somos trabalhadores e queremos o melhorar para o nosso público (P17).

Na fala do P17 percebe-se um contra discurso, em afirmar que existe a integralidade de modo parcial, mas ressalta-se que é preciso aprimorar o acolhimento, incluir as famílias e a comunicação interna e externa entre os setores para melhor atender os escolares e a comunidade. Acrescenta-se a isso, que é indispensável um plano de gestão intersetorial, enquanto educadora vislumbram melhores condições de trabalho e um atendimento de qualidade para os escolares.

Essas reflexões coadunam com as diretrizes e os objetivos do PSE, evidenciam que mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde, trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto dos direitos humanos (BRASIL, 2015).

O mesmo autor, a ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação tendo em vista à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde, e promove, também, a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política com os responsáveis dos escolares.

Nas narrativas dos participantes com aspectos facilitadores ressaltam o compartilhamento das ações de saúde na escolar e os possíveis encontros das situações problemas é ampliar as parcerias entre as secretárias municipais e reunião com os responsáveis pelos escolares.

Nesse contexto, o momento da problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limites vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir (BRASIL, 2012).

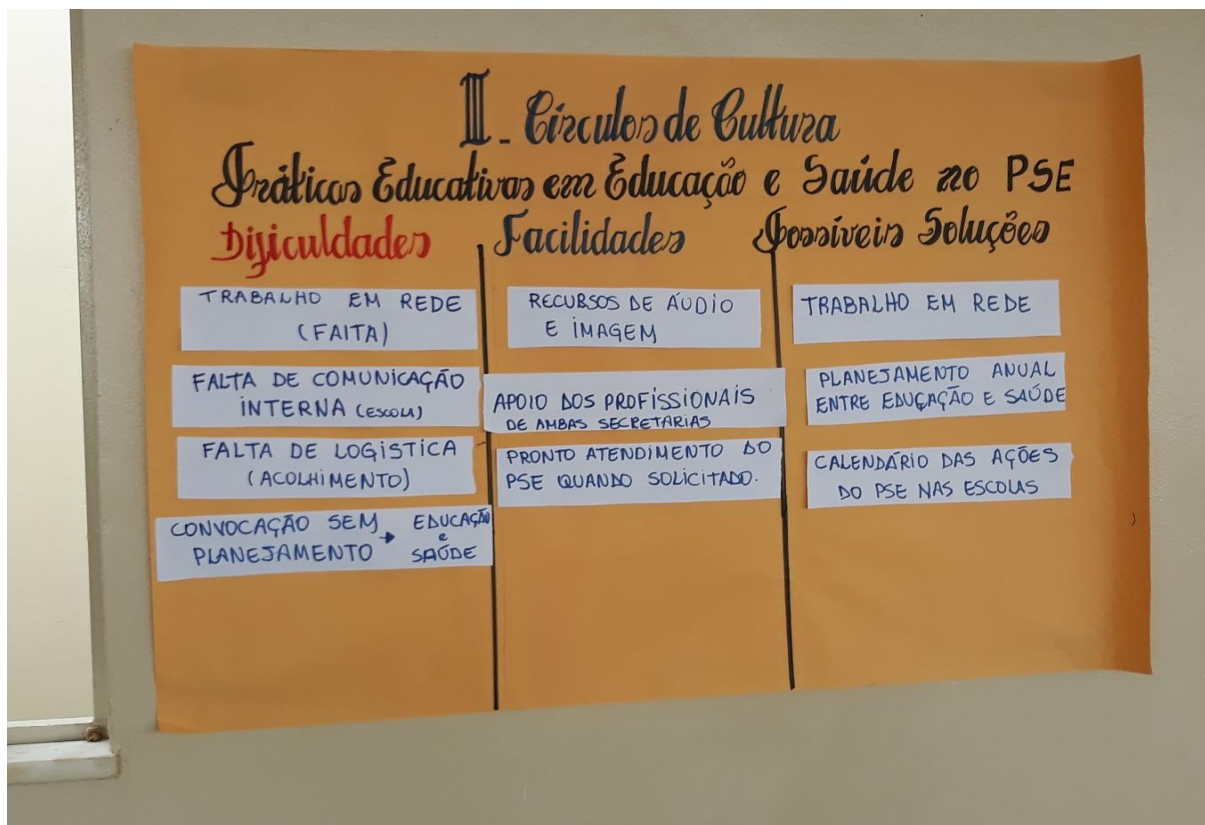
É imprescindível a articulação entre educação e saúde, as trocas de informações e saberes entre estes profissionais devem ser contínuas, sendo que os profissionais de saúde devem buscar com a educação o conhecimento sobre as melhores estratégias para o processo de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2009). Para, além disso, é perceptível que a ESF é corresponsável pelo desenvolvimento das ações do PSE e pela promoção de saúde dos escolares e familiares.

Portanto, atuação conjunta entre saúde e educação vão para além da oferta de serviços em um mesmo ambiente de trabalho. Para que a integralidade das ações do PSE se materializem e propicie sustentabilidade a partir da conformação de redes de corresponsabilidade entre os setores.

É importante destacar as limitações do estudo a saber: o número reduzidos dos participantes da área da saúde ESF e os profissionais possuíam pouco domínio no processo de capacitação de práticas reflexivas, falta de conhecimento e consciência sobre a importância das ações do PSE que os levassem a adotar uma postura proativa durante as ações desenvolvidas, e o desafio é a formação permanente dos educadores para trabalhar com educação para saúde e aprimorar a qualidade dos serviços prestados aos escolares.

Vale ressaltar que as pesquisas sobre o PSE ainda é escassa, com poucos trabalhos publicados nas cidades metropolitana da região do Nordeste brasileiro, de três estudos debruçaram sobre o tema da gestão intersectorial. Os resultados têm apontado como possíveis dificuldades na implementação do Programa a diversidade de concepções sobre intersectorialidade entre gestores locais que compõem os grupos de trabalhos, a predominância do setor Saúde nas tomadas de decisão e na emissão de portarias e normas. Entretanto, nenhum dos estudos identificados investigou a articulação das práticas dos setores saúde e educação, isso demonstra a relevância desse estudo.

Figura 12 – Quadro síntese das situações encontradas nos discursos dos participantes referentes as práticas educativas em saúde no PSE na 3º oficina. Campos Sales, 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

No momento a seguir, o encerramento das atividades da oficina ocorreu com a técnica roda de conversa, a qual os participantes fazem uma avaliação da vivência no Círculo com as seguintes palavras-chave: aprendizagem, participação, reflexão, interação e conhecimento. Destaco algumas falas que se seguem:

Muito interessante, enquanto educadores de saúde e educação, nos encontramos, achei interessante o encontro entre saúde e educação para a gente sabe o que acontece (P4).

Cada vez que a gente vem aqui a gente vê o tanto que precisa melhorar (P14).

O relato da fala da P4, o encontro demonstrou um momento de motivação e troca de saberes entre a saúde e a educação, o qual acentuou a curiosidade e o conhecimento acerca da saúde. Enquanto que, a voz da P14 evidenciou que a cada encontro ampliou a percepção sobre a realidade vivenciada, além da

reponsabilidade e o compromisso na construção do conhecimento está para além disso, precisam avançar profissionalmente.

Observa-se nas narrativas, que a utilização das palavras como síntese do Círculo de Cultura, despertou um novo olhar acerca da integralidade das práticas educativas em saúde, a necessidade de ampliar o conhecimento para produzir novas práticas e vislumbrar uma formação permanente em saúde.

7.5.4 4º Oficina: Integralidade do Cuidado do Adolescente no Programa Saúde na Escola (PSE)

O início do quarto Círculo foi marcado com a técnica de acolhimento “Corredor do Cuidado - cuidar de si e cuidar do outro”, que objetivou uma maior aproximação entre os profissionais da saúde e da educação e com a vivência do cuidado gerar possibilidades de construção de processos de cuidado dialogados, participativos, humanizados e acolhedores. A facilitadora fez uma pequena explanação sobre os sentidos do corredor e o papel de cada pessoa nele. Em seguida, foi solicitado aos integrantes do grupo para formar um corredor humano e alguns cuidadores ficam fora dele para fazer um cuidado individual em cada pessoa. Após esse cuidado individual, a pessoa adentra no corredor enquanto o cuidador diz ao seu ouvido palavras de força, valorização, estímulo e confiança. A pessoa, de olhos fechados, segue vagarosamente pelo corredor permitindo-se ser cuidada por todos e todas, inclusive a animadora participou da dinâmica. Ao final, o indivíduo é acolhido com um abraço pela pessoa que está no final e logo a seguir esta assume o seu lugar para acolher o próximo participante. A vivência possibilitou alguns pontos de reflexão entre o grupo:

Doce ilusão que estão cuidando de mim. Senti protegida. (P3).

É bom, senti amada e protegida (P6).

Cuidar é oportunidade de fazer uma reflexão, quando eu precisei alguém cuidou de mim, pensar no amanhã, as religiões diz que dar com uma mão e esconde a outra, cuidar e ser cuidada é muito bom, e ser amado e protegida também é muito bom (P9).

A pessoa sente gratificada, quando é cuidado, e é cuidada (P15).

Cuidar e ser cuidada, também é uma satisfação enorme (P17).

Observou-se nas falas que ao entrar no corredor humano cada sujeito percebeu a importância do carinho, da amorosidade, da proteção e do respeito com o outro e com a outra, e quem cuida precisa ser cuidado, na perspectiva de compreender os limites de cada um na aceitação desse cuidado e também ampliar o olhar para que todos sejam acolhidos e incluídos na atenção ao cuidado. Essas ideias são categorias fundamentais do pensamento de Paulo Freire que são características dos Círculos de Cultura, ou seja, o diálogo, a participação, o respeito ao/à outro/à, o trabalho em grupo (FREIRE, 1983).

O momento a seguir, foi a tematização, utilizou-se um vídeo “Linha do cuidar na atenção integral as crianças e adolescentes” (Brasil, 2012). Para iniciarmos a reflexão foi proposta uma roda de conversa, pensando a realidade no cotidiano do processo de trabalho. A seguir, foi solicitado aos participantes a seguinte: “enquanto educadores/as como vocês percebem o cuidar das crianças e adolescentes no âmbito da saúde e da educação no PSE?” O espaço do diálogo e resultou nas seguintes reflexões, a seguir a Figura 12.

A meu ver o cuidado não é integral, a gente tenta fazer, mas a gente não consegue êxito, percebe que o comportamento dele, tem atitudes que não corresponde como pessoa que foi bem cuidada. (P1).

É preciso que a gente dê as mãos, se aproxime mais para trazer a família. A gente não pode fechar os olhos para os problemas. A nossa comunidade sente rejeitada, temos que aproximar a comunidade, só vamos conseguir trazer as famílias se fazer alguma coisa (P5).

Agente de saúde quem ver, e depois o professor que identifica o problema de saúde e deve levar o adolescente para o atendimento profissional e trabalhar em rede, a gente não consegue trabalhar sozinha (P6).

A integração do cuidar do adolescente na escola e saúde é difícil. Falta interação família e escola. Hoje, a gente tem muito pouco contato com a família, não procura a escola pra falar de aprendizagem e dos problemas que acontece com o jovem (P9).

O cuidar não é integral, por que tem falhas, deixa brecha e lacunas, não atende a criança, jovem e o adolescente na sua plenitude. Pra atuar de forma integral, teria que ter menos evasão escolar, repetência, a inserção da droga e a violência estão crescendo na escola e na cidade (P14).

O PSE faz um trabalho na escola, busca o espaço, mas não é sistematizado, existe a palestra, pra aproximar os pais na escola, mas foi dado o ponta pé inicial, a coisa está acontecendo, trata a saúde do adolescente, mas não trata da família. Por exemplo, as crianças estão se cortando, encaminha para psicóloga do CRAS, a demanda é grande, elas fazem o atendimento, mas não é um trabalho sistematizado CRAS e CREAS (P16).

É difícil para profissional da saúde saber pra onde encaminhar, na região não tem como encaminhar (P17).

Aprende-se nos discursos dos participantes, sobretudo entre os profissionais do setor educação, tem se evidencia que não existe a integralidade do cuidado com os escolares, pela limitação do atendimento dos setores de saúde e educação, concordam que existem os serviços, mais não é de qualidade para atender integral. Entretanto, não se observou uma participação efetiva na definição de prioridades, para planejamento e programação de ações para aproximar a família da escola, mas houve um consenso entre os profissionais da necessidade de fazer um trabalho educativo em saúde com as famílias.

Nesse sentido, o olhar dos profissionais para interação família, escola e a comunidade considera-se que seja um fator indispensável para qualificar aos serviços de ambos os setores, ademais, compartilham da ideia de trabalhar em rede para atender às demandas dos escolares, país e a comunidade para construção da integralidade do cuidado.

Na voz da P6 identifica-se importância da aproximação de vários olhares e compartilhamento dos diversos saberes para o enfrentamento dos problemas de saúde, para a elaboração de estratégias conjuntas que garantam o atendimento de qualidade aos escolares, é uma maior conexão entre os profissionais para trabalhar articulados.

No entanto, na fala da P16 discorda em relação a integralidade do cuidado aos escolares, embora, de forma tímida existe a integralidade entre a saúde e a educação para promover o atendimento aos adolescentes. Ressalta-se, que existe a integração do PSE com a rede de Assistência Social, que devem articular-se localmente com outros serviço, porém o atendimento não é contínuos, em razão da grande demanda.

Essa articulação entre a família e escola possibilitará melhores resultados na atenção à saúde e a educação. Ao considerar a participação da família e da comunidade como dimensões importantes para o novo desenho da política intersetorial, torna-se oportuno dar maior visibilidade aos fatores que colocam a saúde dos escolares em risco e ao mesmo tempo traçar estratégias conjuntas para superar os problemas e as adversidades vivenciada pela comunidade no ambiente escolar.

Contudo, os profissionais identificam as limitações das condições estruturais da rede de atendimento, diante das situações de risco social e a dificuldade de encaminhar os escolares para o atendimento na atenção básica e em outros serviços locais e regionais. Essa aproximação com outras redes sociais para o enfretamento das vulnerabilidades dos escolares, Isso implica o alinhamento com as diretrizes e os objetivos do PSE, na voz da P17.

É notável que a integralidade do cuidado foi compreendido com maior domínio entre os integrantes do setor educação. No entanto, o setor saúde focalizou a dificuldade do atendimento individualizado e as limitações dos encaminhamentos dos escolares para outros serviços da rede, porém, tinha menos representantes da saúde.

Evidenciou-se a dificuldade do trabalho intersetorial e da articulação dos setores, deve haver compromisso com um processo de aprendizagem e determinação dos profissionais envolvidos e melhoria nas condições de trabalho para dar respostas às necessidades dos escolares para melhoria da qualidade de vida.

Percebe-se que a fragilidade da intersetorialidade, por envolver profissionais de áreas diferentes, dificultando assim, a troca de informações entre ambos. Também podem ser relacionados problemas de interesse dos profissionais como também falta de estímulo por parte de gestores.

Assim, a integralidade é concebida como uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde, que se refere, sobretudo, na definição de responsabilidades entre serviços e usuários, à humanização das práticas da saúde, ao estabelecimento de um vínculo entre profissionais da saúde e da educação, ao estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social e ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania (PINHEIRO, 2006).

Para este momento da problematização utilizou-se a técnica de grupo, o qual se dividiu por afinidades com participantes da saúde e da educação formando três equipes. Foi estabelecido um prazo de 40 minutos para execução da atividade. No momento, a animadora distribuiu o material: boneco de papel duplex, tarjetas, fita gomada, caneta e pincel. A seguir, foi solicitado que cada equipe construísse um caso ou situação vivenciada na rotina diária do serviço, relacionando a questão do

cuidar dos escolares. Observa-se que os grupos estavam concentrados, descontraídos e atentos na realização das atividades.

Logo após, o retorna ao Círculo para apresentação dos trabalhos: campanhas de saúde, acolhimento da família no PSE e, violência sexual:

Equipe 1- Campanhas de saúde

São doze ações do PSE pelo Ministério da Saúde, mas nem todas as ações são realizadas obrigatoriamente em todas as escolas, trabalhamos conforme as necessidades e realidade de cada comunidade e da escola. Essa campanha é obrigatória em todas as escolas: a vacina e saúde bucal, a acuidade visual e auditiva não temos material e técnicos para desenvolver essa ação e o ministério ainda não fez a capacitação. Mais a verba foi repassada, mas, não temos equipamentos e pessoal qualificado. Temos três dentistas para realizar ação do atendimento bucal, mas é insuficiente para atender a demanda. Acredito que as campanhas de saúde são trabalhadas, é preciso mais integralidade (P17).

Muitas vezes a família vai ao PSE vacinar as crianças e as mãe não foi informada, não tem o cartão de vacina, não fazemos a ação. Temos que ter um termo de consentimento para me respaldar, direção da escola e professor, então eu vou vacinar quando tiver o termo de consentimento assinado. Temos que ter informação para identificarmos os problemas de saúde (P18).

Na sequência, o Grupo 1 os discursos evidenciam que não há disposição dos setores no compartilhamento diálogo e de informações, então, inexistente corresponsabilidade nas ações do PSE. Observa-se na fala de P18 que a campanha de saúde não houve uma divulgação prévia na comunidade escolar, especialmente entre adolescentes e seus responsáveis e ausência de um comunicado oficial dirigido aos responsáveis pelos estudantes com a comprovação formal de autorização por parte destes.

Percebe-se a desorganização dos serviços, falha na comunicação e a descontinuidade no atendimento. As equipes de saúde parecem realizar poucas ações junto as escolas, apresentam dificuldade de manter uma rotina de atendimento, ainda é frágil. Todos esses elementos comprometem a qualidade dos serviços e apontam para práticas setorizadas e ineficientes.

Vales ressaltar que, é obrigatório o sistema de saúde através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) junto aos profissionais da ESF devem possibilitar o cumprimento do calendário de vacinas, devendo seguir a “Atualização do Calendário Vacinal”. Recomenda-se a imunização contra as doenças

transmissíveis e aplicação de todas as vacinas disponíveis, ressalvadas as contraindicações específicas.

Em relação a campanha de saúde bucal toda a equipe de saúde desestimule enfaticamente a ingestão de alimentos comprovadamente cariogênicos, principalmente açúcares refinados. Além disso, estimule a escovação dentária e o uso do fio dental, porém a equipe de saúde bucal é insuficiente para atender a demanda (BRASIL, 2009).

Na fala da P17 relata que não houve capacitação dos profissionais para realizarem a campanha de acuidade visual e auditiva. Para tanto, é importante que seja oferecida a capacitação e formação continuada para promover aproximação dos profissionais envolvidos nas ações do PSE, de modo que tem condições de qualificar a comunicação e o entendimento das campanhas de saúde.

No Brasil, em particular, a falta de divulgação e de informações não gabaritadas colaboram para o reaparecimento de doenças infecciosas. Assim, o papel dos profissionais de saúde na divulgação dos benefícios associados à vacinação é um dos mais importantes para que se possa assegurar saúde e qualidade de vida dos escolares (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, as equipe de saúde devem estar capacitados para administrar todas as vacinas do calendário, corrigindo possíveis falhas e atrasos na imunização conforme os procedimentos preconizados pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) devem preparar para manusear adequadamente as vacinas e reconhecer os eventos adversos pós-vacinais, agindo quando necessário e sabendo quando notificar (SANTOS, 2017).

Grupo 2 – Acolhimento da família no PSE

Não existe integralidade na família no PSE e nem a integração da equipe. Temos que fazer o acolhimento da família e muitas vezes estas não tem abertura para falar com o profissional, cria-se uma redoma. Nós profissional temos que acolher a família e a mesma coisa no PSE não informar as ações que acontece na escola e na saúde. Temos que nos organizar e reunir para organizar as ações e serviços (P6).

Na fala da P6 demonstrou-se a dificuldade da equipe de saúde fazer uma acolhida qualificada motivada pela ausência de vínculo e de confiança entre a família e o profissional, ademais, muitas vezes ocasionado pela ausência de

acampamento da família. Percebe-se a necessidade dos profissionais estabelecer o diálogo com os usuários.

Observa-se no relato que os serviços são prestados com limitação, não há uma relação dialógica e de escuta. Portanto, inexistente a integralidade na prática de acolhimento na atenção à saúde, o atendimento não se dá apenas na porta de entrada do sistema de saúde, mas acontecem na relação respeitosa e afetuosa entre o profissional e o usuário. Assim, o acolhimento deve ser organizado para promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica.

É fundamental, a construção de vínculos nas relações entre profissionais e usuário é um desafio para a integralidade do cuidado. Aponta-se como desafio, também, a criação de dispositivos na superação de um modelo que em centralidade no ato dos profissionais e com pouca visibilidade das ações de promoção da saúde para construir a possibilidade do cuidado centrado no usuário

Nesta perspectiva, percebe-se que a categoria acolhimento guarda um vínculo estreito com a integração, que se constitui como mediadora das diferenças, na qual haja a recepção do outro para com outro, então, o acolhimento funda-se em uma relação dialógica e intercultural (FREIRE, 2005).

No campo da saúde, o acolhimento deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010).

O mesmo autor, o acolhimento consiste-se em postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços.

Como diretriz, pode-se dizer que o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010)

Vale destacar que, no ano de 2011, o tema tornou-se pauta da Conferência Nacional de Saúde, que tinha como eixo *Acesso e Acolhimento com Qualidade: um desafio para o SUS*. Dessa forma, identificar as produções

acadêmicas acerca do Acolhimento no SUS, verificando o impacto dessa prática nos serviços de saúde, pode contribuir na construção de novos conhecimentos sobre os serviços públicos de atenção à saúde.

É relevante ampliar a qualificação técnica dos profissionais para proporcionar uma escuta qualificada aos usuários, com interação humanização e solidariedade da equipe, usuários, família e comunidade.

Grupo 3 – Caso: violência sexual

Na verdade o caso de violência sexual da criança foi identificado com um caso de diarreia na escola, a menina dizia que era verme, mas as diarreias eram frequentes e tinha um comportamento altamente agitado. A mãe foi chamada para comparecer na escola e orientada para levar a criança ao médico. Constatou que essa criança tinha sido violentada sexualmente e tinha contraído doença sexualmente transmissível-DST, foi medicada. A criança foi levado para a “Caso Abrigo”, hoje a criança mora com o pai, não temos notícia. Alguém denunciou que o agressor era o vizinho. Nós temos que ficar de olho nas crianças. (P1).

No fala da P1, observou-se uma relação do cuidado escola e família na condução do caso, a qual foi orientada para encaminhar a criança à unidade de saúde. Observa-se que a criança recebeu assistência médica, retirada do ambiente próximo ao agressor e encaminhada para rede social para tratamento psicológico e proteção social a fim de minimizar os danos causa pela a violência sexual.

No momento da fala da apresentação recomenda para os educadores estarem atentos e abertos para aprender as situações de violação de direitos e realizar um diagnóstico situacional dos eventos de violência e outros casos na escola e desenvolver projetos pedagógico para sensibilizar os escolares, as famílias e a comunidade escolar. Sugere-se que a elaboração dessas práticas de convivência e mediadora de conflitos utilize-se metodologias participativa e com métodos dialógicos e com o envolvimento de todos os que atuam diretamente com o PSE.

Diante desses casos problematizados e refletidos deve-se pensar em formação permanente dos profissionais da saúde e da educação, familiares e a comunidade, de acordo com os princípios teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS, como estratégia de capacitação.

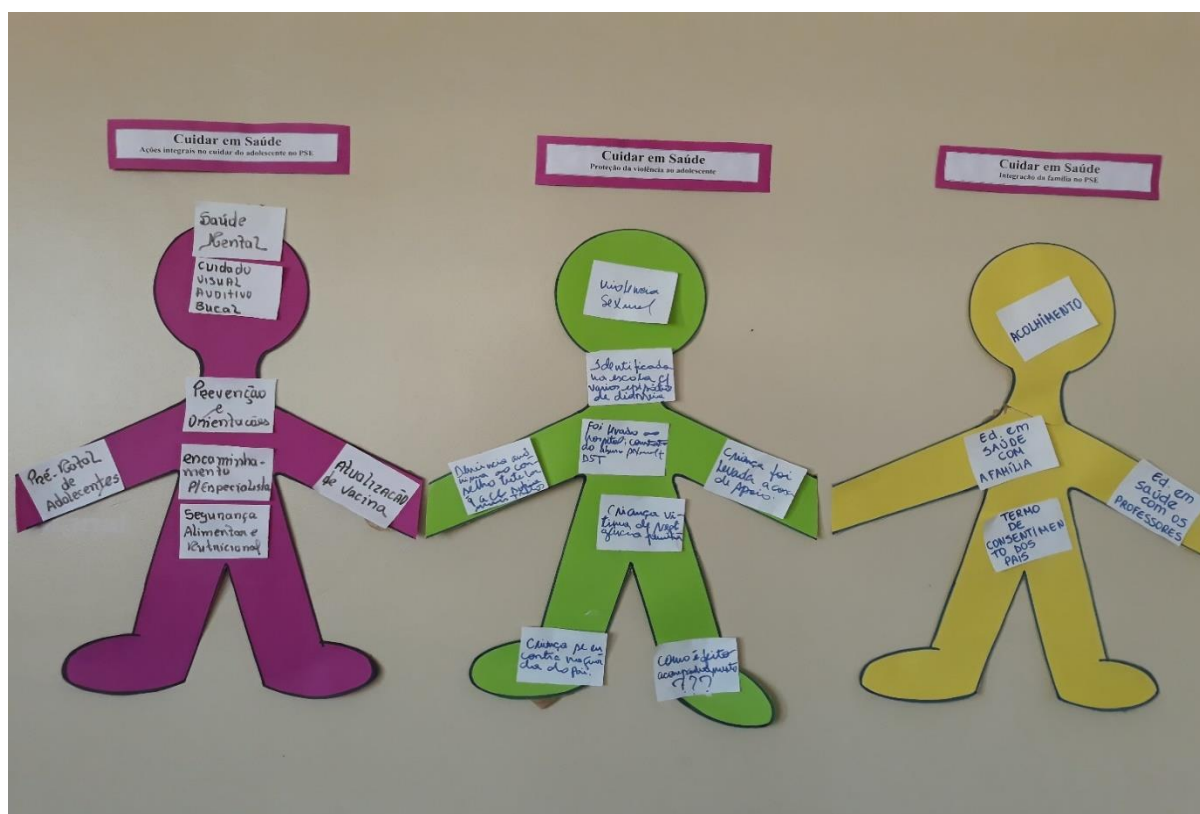
Nessa perspectiva, compreender a ressignificação e criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS (BRASIL, 2012).

Observa-se que a maioria dos casos apresentados demonstraram limitações das condições operacionais dos serviços, fragilidade na formação dos profissionais e a inexistência da integralidade nas práticas educativas no PSE. Evidenciou que as ações executadas o não compartilhamento de poder e diálogo. A ausência dessas questões na compreensão da integralidade pode favorecer práticas setorializadas e pouco inovadora, comprometendo decisões coletivas e a efetividade das ações do programa.

Os achados convergem com estudo acerca do PSE no município de Belo Horizonte, MG, revelou indicadores de dificuldade de construção da lógica de trabalho intersetorial, especialmente em relação à fragilidade da gestão e do desenvolvimento das ações interssetoriais. A introdução de novos modelos de atuação desintegrados da rede setorial pré-existente não tem contribuído para o compartilhamento de responsabilidades nem inovação nas ações executadas.

Nessa linha de cuidar como romper com os modelos padronizados de ações e criar estratégias criativas e ativas para dar sustentabilidade as práticas do cuidado com potencial afetivo, dialógico e integrativo, que possibilitem aos sujeitos soluções para as situações problemas da realidade, na tentativa de reduzir os fatores de vulnerabilidade os ampliar os fatores de proteção, torna-se um desafio ao PSE. Figura 13 painel síntese.

Figura 13 – Painei síntese dos casos atendidos pelo PSE nos discursos dos participantes referente a integralidade do cuidado do adolescente, Campos Sales. 2018



Fonte: Elaborada pela autora

No momento de síntese, reflexão e aprendizado foram colocados aos sujeitos o seguinte questionamento aos participantes: “qual a proposta do grupo para possibilitar a integralidade das práticas educativas em saúde numa perspectiva do cuidar?” Os resultados foram:

Temos que fazer plano de ação anual entre a saúde e educação integrada numa visão de futuro, tem de ter uma visão integrada e distribuir responsabilidade para o coordenador do PSE e os representantes de cada secretaria (P9).

De maneira que a gente consegue realizar nas ações do PSE, acolhimento a junção da família não é feito, a falta de comunicação dentro da própria escola e entre a coordenação e equipe do ESF, às vezes não chegam a informação aos professores, às vezes em algumas escola acontece e falha na comunicação para os próprios pais (P17).

Evidenciou-se na fala da P9, a construção de um plano de intervenção na produção do cuidado, de forma integrada, cogestão entre a saúde e educação. Essa iniciativa mostrou o compromisso com a construção de plano de trabalho conjunto

de práticas de cuidado, com a participação, controle social e gestão participativa entre a saúde e educação, partilham com os princípios e os eixos estratégicos da PNEPS-SUS.

Pretende-se fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas (BRASIL, 2012).

E o mesmo autor, compartilha da ideia da construção de um Projeto Democrático e Popular promotor de vida e saúde caracteriza-se por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto.

Dando continuidade o espaço de diálogo e de reflexão por meio da técnica de animação, exibiu um vídeo – “Trabalho em equipe juntos fazemos mais” (JUNIOR, 2018), o qual foi bastante comentado pelos participantes do grupo e proporcionou momentos de troca e aprendizagem para enfrentar o cotidiano permeado de desafios e as possibilidades na construção de um projeto coletivo. A falas a seguir refletem a tomada de consciência para um trabalho em equipe articulado e integrado:

Vamos deixar de ser a formiguinha, quando juntou todas as formigas ele ficou sem folgue e jogou fora, esse momento riquíssimo, quando numa roda de conversa, numa oficina Círculo de Cultura, uma capacitação entre os funcionários. O que podemos fazer pra melhorar, o que a gente pode fazer na escola e na saúde. Há falha na comunicação, temos uma demanda muito grande, falta tempo para conversar com os professores e diretores para avaliar as ações que deu certo, falta isso na educação, nunca fica junção da escola e saúde (P9).

Vamos melhorar, aconteceu um problema explique o secretario, mas não obtive ajuda, me angustiei, peço ajuda, sinto a necessidade de ajuda (P17).

A narrativa da P9 mostrou a importância do espaço de abertura do Círculo Cultura, o qual proporcionou momento de reflexão, aprendizagem e a interação entre os profissionais da saúde e da educação. A buscarem o meio de avaliar as ações exitosas no ambiente escolar e aprimorar o trabalho entre educação e saúde.

Evidenciou-se na medida em que o compromisso e responsabilização coletiva, a equipe poderá construir um plano de trabalho na perspectiva de integralidade entre os dois setores, sendo que as metas e os objetivos devem ser claros e seguidos por todos, buscando soluções enquanto equipe de saúde e de educação. Só assim, possibilitará articulação entre os saberes sem dominação de uma área profissional sobre a outra na construção de práticas educativas integradoras e efetivas.

Nota-se, à medida que todos participam, sentem-se parte desta construção e valorizados como profissionais, neste espaço deve ser valorizado todos os conhecimentos. Não é impondo decisões ou coagindo a equipe que se devem buscar consensos, através do diálogo, afeto, humildade e valorizações dos diversos saberes. Assim, poderá trazer um novo significado ao cuidado em saúde.

Os autores compartilham da mesma ideia, as soluções para os problemas identificados são negociados e se procura construir consensos [...] estes consensos buscam refletir os interesses dos profissionais ou a menos, a opinião da maioria. (SILVA, TRAD, 2005; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

No discurso da P17, a necessidade de ajuda e vamos melhor se traduz na constituição de consenso coletivo, identifiquei que cada um contribui no cuidado à saúde conforme a experiência e área específica, não impondo conhecimento de uma profissão à outra, coagindo as demais, todos os membros reconheçam seus papéis dentro da equipe, considerando que todos são importantes neste processo de edificação de uma prática libertadora e emancipatória a PNEPS-SUS, ressalta a importância da emancipação como referencial na prática cotidiana de saúde.

[...] pressupõe a construção de processos de trabalho onde os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde em busca do inédito viável (BRASIL, p. 17, 2012).

Nesse contexto, a coletividade é fortalecida na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos, sejam protagonistas das transformações sócias mediante a reflexão, o diálogo, a expressão da amorosidade, a criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro (BRASIL, 2012). Estes princípios coadunam com os fundamentos da educação problematizadora freireano (FREIRE, 2011).

Ao final, da oficina foram identificadas como o primeiro passo para construção de um projeto de integralidade das práticas educativas em saúde no PSE, uma forma de articular e fortalecer as ações intersetoriais e passibilidade de aplicabilidade no contexto escolar, nas falas dos participantes:

Círculo esse momento teve troca de experiência entre as duas secretaria, uma sementinha para a integralidade (P1).

Um trabalho de relevância muito grande, contribuir para o plano de educação e tornar uma política intersetorial (P3).

Fiquei muito feliz, houve crescimento pessoal e profissional, amei a parceria com os profissionais da saúde, amei esse momento com vocês, esse desenho quis mostrar união entre saúde e educação (P16).

Os participantes nessa fase final compreenderam que a construção de práticas educativas, troca de saberes, vivências, experiências e o diálogo para dar início uma nova proposta integradora e articuladas entre saúde e educação no sentido de promover o cuidado dos escolares, familiares e comunidade na conquista da saúde.

A fala da participante P1 enfatiza a relevância do encontro entre os dois setores e sujeitos de diferentes áreas do conhecimento no delineamento de um plano de educação e saúde, tento em vista fortalecer e qualificar a política intersetorial.

Percebe-se nas narrativas que a participação nos Círculos de Cultura houve ganho pessoal e profissional numa perspectiva crítica e transformadora na construção de conhecimento, novos saberes e iniciativas, para além de ampliar a capacidade de perceber as diferenças e potencializar a conviver com as diferença (BRASIL, 2012). A figura 14 modelada representa a síntese do encontro.

Figura 14 – Modelagem representando a síntese da 4^o oficina interalidade do cuidado do adolescente. Campos Sales, 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

Como se tratava do último momento de elaboração em grupo da quarta oficina, se deu com a técnica “dança circular” (Figura 15), com a música Trem Bala - Forró de Ana Vilela (2017). Finalizando o encontro, com agradecimentos pelos momentos agradáveis, com espaço aberto ao diálogo e a troca de experiências e saberes. O último momento, a realização de confraternização (Figura 16) fortalecendo as alianças e o vínculo da equipe.

Figura 15 – Técnica dança circular encerramento da 4º oficina interalidade do cuidado do adolescente. Campos Sales, 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 16 – Confraternização do encerramento da 4º oficina interalidade do cuidado do adolescente. Campos Sales, 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

7.5.5 5ª Oficina: Elaboração do plano municipal do PSE

O início da 5ª oficina foi marcada pelo reencontro dos participantes, com conversas informais, incluindo perguntas sobre o cotidiano do e rotina dos serviços, e levantamento das expectativas e sentimentos do encontro. Após a conversa introdutória, iniciou-se o acolhimento com uma técnica que teve por finalidade a interação e o sentimento de pertencimento ao grupo.

A técnica consistiu em que cada participante recebia um pincel e uma folha de papel ofício e a instrução que todos escrevessem e respondessem o seguinte: “quais são expectativas do reencontro”. Logo após, todos expressaram os motivos e os sentimentos, conforme as falas:

Efetivação de ideais positivas (P1).

Encontro motivacional para encarar a realidade cotidiana (P3).

Conhecimento, diálogo e troca de ideais (P6).

Conhecer novas metodologia e possibilidades de colar em práticas na política de educação e saúde (P17).

Evidenciou-se que a motivação, o diálogo, troca e o sentimento de satisfação, foram fundamentais para os profissionais de saúde e da educação em relação ao processo de formação permanente quanto para enfrentamento dos desafios cotidianos, influenciando de forma positiva a dinâmica dos processos de trabalho através de metodologias participativas e dialógicas, fortalecendo articulação da política intersetorial.

Observa-se que a busca de conhecimento e desenvolvimento de habilidade para realização de práticas educativas que favorecessem a escuta, o diálogo e a troca de experiências, o empoderamento para articular a política da educação e de saúde.

No momento seguinte, buscou-se levantar as informações de situações vivenciadas pelos participantes nas quatro oficinas anteriores para consolidar o conhecimento acerca da problemática do PSE. Foi proposta uma atividade em grupo, a facilitadora solicitou que formassem dois grupos, a seguir distribuíram, caneta, papel ofício, e uma folha com as situações problemas relacionadas as práticas educativas do PSE, levantados na fase de investigação da pesquisa,

classificassem em ordem decrescente, estabeleceu um prazo de 40 minutos, e ao término retomassem para círculo.

A atividade tinha como finalidade analisar as situações problemas mais relevante para elaborar estratégias de ações do plano municipal do PSE. Essa atividade permitiu maior integração entre os grupos, fortalecendo o sentimento de cooperação entre as equipes.

Ao final do tempo estipulado para a execução da atividade, os dois grupos formou único grupo para fazer o consolidado das informações, e classificassem os problemas por ordem de prioridade, e assim, construiu o quadro síntese, Figura 17.

Figura 17 – Quadro síntese das situações problemas e classificação do PSE na 5ª oficina Plano Municipal do PSE. Campos Sales, 2018

| Situações problemas do PSE | Classificação |
|---|---------------|
| Falta de comunicação/diálogo | 1º |
| Falta de trabalho em equipe | 2º |
| Inclusão das doze ações do Programa Saúde na Escola no Plano Político Pedagógico da Educação-PPP | 3º |
| Falta de formação de profissionais da Educação e da Saúde, grupo de trabalho intersetorial(GTI) e os jovens protagonista do PSE | 4º |
| PSE desarticulado | 5º |
| Planejamento das ações do PSE realizado na saúde | 6º |
| Falta de um sistema de informação/monitoramento | 7º |
| Baixa participação dos pais e responsáveis | 8º |
| Falta de ações em educação e saúde (ESF) | 9º |
| Álcool e outra drogas na escola | 10º |
| Gravidez precoce | 11º |
| Violência escolar e prática de bullying | 12º |

Fonte: Elaborada pela autora.

Dando continuidade, a facilitadora apresentou slide acerca das doze ações do PSE e as modalidades de ensino para cada ação era destinada, conforme o documento orientador: indicadores e padrões de avaliação-PSE Ciclo 2017/2018 (BRASIL, 2018), que objetivou informar aos participantes às ações que poderá ser desenvolvidas nas escolas, desde a educação infantil até o ensino médio da rede pública.

No momento da problematização, realizou-se técnica de grupo, com o propósito dos participantes apontarem o conjunto de ações e objetivos ser incluídos no plano municipal do PSE do município de Campos Sales, Ceará. A animadora solicitou que formassem os grupos por afinidades, e dentre doze ações preconizadas pelo MS, foi solicitado que escolhessem as mais significativas, considerando às necessidades dos escolares, e classificassem por ordem decrescente a seguir, distribuíram caneta e papel ofício para cada grupo, e estabeleceu um prazo de 40 minutos para realizar a atividade.

A construção desse momento percebeu a criação do espaço de exercício do diálogo entre os participantes abrindo perspectivas de aprendizagem mútua sobre sentido de criar, recriar significados para as práticas educativas do PSE no contexto escolar. Evidenciou a relevância em produzir espaços de encontros entre os setores da saúde e de educação que potencializem sujeitos na produção do cuidado à saúde.

Ao término do trabalho dos grupos, a facilitadora pediu para elas formarem único círculo, para fazer a junção das ações, classificassem por ordem de prioridade e os possíveis objetivos a serem incluídos no PMPSE, a seguir abertura do espaço de diálogo.

Nos discursos da maioria dos participantes apontam que as chances do planejamento e as ações em conjunto produziram resultados favoráveis à saúde, permanência e aprendizado dos escolares podem aumentar significativamente. Além disso, otimiza-se a capacidade técnica, recursos financeiros e o tempo dos envolvidos, conforme os quadros síntese, Figura 18 e 19.

Figura 18 – Quadro síntese da classificação das ações do PSE na 5ª oficina Plano Municipal do PSE. Campos Sales, 2018

| Ações do Programa Saúde na Escola(PSE) | Classificação |
|--|----------------------|
| Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> | 1º |
| Identificação de estudantes com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação | 2º |
| Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas | 3º |
| Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS | 4º |
| Prevenção das violências e dos acidentes | 5º |
| Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos | 6º |
| Promoção da saúde auditiva e identificação de estudantes com possíveis sinais de alteração | 7º |
| Promoção da saúde ocular e identificação dos possíveis sinais de alteração | 8º |
| Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor | 9º |
| Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e combate à obesidade infantil | 10º |
| Promoção de práticas corporais, da atividade física e do lazer na escola | 11º |
| Verificação da situação vacinal | 12º |

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 19 – Quadro síntese dos objetivos na 5ª oficina Plano Municipal do PSE. Campos Sales, 2018

| Objetivos | |
|---|---|
| Geral | Específicos |
| Promover ações integradoras entre a saúde e a educação no enfrentamento das vulnerabilidades dos escolares da rede pública de ensino. | Promover a formação permanente dos profissionais de saúde e da educação e o grupo de trabalho intersetorial municipal (GTI-M) |
| | Ampliar as ações de saúde para os escolares da rede pública de educação básica |
| | Incluir as ações do PSE no PPP da escola |
| | Promover o planejamentos integrado das ações do PSE |
| | Desenvolver projeto de prevenção de risco e danos ao uso de drogas |

Fonte: Elaborada pela autora.

Para este momento de reflexão, utilizou-se um vídeo de animação “Convivência em grupo” com a música “Primeiros Erros” de Capital Inicial produzido por Hany Moreno (2013). Esse espaço de convivência entre as equipes demonstrou maior aproximação e engajamento dos profissionais de saúde e da educação, expondo a importância do planejamento conjunto das ações integradas e objetivos para elaboração do PMPSE entre as equipes da ESF e da educação.

Os discursos dos participantes evidenciaram que os Círculos de Cultura proporcionaram espaço de diálogo, exercício crítico e reflexivo das mais diversas temáticas do PSE, promovendo vivência, trocas de saberes e amizade dos próprios participantes e da animadora, pois cada indivíduo tem seus conhecimentos, valores e princípios, o respeito e a tolerância com demais são condições fundamentais para convivência harmônica. Em consonância com Brandão (2008), os Círculos de Cultura se colocam como possibilidade de proporcionar práticas de ensinar-e-aprender fundadas na horizontalidade das interações pedagógicas, no diálogo e na vivência com o entendimento da aprendizagem como processo ativo e partilhado de construção do saber.

Desse modo, o percurso trilhado desde a articulação dos problemas levantados, ações do PSE e objetivos mostrou que houve uma correlação positiva entre os participantes para construção do plano do PSE. O plano consiste-se em um instrumento de trabalho dinâmico com o intuito de propiciar ações, ressaltando seus principais problemas e os objetivos dentro das metas a serem alcançadas com critérios de acompanhamento e avaliação pelo trabalho desenvolvido.

Assim, a proposta da elaboração do plano conjunto representa a intencionalidade da política intersetorial no campo da saúde e da educação e da maioria dos profissionais trazendo consigo as concepções, decisões tomadas coletivamente e expressas no IV Círculo de Cultura, vislumbrando a efetividade das práticas educativas no cenário escolar.

Segundo o Caderno de Atenção Básica voltado para o PSE, um Plano de Ação Local inicia-se pela problematização do contexto de determinado território e, dando um passo à frente, propõe estratégias ou soluções sistematizadas e detalhadas em ações e atividades. Assim, um plano de trabalho é uma ferramenta de organização, um mapa de responsabilidades e um instrumento facilitador da comunicação e da produção de consensos (BRASIL, 2008).

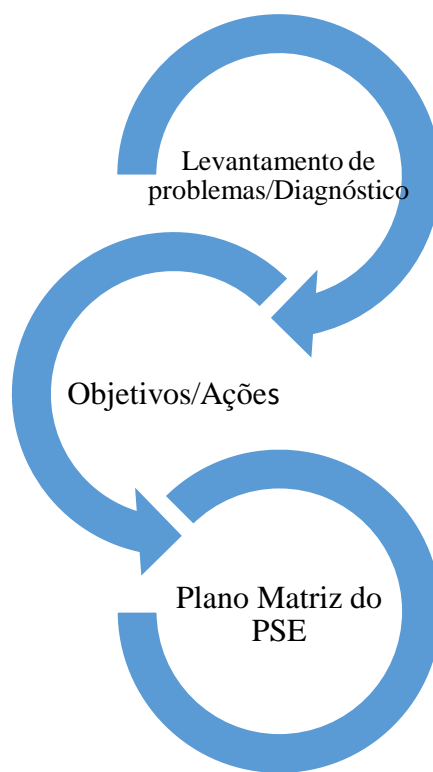
Nesse sentido, o plano deve fundamentar-se na realidade sociocultural e nas demandas sociais dos escolares, prevendo os objetivos, metas e os desafios a serem enfrentados, em conformidade com o diagnóstico das situações problemas, indicando as necessidades e o potencial das escolas, em que as ações devem ser conduzidas pela equipe de gestão e GTI-M.

O Plano do PSE deve-se concretizar com o princípio organizacional, levando em consideração as seguintes dimensões: gestão democrática, acesso aos serviços de saúde, participação nas práticas educativas no ambiente escolar, formação permanente em educação e saúde para os profissionais e avaliação do programa, enfatizando problemas, desafios e ações que as equipes da saúde e de educação irão propor para a resolução dos problemas diagnosticados envolvendo os segmentos da comunidade escolar (BRASIL, 2009).

Observou-se o reconhecimento, ainda que de maneira tímida, os profissionais de modo conjunto na elaboração do Plano Matriz do PSE, o qual permitiu um movimento de reflexão, para a organização dos serviços constituem como estratégias essenciais para o aprimoramento das práticas educativas do PSE.

Por outro lado, é preciso ter consciência que se trata de um trabalho árduo e que muitos são os obstáculos, pois não se trata de simplesmente de distribuir ações ao longo do biênio 2019/2020 ou de preencher formulários para cumprirem metas e enviar para MS. É ampliar os horizontes dos profissionais, permitindo que se vá além da mera transmissão de informação, mas permitir o processo de constante ação - reflexão - ação, em que os profissionais experimente, discuta com todos os segmentos escolar, para eficiência da gestão na produção da saúde dos escolares. Apresentado na Figura 20.

Figura 20 – Síntese articulação dos problemas, objetivos e elaboração do PMPSE, 5º oficina, Campos Sales, CE, 2018.



Fonte: Elaborada pela autora.

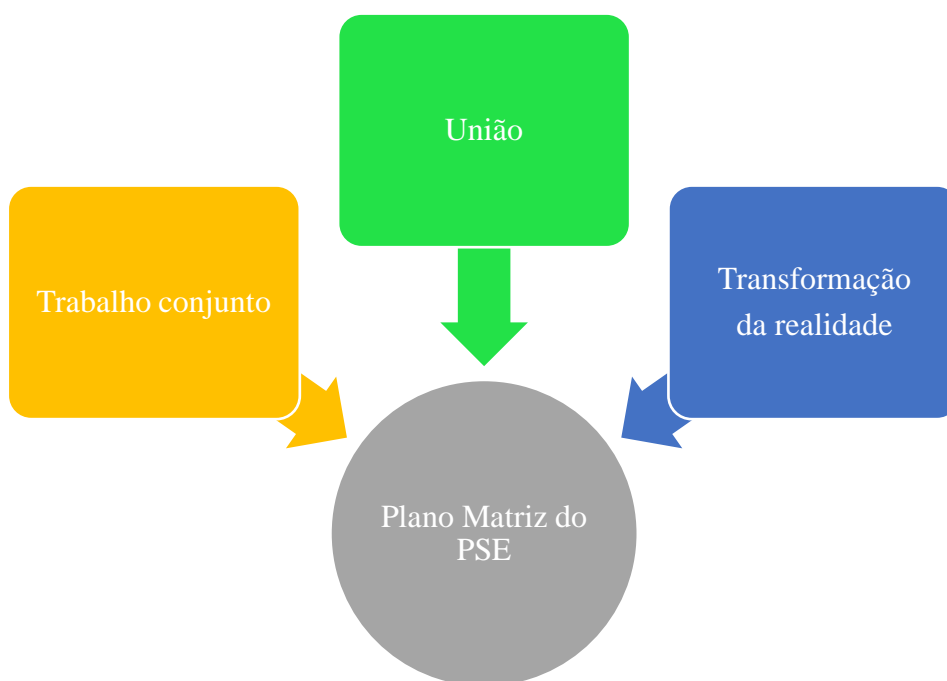
Esse momento de avaliação do encontro, perceberam a importância de terem se aproximado mais, principalmente por estarem juntas na proposta de um trabalho conjunto com os mesmos objetivos e principalmente reconhecer que foi dado o primeiro passo para construção da integralidade das práticas educativas no PSE no cotidiano do processo de trabalho. Para isso, indispensável que todos os participantes assumam compromisso e compartilhar reponsabilidade.

A avaliação realizada no último encontro buscou identificar a percepção dos profissionais em relação à construção do Plano Matriz do PSE. A partir dos discursos, a síntese do conteúdo manifestada nas palavras forças: união, trabalho conjunto e transformação da realidade para alcançar o propósito da construção da integralidade das práticas educativas no cenário escolar.

No momento em que a educação e saúde são cada vez mais convocadas a assumir seu papel para uma formação mais crítica e reflexiva da realidade e para o mundo, entender a força da palavra, os sentidos e as ações das expressões de Paulo Freire ganha mais vigor.

Paulo Freire foi um semeador e cultivador de palavras, estas têm o dom de gerar mudanças e pronunciar novas realidades, buscou-se, assim, com os Círculos de Cultura abertura do espaço de diálogo que provocou nos profissionais uma reflexão sobre os diversos problemas enfrentados pelo PSE, como também uma tomada de consciência da real situação do programa na perspectiva de uma transformação das práticas educativas em saúde do PSE, contudo no contexto que envolve o PSE, um dos desafios é implantação do plano matriz do PSE e a concretização dessas práticas educativas entre os setores da educação e saúde. Apresentados na Figura 21.

**Figura 21 – Síntese das palavras forças da 5^o oficina Plano Municipal do PSE.
Campos Sales, CE. 2018**



Fonte: Elaborada pela autora.

Nesse contexto, torna-se cada vez mais necessária a valorização e o exercício da intersetorialidade, ou seja, a construção de articulação com os diferentes profissionais do campo saúde e educação, setores envolvidos e comprometidos com uma nova realidade de saúde.

Assim, a intersetorialidade envolve ação coletiva e organizada que pressupõe o respeito à diversidade e às singularidades de cada sujeito, seja ele individual ou coletivo, social ou institucional. Aproxima-se, então, do entendimento de educação dialógica defendida por Freire, na qual são necessários o diálogo e a participação de todos os profissionais envolvidos.

Nessa perspectiva, os profissionais podem exercitar seu potencial criativo vivenciando de forma lúdica, e problematizadora, questões relativas ao cotidiano do cenário escolar, constituindo-se sujeitos desse processo. Permeada pela ideia do espaço coletivo de diálogo, no sentido da ação-reflexão-ação, coloca-a como estratégia para os processos que buscam o cuidado, a formação, produção de conhecimentos e a intersetorialidade.

Para Ferreira e Santos (2013), a intersetorialidade é uma estratégia política complexa e que contribui para o desenvolvimento das potencialidades dos profissionais, de forma que alianças e parcerias são essenciais para criação de condições de promoção à saúde e para a maximização dos potenciais dos escolares, pois muitas das intervenções voltadas à melhoria de sua saúde têm falhado por apresentarem desarticulação nas ações e por funcionarem isoladamente, reduzindo sua eficácia e eficiência.

Ao dialogar com Moretti *et al.* (2010), a prática da intersetorialidade precisa ser inserida na rotina dos profissionais de saúde e educação para que as ações de promoção da saúde não se tornem a repetição de modelos pouco impactantes na melhoria de condições de saúde dos escolares. Para tanto, as ações intersetoriais para a promoção da saúde na estratégia da família dependem da formação de profissionais com capacidade de compreender a complexidade dos problemas do contexto escolar e a elaboração de ações intersetoriais que atendam a essas demandas (ALMEIDA; QUARESMA, 2014).

A partir da elaboração do plano matriz do PSE, a necessidade de implementação das ações intersetoriais como um meio para construção da integralidade das práticas educativas em saúde de modo conjunto entre os setores saúde e educação promovendo saúde aos escolares da rede pública de ensino. O desafio é colocá-lo em prática.

Diante disso, para efetivar esse plano matriz aponta a necessidade da formação permanente em saúde para os profissionais da saúde e educação na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a

sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios no ambiente escolar.

Desse modo, dentre as estratégias de formação permanente, temos a Política Nacional de Educação Popular em Saúde apresenta-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas em saúde, alinhando-se às dimensões da amorosidade, da espiritualidade, da criatividade, do diálogo e da construção coletiva, para operar em saúde a possibilidade de novas práticas educativas e articulação das ações do PSE de forma intersetorial.

Com isso, as práticas em saúde como um princípio educativo em uma nova forma de aprender-ensinar em saúde numa perspectiva dialógica. Essa construção é um movimento de redefinição de saberes e práticas nos serviços de saúde, superando a visão de organização hierarquizada que tem por objetivo atender às necessidade de saúde dos escolares, para uma organização em rede de cuidados que permitam a ampliação da autonomia e corresponsabilidade do profissionais de saúde e educação para executar as ações e serviços de saúde.

Diante disso, a importância da atuação das equipes numa perspectiva interdisciplinar e dialógica, que estimule a participação dos escolares para que, em conjunto com os profissionais, vislumbram a integralidade das práticas educativas em saúde mais emancipatória e autônoma.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade como princípio norteador de saberes e práticas no cuidado em saúde e a formação profissional na perspectiva do atendimento integral ao adolescente, considerando a complexidade da dimensão técnica, estrutural das ações e serviços de saúde e dos processos de trabalho.

O programa Saúde na Escola é uma estratégia de articulação das ações entre a saúde e educação para efetivar a integralidade das práticas educativas em saúde no contexto escolar, contribuir para formação integral dos escolares. Com isso, assegurar um espaço de troca de informações sobre as condições de saúde dos adolescentes e fortalecer a participação comunitária na política intersetorial.

O estudo indica que os participantes das práticas educativas em saúde em sua maioria compreendeu as características do adolescente como um período de transição entre a infância e a idade adulta, conceitua à saúde numa perspectiva ampliada e identificou a integralidade como conjunto de ações e serviços entre os setores da saúde e educação, porém estes reconhecem que as práticas educativas são executadas pelos trabalhadores de saúde de forma pontual, fragmentada e desarticulada, sem o efetivo envolvimento da comunidade escolar. Com isso, inexistente a integralidade entre as ações do Programa Saúde na Escola, com baixa articulação da rede de proteção à criança e ao adolescente.

Para aproximar os participantes utilizaram-se os Círculos de Cultura como espaço de diálogo e reflexões para a construção da integralidade das práticas educativas em saúde no PSE, verificou-se que os profissionais desconhecem a Política Intersetorial entre a saúde e a educação, isso faz com que haja limitação na construção de estratégias de trabalho intersetorial, como também a inexistência da integralidade do cuidado dos adolescentes no cenário escolar. Assim, percebeu o deslocamento da apreensão dos profissionais que houve a confirmação dos achados das entrevistas do diagnóstico na fase inicial da pesquisa.

Apreenderam alguns entraves nos processos educativos que privilegiam abordagens tradicionais, fragilidade na formação e a falta de compreensão por parte dos profissionais da saúde quanto à amplitude da sua prática em relação ao PSE, além disso, a dificuldade de trabalho em rede, falhas no processo comunicação interna e externa, logística e acolhimento e ainda, ausência de um cronograma entre

os setores, todos esses elementos contribuem para a não aproximação com as diretrizes estabelecidas pelos MS e MEC.

No entanto, apesar das limitações os resultados demonstraram que a maioria dos participantes aponta a importância de incluir nas escolas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco, de modo que seja possível desenvolver práticas promotoras de saúde. Para tanto, torna-se imprescindível a formação permanente dos profissionais em educação e saúde balizadas nos princípios da PNEPS-SUS.

Como avanço a partir dos Círculos de Cultura evidenciou a primeira aproximação dos profissionais de saúde e educação e o reconhecimento mesmo de forma tímida e colaborativa foi dado o primeiro passo para a construção da integralidade das práticas educativas no cenário escolar, contribuindo para formação integral dos escolares da rede pública de ensino.

Nesse contexto, a potencialidade do Círculo de Cultura foi fomentar o espaço de abertura de diálogo e aproximação de vínculos na proposta de elaboração do Plano Matriz do PSE na busca de autonomia e da integralidade das práticas educativas, com objetivos e metas claras, compromisso e responsabilização compartilhadas, vislumbram, assim, a integralidade na produção do cuidado dos escolares.

Assim, o plano matriz do PSE contribuirá para enfrentamento das demandas de saúde aos gestores, educadores e profissionais da saúde que possibilite ampliar as redes de conhecimentos e potencializar a integralidade das práticas educativas. Por outro lado, esses achados possibilitará uma oportunidade de qualificar a assistência prestada aos escolares da rede pública de ensino. É a partir da amplitude da política intersetorial, exige investimentos em uma política de formação permanente em saúde para que possa fazer frente a estes desafios.

Ao final deste percurso, como limitações do estudo sinalizam-se a indisponibilidade dos profissionais da saúde para participarem dos Círculos, particularmente o grupo de trabalho intersetorial (GTI-M) e o período de realização da pesquisa-ação um espaçamento maior dos encontros em razão das férias dos profissionais da educação.

Os achados do presente estudo fornecem informações relevantes acerca da integralidade das práticas educativas no PSE no contexto escolar do município de Campos Sales, Ceará pode colaborar e direcionar para planejamento e o

desenvolvimento de programas, projetos, serviços na área de promoção à saúde do escolar, mediante ampliação da política intersetorial.

O processo de pesquisa é por via de regra uma tarefa inconclusa a exigir novos estudos, investigações e conhecimentos, ainda mais quando se trata de um objeto amplo e complexo como é a integralidade das práticas educativas que ressignificam continuamente ações e as relações dos sujeitos, produzindo novas necessidades que demandam respostas públicas. Isso exige espaço-critico-reflexivo de forma permanente entre os profissionais da saúde e educação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A.; QUARESMA, A.G. **Intersectorialidade como elemento da efetivação do PSE**: experiências do grupo de trabalho intersectorial do município de Contagem (MG). 2014. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2014/71/2014_71_9739.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, dez. 2014.
- ARAÚJO, N. B; MANDÚ, E.N. T. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidar de si na gravidez. **Revista Interface**, comunicação saúde educação, Botucatu, SP, 2016.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007.
- BAGGIOI, M. P. et al. Implantação do programa saúde na escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 71, sup. 4, p. 1631-1638, 2018.
- BATISTA, K. G. S. **A estratégia da intersectorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB**. 2015. 133 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.
- BENINCASA, M. **Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes do município de São Paulo**. 2010. 353 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BEZERRA, I. M. P. et al. Professional activity in the context of health education: a systematic review. **J Hum Growth Dev.**, v. 24, n. 3, p. 255-262, 2014.
- BORDA, O. F. Reflexões sobre la aplicación del método de estudio-acción em Colombia. In: HERRERA FARFÁN, N. A.; LÓPEZ GUSMAN, L. (Orgs.). **Compromiso y cambio social**. Buenos Aires: El Colectivo Lanzas, 2013. p. 241-252.
- _____. La ciência y el Pueblo: nuevas reflexiones sobre la investigación-acción participativa. In: HERRERA FARFÁN, N.A.; LÓPEZ GUSMAN, L. (Orgs.). **Compromiso y cambio social**. Buenos Aires: El Colectivo Lanzas, 2013. p. 301-319.
- BORDENAVE, J. D. **Opções pedagógicas**: ação participativa: capacitação de pessoal. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Soc.** Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, mai./ago. 2011.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 32 ed. São Paulo: Brasiliense, 2011.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto de Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

_____. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica 8080 de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 91-112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde núcleo técnico da política nacional de humanização acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. **Textos básicos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. 2010. Disponível em: Acesso em: 06 jul. 2016.

_____. **Documento orientar: indicadores e padrões de avaliação - PSE ciclo 2017/2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Marcos legal, saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMARGO JUNIOR, K. R. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. **Os senti dos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Canadá: Ottawa, 1986.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. (Org.) **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz; IPEA; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. p. 19-38.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, mar. 2014.

CECÍLIO, L. C. E. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 117-130.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, fev. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 17 jun. 2017.

COSTA JUNIOR, A. L. Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. (Orgs.). **A ciência do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 171-189.

DANTAS, V. L. **Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza**. 2010. 322 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2010.

DE LELLIS, C. M. et al. La Práctica de la Investigación evaluativa en un programa de promoción de la salud con instituciones escolares. **Anu. Investig.**, Buenos Aires, v. 17, p. 299-308, dez. 2010.

DIEHL, A. A.; TATIM, D. C. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas**. Métodos e técnicas. São Paulo: Pearson-Prentice Hall, 2004.

DIAS, M. S. A. et al. Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 29-34, jan./jun. 2014.

DUARTE, S. J. H.; FERREIRA, S. F.; SANTOS, N. C. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do adolescente. **Rev. Eletr. Enf.**, v.15, n.2, p. 479-486, abr./jun. 2013.

EISENSTEIN, E. **Atraso puberal e desnutrição crônica**. 1999. 186 f. Tese (Doutorado em Nutrição) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

FAIAL, L. C. M. et al. Vulnerabilidades na adolescência: um campo oportuno para a prática da saúde: revisão integrativa. **Rev. enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3473-3482, set. 2016.

FARIAS, I. C. V. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev Bras Educ Med**, v. 40, n. 2, p. 261-267, 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Mínimo Aurélio**: o dicionário de língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas normativos do programa saúde na escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, dez. 2012.

FRACOLLI, L. A. et al. The concept and practice of comprehensiveness in Primary Health Care: nurses' perception. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, out. 2011.

FRANCO, T. A. V.; SILVA, J. L. L.; DAHER, D. V. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 7, n. 2, p. 19-22, 2011.

FREIRE, P. **Conscientização**. Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. Quatro cartas aos animadores de Círculos de Cultura de São Tomé e Príncipe. In: BEZERRA, Aída; BRANDÃO, C. (Org.). **A questão política da educação popular**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

_____. **Professora sim, tia não**: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho D'água; 1997.

_____. **O caminho se faz caminhando**: conversas sobre educação e mudança social, 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Comunicação e extensão**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da esperança**. 16. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1992.

FREIRE, P. R. N.; FREIRE, N.; OLIVEIRA, W. F. **Pedagogia da solidariedade**. Indaiatuba, SP: Villa das letras, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, C. M; HORTA, N.C. Promoção de Saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010.

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). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, M. V. Círculo de cultura: pesquisa e intervenção na educação superior. In: BAPTISTA, A. M. H; MAFRA, J. F. (Orgs.). **Reflexão crítica memória e intervenção na prática pedagógica**. São Paulo: BT Acadêmica, 2013.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HERMANN, C. P. et al. Preparing nursing students for interprofessional practice: the interdisciplinary curriculum for oncology. **Nurs**, v. 32, n. 1, p. 62-71, 2015.

HIGA, E. F. R. et al. A intersectorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface, Comunicação Saúde, educação**, v. 19, supl. 1, p. 879-891, 2015.

IAMAMOTO, M. V. **A formação acadêmico-profissional no serviço social brasileiro**. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Escola promotora de saúde**. Brasília: SBP, 2003.

LARROSA, J. Experiência e alteridade em educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 19, n. 2, jul./dez. 2011.

LIMA, M. M. et al. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 106-113, 2015.

KANTOR, S. A. Pedagogical change in nursing education: one instructor's experience. **J Nurs Educ.**, v. 49, n. 7, p. 414-417, 2010.

KUCZYNSKI, E. Qualidade de vida na infância e na adolescência. In: ASSUMPÇÃO JR, F. B. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

JABRA, k. L. **Consulta de enfermagem de pré-natal na Saúde da Família em Cuiabá: reflexo burocrático e normalizador do social**. 2013. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, 2013.

MACHADO, M. F. S. et al. Programa Saúde na Escola: Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica. **Journal of Human Growth and Development**, 2015.

MAGALHÃES, R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1427-1436, 2015.

MASCARENHAS, N. B; MELO, C. M. M; FACUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-999, dec. 2012.

MENEZES, M. G; SANTIAGO, M. E. Um estudo sobre a contribuição de Paulo Freire para a construção crítica do currículo. **Espaço do Currículo**, v. 3, n. 1, p. 395-402, mar./set. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 19-51.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio Janeiro: ABRESCO, 2009.

_____. Integralidade e a formação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção de Integralidade**: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1827-183, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, p. 158-164, set. 2013.

PAIVA, F. S, COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidades na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde. **Aletheia**, v. 37, n. 1, p. 57-72, 2012.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. **Compreendendo o Adolescente**. 2. ed. Curitiba: SECJ, 2010.

PASSEGGI, M. C. et al. Narrativas de crianças sobre as escolas da infância: cenários e desafios da pesquisa (auto)biográfica. **Revista Educação do Centro de UFSM, Santa Maria**, v. 39, n. 1, p. 85-104, jan./abr. 2014.

PERUZZO, C. M. K. Observação participante e pesquisa-ação. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.) **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 125-145.

_____. Pressupostos epistemológicos e metodológicos da pesquisa participativa: da observação participante à pesquisa-ação. **Estúdios sobre las culturas contemporâneas**, v. 23, p. 161-190, 2017.

PINHEIRO, R. **Dicionário da** educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2006.

PITANO, S. C. **A educação problematizadora de Paulo Freire, uma pedagogia do sujeito social**. Pelotas, RS: UFPel, 2017.

PINHEIRO, R., LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2003.

PORTUGAL, S. **Famílias e rede sociais: ligações fortes na produção do bem-estar**. Coimbra, PT: Edições Almedina, 2014.

RANGEL, A. P.; TORMAN, R.; FOCESI, L. V. Adolescência: construindo uma identidade. **Rev. Conhecimento Online**, v.1, mar. 2012.

RIBEIRO, A. C.; SOUZA, J.F.; SILVA, J. J. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 569-575, 2014.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista de Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, jul./set. 2011.

RAPOSO, C. A. Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Rev Pauta**, Rio de Janeiro, 2009.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do programa saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, dez. 2012.

SANTOS, A. A. G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção de saúde do adolescente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 1275-1284, 2012.

SANTOS, E. P. **Guia de boas práticas de imunização em áreas remotas de difícil**. São Paulo: Acesso SPim, 2017.

SANTOS, A. S. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. **Online Braz J Nurs.**, v. 5, n. 2. 2007.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. 248 p.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003.

SILVA, K. L. S. et al. Observação e registro no diário de campo do pesquisador: desvendando os desafios e facilidades relacionados ao cotidiano das pesquisas qualitativas. SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM, 17. 2013. **Anais...** Natal: ABEn-RN, 2013.

SILVA, I. Z.; TRAD, L. A. O trabalho em equipe no PSF: investigado a articulação técnica entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

THIOLLENT, M. I. Pesquisa-ação no campo da comunicação sócio-política. **Comunicação & Sociedade**, São Bernardo do Campo, n. 4, p. 63-79, 1980.

_____. A captação de informação nos dispositivos de pesquisa social: problemas de distorção e relevância. **Cadernos CERU**, São Paulo, v. 16, p. 81-105, 1981.

_____. Problemas de metodologias de pesquisa-ação. In: MELO, J. M. (Org.) **Teoria e pesquisa em comunicação: panorama latino-americano**. São Paulo: Cortez; Intercom, 1983. p. 130-138.

_____. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1987.

_____. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16 ed. São Paulo, Cortez. P.132, 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2011.

VIEIRA, T. P. F. et al. Assimetrias regionais. Que diferenças nos estilos de vida e na satisfação com a vida dos adolescentes? Um estudo realizado em alunos do 3º ciclo do Ensino Básico em Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 17-28, 2015.

WISNIEWSKI, E. D. et al. Conflitos na adolescência: uma avaliação dos alunos do 7º e 8º ano do ensino fundamental – Cascável-PR. **Adolescência e saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.41-51, jul./set. 2016.

ZITKOSKI, J. Diálogo/Dialogicidade. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Município:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Profissão/Função que exerce

Tempo que exerce a profissão/Função:

Local de trabalho:

Tempo de atividades no PSE:

Formação no programa? _____

Tema _____ da _____ formação:

-
1. O que você compreende por adolescência?
 2. O que você entende por saúde do adolescente?
 3. Fale-me sobre o PSE.
 4. O que você compreende por atividades em educação em saúde?
 5. Como você percebe a integralidade no âmbito da saúde e da educação no PSE?
 6. Como acontece o planejamento das ações do PSE para atuar junto aos adolescentes no município?
 7. O que você entende por trabalho em equipe(EPM)?
 8. De que formas ocorrem as práticas educativas em saúde no PSE? Como acontece a sua participação nesses processos?

APÊNDICE B – Declaração de Anuência para Realização do Estudo



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Declaração de Anuência para Realização do Estudo

Sr. João Luiz Lima Santos,

Por meio desse instrumento, vimos solicitar a Vossa Senhoria autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “Integralidade nas práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escolar (PSE): uma abordagem problematizadora”, fundamentado na Política de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUAS) e realizada pela Assistente Social/Professora Maria Albaneide Fortaleza, sob a orientação da professora Álissan Karine Lima Martins. O estudo tem como objetivo “Desenvolver a construção de espaço coletivo de troca e aprendizagem sobre a integralidade nas práticas educativas em saúde no programa saúde na escola, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS – SUS”.

A pesquisa será realizada com os profissionais de saúde do Programa Saúde na Escola (PSE) e Estratégias Saúde da Família (ESF) da sede do município de Campos Sales-CE. A coleta dos dados ocorrerá nos meses de março a setembro de 2018. Inicialmente será realizada uma entrevista e na sequência será desenvolvida uma Pesquisa-Ação, por meio do “Círculo de Cultura” proposto por Paulo Freire, dividido em quatro momentos: a) descoberta do universo vocabular; b) teorização/tematização; c) problematização; e, d) avaliação.

A pesquisa não acarretará ônus financeiro à instituição e pode trazer benefícios e na construção de formas mais efetivas e dinâmicas para a (re)construção das práticas educativas em saúde no cenário escolar. O relatório final da pesquisa será disponibilizado à instituição pela pesquisadora.

Participarão da pesquisa apenas os profissionais que aceitam a participarem e assinarem o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE). Os dados serão divulgados sem identificar os sujeitos e a coleta somente iniciará após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional do Cariri-URCA, Telefone (88) 3102-1212, E-mail: cep@urca.br.

Atenciosamente,

Maria Albaneide Fortaleza

Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente: (88) 99926-2302

Eu, João Luiz Lima Santos, Secretário Municipal de Saúde de Campos Sales/CE, autorizo a realização desta pesquisa com os profissionais de saúde anteriormente citados, nesta instituição, e afirmo que não haverá nenhuma implicação negativa aos trabalhadores de saúde que não queiram ou desistem de participar da pesquisa.

João Luiz Lima Santos

Secretário Municipal de Saúde de Campos Sales/CE

Campos Sales-CE, _____ de janeiro de 2018.

APÊNDICE C – Declaração de Anuência para Realização do Estudo



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Declaração de Anuência para Realização do Estudo

Sr(a). Maria Lourdejan Pereira de Souza Feitosa,

Por meio desse instrumento, vimos solicitar a Vossa Senhoria autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “Integralidade nas práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escolar(PSE):uma abordagem problematizadora”, fundamentado na Política de Educação Popular em Saúde(PNEPS-SUAS) e realizada pela Assistente Social/Professora Maria Albaneide Fortaleza, sob a orientação da professora Álissan Karine Lima Martins. O estudo tem como objetivo “Desenvolver a construção de espaço coletivo de troca e aprendizagem sobre a integralidade nas práticas educativas em saúde no programa saúde na escola, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS – SUS”.

A pesquisa será realizada com os gestores escolares e professores que trabalham no Programa Saúde na Escola (PSE) da sede do município de Campos Sales-CE. A coleta dos dados ocorrerá nos meses de março a setembro de 2018. Inicialmente será realizada uma entrevista e na sequência será desenvolvida uma Pesquisa-Ação, por meio do “Círculo de Cultura” proposto por Paulo Freire, dividido em quatro momentos: a) descoberta do universo vocabular; b) teorização/tematização; c) problematização; e, d) avaliação.

A pesquisa não acarretará ônus financeiro à instituição e pode trazer benefícios e na construção de formas mais efetivas e dinâmicas para a (re)construção das práticas educativas em saúde no cenário escolar. O relatório final da pesquisa será disponibilizado à instituição pela pesquisadora.

Participarão da pesquisa apenas os profissionais que aceitam a participarem e assinarem o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido(TCLE). Os dados serão divulgados sem identificar os sujeitos e a coleta somente iniciará após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional do Cariri-URCA, Telefone (88) 3102-1212, E-mail: cep@urca.br.

Atenciosamente,

Maria Albaneide Fortaleza
Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente:(88) 99926-2302

Eu, Maria Lourdejan Pereira de Souza Feitosa, Secretária de Políticas Para a Educação de Campos Sales/CE, autorizo a realização desta pesquisa com os profissionais de educação anteriormente citados, nesta instituição, e afirmo que não haverá nenhuma implicação negativa aos trabalhadores de educação que não queiram ou desistem de participar da pesquisa.

Maria Lourdejan Pereira de Souza Feitosa
Secretária de Políticas Para a Educação de Campos Sales/CE

Campos Sales-CE, _____ de janeiro de 2018

APÊNDICE D – Termo de Autorização para Uso de Imagem



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, portador da Cédula de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente à Rua _____, nº _____, bairro _____ na cidade de Campos Sales-CE, AUTORIZO o uso de minha imagem em fotos, filmagem e a voz sem finalidade comercial, para ser utilizada em trabalho acadêmico da Universidade Estadual do Ceará-UECE/ Universidade Regional do Cariri-URCA. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) divulgação em geral. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

Campos Sales-CE, _____ de _____ de 2018.

Assinatura

Caso 1 – Gravidez na Adolescência

A história que vocês conhecerão hoje é o meu “Depois dos 15”. Meu nome é Zilah e me tornei mãe aos 15 anos. Hoje tenho 28 e minha filha, a Mariana, 13. As coisas nem sempre foram lindas e cor de rosa, como já é de se esperar que aconteça com a maternidade na adolescência, mas hoje em dia, quando olho para trás vejo que tudo foi aprendido, construído com muito amor, paciência e apoio da família.

Quando existe a **rejeição familiar** perante uma gravidez não planejada, vários problemas passam a interferir no lado emocional da adolescente. Não apenas a rejeição, mas também a **insegurança**, a **ausência** do pai da criança e a repressão de pessoas próximas influenciam em todos os transtornos que ela pode vir a enfrentar.

A partir do momento que a hipótese de gravidez torna-se real, todos os conflitos aparecem. A fase mais complexa da vida, rodeada de dificuldades e incertezas, não está suficientemente preparada para a chegada de uma criança. Logo, se existiam perspectivas relacionadas ao pré-vestibular para ingresso na faculdade e entrada no mercado de trabalho, tudo terá que ser revisado.

Muitas vezes as adolescentes acabam optando pelo aborto, opção bastante arriscada e desesperada. Algumas meninas são forçadas pelos pais a tomarem tal atitude drástica, e outras o fazem para omitir o ocorrido da família.

Nas situações em que a adolescente opta por enfrentar as responsabilidades maternas, existe também as possibilidades de transtornos de caráter social, familiar e pessoal. Na sociedade, a adolescente passa a lidar com olhares tanto compreensivos como repreensivos. Há pessoas que buscam orientar e transmitir experiências de vida com a gestante.

Não é fácil lidar com o nascimento de uma criança em plena adolescência. As transformações dessa fase ainda não puderam ser firmadas em um comportamento adulto. Tanto o pai quanto a mãe adquirem responsabilidades nesse momento. Escola, projetos de vida, objetivos, convívio com amigos, passeios, viagens, tudo isso, na maior parte das vezes, é abandonado em prol da criança que está por vir.

Alguns pais oferecem apoio, conforto e segurança. Outros acham que a melhor solução para o “problema” é a união precoce, por casamento ou não, do casal adolescente. Essa medida não é a mais aconselhada por especialistas, pois tanto a garota quanto o garoto não estão psicologicamente preparados para assumirem tamanhos compromissos.

As preocupações acumuladas associadas à insegurança e ao despreparo emocional, causam sérios problemas ao estado psicológico materno. É bastante comum, em situações como essas, o aparecimento dos sintomas relacionados à depressão no parto. A ausência de perspectiva, coragem e, na maioria dos casos, a incidência de baixa autoestima alimentam essa doença.

Todavia, existem mães adolescentes que se dedicam com amor e cuidado ao seu filho. A identificação e orgulho por estar gerando uma criança, criam um ambiente propício para uma excelente adaptação.

Fonte: Info Escola, Rosilana Rocha Araújo Moraes.

Caso 2 – Alunos, drogas e álcool: o que fazer?

“Hoje em dia, dar aulas para adolescentes e jovens é praticamente um ato de heroísmo. Quando eles não estão nos desafiando, estão dormindo na sala. Parece que fazem questão de se exhibir ainda mais, quando chegam alterados pelo consumo de droga ou álcool. Tanto faz se fazem parte da camada menos ou mais favorecida da população, ou se estudam na rede particular ou pública, ou ainda, se estão no Ensino Regular. A grande maioria não sabe o que está fazendo na escola”.

Esse depoimento, dado por um professor veterano de Ensino Médio, não esconde sua frustração e angústia. Durante sua vasta experiência como professor, ele vivenciou muitas situações em que os alunos chegavam drogados à escola e desinteressados pelos estudos.

Infelizmente, o desabafo daquele professor ecoa na fala de muitos profissionais que atuam na rede pública. Não são raros os casos de distorção idade-série e também de grupos de senhores e senhoras buscando retomar os estudos interrompidos, muitas vezes por motivo de trabalho. Mas é numerosa a presença de adolescentes evadidos, ou frutos do fracasso do ensino regular. A realidade é repleta de casos em que os jovens são obrigados a retornar à escola, seja por exigência da promotoria, ou de seus primeiros empregos formais.

Pois bem, unindo a **indisposição** para **com os estudos e as regras** da instituição escolar, ou seja, a obrigatoriedade de se fazer e estar onde não se quer, com a **falta de perspectiva**, ou melhor, de **projeto de futuro**, temos mais um desafio: a presença das substâncias **tóxicas e ilícitas** no ambiente escolar.

Como coordenadora pedagógica, eu frequentemente vivenciava episódios com alunos que chegavam embriagados ou, na linguagem deles, chapados pelo uso de maconha. Claro que é ineficaz e imprudente qualquer tipo de intervenção feita no momento em que o indivíduo encontra-se em estado alterado de consciência. Quando minha presença era solicitada para mediar uma dessas situações temperadas pelo álcool ou outra droga, a atitude imediata era sempre de, respeitosamente, conduzir o aluno para fora da sala, indagando qual seria o motivo para aquela euforia.

Eu sempre sugeria a alunos maiores de idade que retornassem no dia seguinte ou chamava os responsáveis, no caso de os estudantes serem menores de idade. Quando a família retornava, algumas evidências eram marcantes: a **fragilidade no vínculo afetivo** entre responsáveis e o adolescente – fosse por distanciamento ou por sentimento de

impotência por parte dos adultos; e a **falta de projeto de futuro, de perspectiva** de uma vida digna, por parte do adolescente. A mediação tinha como princípio fundamental o **respeito entre as partes**. Portanto, ao menor indício de que os ânimos saíam do controle, eu retomava o princípio e prosseguíamos (ou não) com a conversa.

Fonte: Gestão escolar, blog aluno em foco, agosto, 2014

Caso 3 - Garoto de 10 anos sofre bullying e é agredido na escola por usar óculos

A violência entre estudantes continua a assustar pais, funcionários de escolas, e especialmente os principais alvos das agressões: as crianças e adolescentes. Um caso de *bullying* foi registrado na cidade de Gilbués, a 797 km de Teresina, Sul do Piauí. Um garoto de 10 anos foi agredido ao sair da escola, violência está motivada pelo simples fato do menino usar óculos.

A mãe da criança, a dona de casa Valderez Dourado Soares, conta que a agressão sofrida pelo filho foi tamanha, que o garoto passou a apresentar desmaios e a sofrer também convulsões, que ela acredita serem decorrentes dos traumas na cabeça. O menino, que chegou a ser internado em um hospital na cidade vizinha de Bom Jesus, foi liberado apenas no sábado (25), mas agora, além das marcas físicas em seu corpo, carrega também o trauma psicológico do momento que passou.

“Meu filho agora fica nervoso apenas em ouvir falar de escola. Diz que nunca mais vai voltar para lá. Ele é uma criança curiosa, mas muito tímida, que gosta de estudar. Agora não sei mais como vai ser. Ele foi espancado por outros meninos, todos maiores do que ele. Bateram, pisaram e chutaram o meu filho. Até com um tijolo ele foi agredido”, conta Valderez.

Segundo a mãe, o garoto já havia sido alvo de agressões anteriores, causadas principalmente pela implicância dos outros estudantes com os óculos do filho. O menino, que além de apanhar frequentemente, também era submetido a violências de outras naturezas, como apelidos e humilhações constantes.

“Já havia mais de um ano que ele apanhava no colégio. Além de baterem nele, ainda o chamavam por apelidos, como “quatro-olhos” e “jeca”, e isso o deixava muito triste”, relata a mãe.

Fonte: Uol Educação, 2014

Semana Saúde na Escola 2018: escolas mobilizadas contra o *Aedes aegypti*

O Programa Saúde na Escola lança a Semana Saúde na Escola 2018 com o tema “Comunidade Escolar Mobilizada Contra o *Aedes aegypti*!”. A mobilização visa orientar os estudantes das escolas públicas sobre a temática, com ações de limpeza do ambiente escolar, identificação de possíveis focos do mosquito, campanhas sobre o ciclo do *Aedes aegypti* e os sintomas da dengue, zika e chikungunya. Para isso, conta com a articulação entre escolas e equipes de saúde da Atenção Básica. A participação dos municípios na Semana Saúde na Escola é voluntária.

Diante do quadro epidemiológico atual, fica evidente a necessidade de se trabalhar a temática da prevenção ao mosquito *Aedes aegypti* nas escolas, mostrando que o aumento na proliferação do mosquito está associado a diversos fatores: mudanças ambientais globais, aumento da população, más condições de saneamento, aumento da adaptabilidade do mosquito. Pode-se utilizar as equipes de saúde e educação para a realização das ações de combate ao mosquito com a comunidade escolar, no sentido de fortalecer os grupos de trabalho para desenvolvimento das ações do PSE.

Nesse contexto, o objetivo é mobilizar as equipes das escolas e das unidades de saúde, estudantes, familiares e comunidades para, juntos, atuarem no combate ao *Aedes Aegypti*. Deverão ser realizadas várias estratégias e atividades relacionadas ao tema, reforçando a articulação local entre saúde e educação, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável.

Situação 1 – Escola mobilizada contra o *Aedes aegypti*

Objetivo da ação: estimular ações de promoção à saúde no ambiente escolar, envolvemos não apenas os estudantes, mas também os pais e educadores, atingindo toda a comunidade.

Ação: Elabore uma campanha “Contra o *Aedes aegypti*”.

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola. Brasil, 2010.

Disponível em: Acesso em: 06 jul. 2016.

APÊNDICE G – 3º Oficina: Práticas Educativas no Programa Saúde na Escola (PSE)

Texto 1 - Ações em educação e saúde no Programa Saúde na Escola(PSE)

“São ações que realizam na escola com orientação, informações e campanhas”. P1

“Atividades parte para prática, campanha e compartilhada com a família”. P3

“Atividades de prevenção e o PSE trabalha com a prevenção em educação e saúde em grupo”. P4

“A escola é uma ferramenta importante para o conhecimento”. P5

“Atividades que visa instruir os educandos em relação aos seus direitos no tocante a saúde e contribuir bastante em relação a saúde”. P7

“Não posso responder, nunca vi aqui, por acaso se a enfermeira vier aqui na escola fazer alguma palestra é bom”. P8

“A questão da educação física, a questão da higiene bucal e as campanhas de HPV”. P11

“O que o PSE faz em educação e saúde, que profissional tem preocupação de levar as informações para o adolescente da escola pública, atividades de educação e bons hábitos”. P14

“Acredito que as duas coisa andam juntos, você vai aprimorar mais aprendizagem e a educação”. P 15

“O PSE é um programa que veio pra somar com a educação, se ele desenvolvido como é pra ser desenvolvido da forma que tem de ser em parceria, o programa tem de ser desenvolvido em parceria saúde e educação, o que a gente percebe não é feita dessa forma, pode ser na sede, mas no distrito não foi, eu não vivencie dessa forma” P 16.

Reflexão:

“Como são realizadas as práticas educativas em saúde e quem realizam essas ações no PSE?”

1. Quais são as dificuldades, as facilidades e as possíveis soluções para melhor atender os educandos mediante a realização das práticas educativas no PSE?

Texto 2 - Planejamento das ações do Programa Saúde na Escola para atuar junto aos adolescentes da rede municipal de ensino.

“Não tem conhecimento de como acontece o planejamento no PSE”. P1

“Não é um planejamento conjunto, que não agregam as duas secretarias, não tem parceria firme e concreta”. P2

“Planejamento anual e feito pela coordenação da secretaria da saúde e do PSE, conforme as ações do Ministério da Saúde”. P3

“Agente se reúne e a coordenadora faz o cronograma e quando a gente chega na escola não foi realizado o cronograma da educação”. P5

“Não tenho conhecimento porque feito dentro da secretaria, vem na escola entregam o cronograma para as palestra, mas e uma raridade e uma vez”. P6

“No momento não tem como responder isso, já vi o PSE na escola”. P8

“Não existe nem por parte do PSE, muito por parte da saúde, nem por parte do PSE esse tipo de prevenção, por que não venha uma pessoa para dar uma palestra dentro da escola, para que eles possam se proteger e depois que acontece tem que cuidar ir ao médico para proteger para se proteger”. P11

“Planejamento já tivemos um encontro com pessoal da saúde e educação pra fazer um projeto”. P12

“Planejamento com o próprio professor para que as ações aconteçam”. P13

“Desconheço esse planejamento, acontece dentro da saúde e sem a participação da Secretaria Municipal de Educação” P14

Reflexão:

“Como tem sido o diálogo entre a saúde e a educação no planejamento das ações do PSE?”

1. Quais são as dificuldades, as facilidades e as possíveis soluções para melhorar a comunicação entre a equipe de saúde e a de educação?

Texto 3 - Integralidade das ações no âmbito da saúde e educação do Programa Saúde na Escola(PSE).

“Andar juntas de mãos dadas e engajadas”. P2

“Cada área faz a sua parte, não existe intercambio e cada uma faz sua atividade”. P3

“Abertura de desenvolver as atividades com as escolas, tem uma boa relação”. P4

“É importante, só chega pra gente no ato da execução”. P5

“Depois da nova coordenação o PSE existe, não existe, acho que não tem a parceria em relação a escola, não tem o feedback da escola, e não tem a conta referência da escola, em trabalhar juntos, organizar o trabalho” P6

“Vem sendo trabalhado mais meio solto, tem um cronograma, essas ações tem data para ser trabalhado e o sistema preenchido, mas não acontece na integralidade como deveria acontecer”. P7

“Acho importante, e ajuda muito a saúde da suporte para que aconteça as campanhas, vir as explicações pra dentro da escola, uma coisa e você ir num posto de saúde, dentro da escola faz uma pela explanação”. P11

“Eu vejo muito falho, por que nós que somos educadores não existe esta integração dentro da escola, não existe a conscientização, o que existe é preencher o papel e cumprir a meta, e não trazer a prevenção pra dentro da escola”. P12

“Ainda falho, não existe uma interação entre a saúde e a educação, precisa existir maior intercâmbio entre saúde e educação, existe um distanciamento”. P14

“Aprende se tivessem maior interação, integralidade dos dois setores as pessoas passavam acreditar mais”. P16.

Reflexão:

Como o grupo percebe a integralidade no âmbito da saúde e da educação nas ações do PSE?

1. Quais são as dificuldades, as facilidades e as possíveis sugestões para melhorar a integralidade nas práticas educativas no âmbito da saúde no PSE?

Fonte: Dados da pesquisa. Fase de investigação, 2018.

APÊNDICES H/I – Círculo de Cultura sobre Integralidade das práticas educativas em Saúde no Programa Saúde na Escola (PSE): uma Abordagem Problematicadora

REALIZAÇÃO



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

APOIO



Sindicatos dos Servidores Públicos
Municipais de Campos Sales-CE

CÍRCULOS DE CULTURA SOBRE

Integralidade das práticas educativas
em saúde no Programa Saúde na
Escola (PSE): uma abordagem
problematicadora

“No Círculo de Cultura: O homem vai humanizando-a dominando a realidade. Vai acrescentando a ela algo que ele mesmo é fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Faz Cultura” .
(Paulo Freire, 2003, p.51)



Secretaria de Políticas para a Saúde
Secretaria de Políticas para a Educação



Projeto de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

° Integralidade das práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escola (PSE): uma abordagem problematizadora.

° Facilitadora:
Maria Albaneide Fortaleza

° Colaboradoras:
Dinayara Conrado
Maria Edwrigens Primo de Araújo

° Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Álissan Karine Lima Martins

Objetivo

° Inserir os Círculos de Cultura como espaço de problematização da integralidade das práticas educativas em saúde no Programa Saúde na Escola (PSE), no contexto escolar.

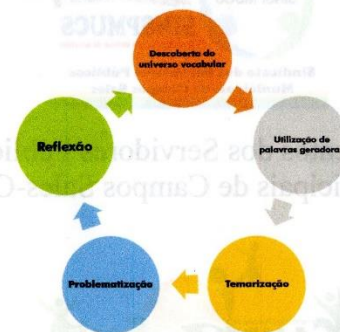
O Como Fazer

° Abordagem problematizadora, autonomia e emancipação humana em Paulo Freire



Método de Paulo Freire:

° Os Círculos de Cultura.



Sujeitos Envolvidos

° Enfermeiros da ESF, diretores, coordenadores e professores da rede pública municipal de ensino.

Conteúdo Programático

° Adolescência: saúde e educação do adolescente;
° Programa Saúde na Escola (PSE);
° Práticas educativas no contexto escolar; e,
° Integralidade do cuidado do adolescente no PSE.

Local

° Sindicato dos Servidores Públicos de Campos Sales-CE.
° Rua: Manoel Moraes, nº 87, Centro Campos Sales-CE

Cronograma

° Dias: Quintas-feiras à tarde
° Período: 07/28/06/2018 a 09/21/08/2018
° Horário: 13:30h às 16:30 h

Certificação

° Ao término dos Círculos de Cultura haverá a emissão do Certificado pela PROEX/URCA



Certificado

Certificamos que _____, participou da I Oficina Integralidade das Práticas Educativas em Educação e Saúde do Programa Saúde na Escola(PSE), realizada no Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Campos Sales-CE, no período de junho e agosto de 2018.

Campos Sales-CE, 30 agosto de 2018.

João Luiz Lima Santos
Secretaria Municipal de Saúde

Maria Lourdejan Pereira de Souza Feitosa
Secretaria Municipal de Políticas para Educação

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Integralidade nas práticas educativas em saúde no programa saúde na escola (PSE): uma abordagem problematizadora

Pesquisador: MARIA ALBANEIDE FORTALEZA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82509518.1.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.546.596

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo pesquisa ação, que será desenvolvida na sede do município de Campos Sales-CE. A população do estudo será composta pelos profissionais do grupo de trabalho do PSE (GT), estratégias saúde da família(ESF), gestão escolar e professores que prestam assistência direta aos escolares da rede pública de ensino municipal. Para a coleta de dados, será realizada uma entrevista semiestruturada, de forma a identificar a concepção dos profissionais acerca da integralidade nas práticas educativas no cenário escolar. Em um segundo momento, serão mediados encontros do Círculo de Cultura proposto por Paulo Freire, de modo a garantir a interação entre os participantes a partir da problematização acerca do tema. Este será guiado por três momentos: conhecimento do universo vocabular, teorização/tematização e problematização. Os dados obtidos por meio das entrevistas e oficinas serão categorizados e identificados os núcleos de sentido e, a seguir realizada a interpretação dos resultados através da inferência e inter-relações com os aportes teóricos que seguem as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretados, conforme as determinações da Resolução 466/12 e 510/16, que será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri-URCA.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta **CEP:** 63.105-000
UF: CE **Município:** CRATO
Telefone: (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

Continuação do Parecer: 2.546.596

Desenvolver a construção de espaço coletivo de troca e aprendizagem sobre a integralidade nas práticas educativas em saúde no programa saúde na escola, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS – SUS.

Objetivo Secundário:

Conhecer a concepção da integralidade nas práticas educativas no âmbito da saúde e educação, no Programa Saúde na Escola (PSE); Identificar estratégias em educação e saúde do Programa Saúde na Escola (PSE); Analisar de que forma a abordagem problematizadora contribui para compreensão da integralidade nas práticas educativas, no cenário escolar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação oferece riscos e/ou desconfortos mínimos, tais como constrangimento em responder e/ou falar, quebra da confidencialidade, falta de privacidade e de proteção da imagem, que deverão ser minimizados pelo pesquisador através da permissão de livre expressão e cuidados quanto à confidencialidade do material obtido. Entretanto, o benefício potencial desta sua participação é ajudar a promover reflexões acerca do desenvolvimento de ações de promoção da saúde que levem ao empoderamento dos sujeitos envolvidos, que possibilitará ampliar as redes de conhecimentos e potencializar inovações, a partir dos saberes produzidos, que pode orientar os processos formativos de novas práticas educativas em saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante e ética

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados seguindo as recomendações.

Recomendações:

Sem pendências.

Em observância a resolução Número 510/16-XI-d- O pesquisador responsável deve encaminhar para Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|-----------------------------|------------|-------|----------|
| Informações | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P | 06/03/2018 | | Aceito |

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta **CEP:** 63.105-000
UF: CE **Município:** CRATO
Telefone: (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.546.596

| | | | | |
|---|----------------------|------------------------|---------------------------|--------|
| Básicas do Projeto | ETO_1064135.pdf | 13:56:50 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DECLARACAO.jpeg | 06/03/2018 13:56:00 | MARIA ALBANEIDE FORTALEZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | 02.png | 06/03/2018 13:54:51 | MARIA ALBANEIDE FORTALEZA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_COMPLETO.pdf | 14/02/2018 16:07:52 | MARIA ALBANEIDE FORTALEZA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 14/02/2018 16:07:12 | MARIA ALBANEIDE FORTALEZA | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.PDF | 22/01/2018 18:03:54 | MARIA ALBANEIDE FORTALEZA | Aceito |
| Outros | Oficio1.pdf | 18/01/2018 17:23:49 | MARIA ALBANEIDE FORTALEZA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRATO, 15 de Março de 2018

Assinado por:
Edilma Gomes Rocha Cavalcante
(Coordenador)