

Programa Saúde na Escola: promoção da saúde através das rodas de conversa

School health program: health promotion through conversation wheels.

Programa Salud en la Escuela: promoción de la salud a través de las ruedas de conversación.

Maycom Maia de Mello

FASE

Petrópolis, RJ-Brasil

Lmultipospetro@gmail.com

RESUMO

A inclusão da promoção da saúde na pauta das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) confere ao mesmo um caráter diferenciado em relação a outros dispositivos de intervenção em saúde orientados ao espaço escolar. Neste sentido, substanciar a promoção da saúde implica, antes de tudo, pensar o próprio conceito de saúde. Com base em uma pesquisa-ação desenvolvida em escola municipal vinculada a uma unidade de saúde da família (UBSF) no município de Petrópolis, RJ, o artigo analisa a adoção das rodas de conversa como estratégia para viabilizar ações de promoção da saúde em ambientes escolares. Realizada entre os meses de agosto e novembro de 2015, envolveu a participação de 158 estudantes regularmente matriculados entre o 6º e o 9º anos do ensino fundamental, dos quais 72 do sexo feminino e 86 do sexo masculino. Foram realizados 6 encontros com cada turma e abordados os seguintes temas: bullying, drogas e sexualidade. Os resultados apontam a efetividade das rodas de conversa como instrumento capaz de viabilizar a promoção da saúde nas intervenções do PSE, porém, são problematizadas as limitações intrínsecas à sua execução. Constatou-se que, a despeito da metodologia ou dos instrumentos empregados, a sustentabilidade do programa e de seu paradigma inovador estão intimamente ligados ao fortalecimento das ações interdisciplinares respaldadas por políticas intersetoriais.

Palavras-chave: *programa saúde na escola (pse); promoção da saúde; rodas de conversa.*

ABSTRACT

The inclusion of health promotion in the agenda of the School Health Program (PSE/SHP) gives it a differentiated character in relation to other health intervention devices oriented to the school space. In this sense, to substantiate the promotion of health implies, first of all, to think about the concept of health itself. Based on an action research developed in a municipal school linked to a family health unit (UBSF) in the city of Petrópolis, RJ, the article analyzes the adoption of the talk wheels as a strategy to enable actions to promote health in school settings. Held between August and November 2015, it involved the participation of 158 students regularly enrolled between the 6th and 9th years of elementary education, of which 72 are female and 86 are male. Six meetings were held with each class and addressed the following topics: bullying, drugs and sexuality. The results point to the effectiveness of the wheels of conversation as an instrument capable of promoting health promotion in the interventions of the PSE, however, the intrinsic limitations to its execution are problematized. Despite the methodology or instruments used, it was found that the sustainability of the program and its innovative paradigm are closely linked to the strengthening of interdisciplinary actions backed by intersectorial policies.

Keywords: *school health program (pse/shp); health promotion; conversation wheels.*

RESUMEN

La inclusión de la promoción de la salud en la agenda del Programa de Salud en la Escuela (PSE) le da un carácter diferenciado en relación con otros dispositivos de intervención de salud orientados al espacio escolar. En este sentido, fundamentar la promoción de la salud implica, ante todo, pensar en el concepto de salud en sí. Basado en una investigación de acción desarrollada en una escuela municipal vinculada a una unidad de salud familiar (UBSF) en la ciudad de Petrópolis, RJ, el artículo analiza la adopción de ruedas de conversación como una estrategia para habilitar acciones para promover la salud en entornos escolares. Realizada entre agosto y noviembre de 2015, contó con la participación de 158 estudiantes matriculados regularmente entre los 6º y los 9º años de educación primaria, de los cuales 72 son mujeres y 86 son hombres. Se realizaron seis reuniones con cada clase y trataron los siguientes temas: acoso escolar, drogas y sexualidad. Los resultados apuntan a la efectividad de las ruedas de conversación como un instrumento capaz de promover la promoción de la salud en las intervenciones del PSE, sin embargo, son problematizadas las limitaciones intrínsecas a su ejecución. Se encontró que, a pesar de la metodología o los instrumentos utilizados, la sostenibilidad del programa y su paradigma innovador están estrechamente relacionados con el fortalecimiento de las acciones interdisciplinarias respaldadas por políticas intersectoriales.

Palabras llave: *programa de salud en la escuela (pse); promoción de la salud; ruedas de conversación.*

INTRODUÇÃO

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (OTTAWA, 1986).

Saúde e adoecimento não são objetos que possam ser delimitados ou traduzidos em forma de conceito científico, uma vez que correspondem a experiências singulares e subjetivas não passíveis de significação integral através da palavra (CZERESNIA, 2009).

Por envolver diferentes dimensões e aspectos constitutivos, a saúde vem sendo compreendida à luz de perspectivas variadas, tais como ausência de doenças, circunstância de bem-estar ou, ainda, enquanto um valor social, cada uma delas interferindo nos modos de organização das relações sociais e políticas em torno do binômio saúde-doença (BATISTELLA, 2008). Na síntese proposta por Vianna (2011, p. 82) o processo saúde-doença “[...] representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.”.

Em que pesem as divergências e as variáveis conceituais sobre o tema, o movimento pela Reforma Sanitária brasileira, em consonância à mobilização de diversos países latino-americanos nas décadas de 1970 e 1980 frente à crise dos sistemas públicos de saúde, estabeleceu um novo paradigma sobre a questão, ao ser legalmente reconhecido sob a forma de texto constitucional, em 1988, o conceito ampliado de saúde formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986 (BATISTELLA, 2008). O relatório final enuncia que “[...] saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.” (BRASIL, 1986, p. 04), definição essa que fundamenta, estrutura e organiza o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

O consenso sobre a importância das dimensões econômicas, sociais e políticas que incidem na produção da saúde instaurou a necessidade de reorganização e de reorientação dos objetivos e das práticas dos sistemas de saúde, agora abertos à incorporação de atividades relacionadas à melhoria das condições coletivas de saúde e à superação do modelo pautado exclusivamente em ações curativas e assistencialistas centradas tão somente no indivíduo (BATISTELLA, 2008).

Neste sentido, substancializar o conceito ampliado de saúde implica adotar um modelo de atenção integral que, sem negligenciar a prevenção de doenças e o tratamento e a reabilitação de doentes, valorize também a promoção da saúde. Essa, corresponde a um conjunto de práticas sanitárias interdisciplinares e coordenadas, de operacionalização não restrita ao setor de saúde, que se articula em torno dos condicionantes e dos determinantes sociais, de modo a potencializar a resolução de problemas existentes num determinado território e de capacitar indivíduos e comunidades para

atuarem na melhoria da própria qualidade de vida em direção a um bem-estar global (BUSS, 2010).

Seu planejamento deve levar em conta a concepção integral de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença, e se pautar nos princípios de equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade, a fim de assegurar o acesso universal e justo à saúde, evitando a fragmentação e a desarticulação das ações empreendidas. Deve, também, estimular o envolvimento dos cidadãos no planejamento, na execução e na avaliação de projetos que almejem impactos positivos de médio e de longo prazo na vida das comunidades (DEMARZO, 2011).

Uma vez reconhecida a incapacidade do setor de saúde em consolidar, isoladamente, as disposições gerais da promoção da saúde, aposta-se na intersetorialidade enquanto articulação de saberes e troca de experiências com outros setores governamentais e segmentos sociais de forma a viabilizar a execução de projetos que envolvam demandas compartilhadas, cabendo ao setor de saúde atuar como mediador neste processo (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Por não ser automática, natural ou espontânea, a consolidação da intersetorialidade requer a construção de práticas que, além de transcenderem a justaposição de agendas setoriais distintas e fragmentadas, também promovam a comunicação e o planejamento transversal, estimulando, assim, a participação popular e o controle social sem que isso represente negligenciar a qualidade técnica dos profissionais especializados envolvidos em tais diligências (GARAIAU, 2013).

Logo, pensar a efetiva substancialização da promoção da saúde e a validação de seus resultados implica, necessária e primordialmente, pensar sobre a qual dimensão de saúde a promoção pretendida está referenciada para que sejam mobilizados os recursos mais adequados para concretização de seus objetivos. A reflexão que aqui se pretende parte de experiência concreta realizada em 2015 no município de Petrópolis, RJ, na qual um dos psicólogos da Residência Multiprofissional em Atenção Básica (FASE/FMP) desenvolveu, em parceria com profissionais de uma equipe Saúde da Família (eSF), uma pesquisa-ação em ambiente escolar através da qual pôde ser analisada a efetividade das rodas de conversa como instrumento para viabilizar a promoção da saúde em seu caráter de educação emancipatória destinada à ação transformadora. Para tanto, o Programa Saúde na Escola (PSE) serviu como dispositivo para a inserção do projeto na escola selecionada não apenas por mobilizar recursos favoráveis aos objetivos da promoção da saúde, mas também por positivar a consolidação do programa nas agendas de atividades de atenção primária orientadas ao espaço escolar, valorizando, assim, a aproximação entre setores da saúde e da educação e a intersetorialidade preconizadas pelo SUS.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): DISPOSITIVOS PARA FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA (AB) E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Considerando os expedientes que lhe são peculiares, a Atenção Básica (AB), via preferencial de acesso dos usuários aos serviços de cuidado primário em saúde pública, destaca-se na coordenação de programas que, sem negligenciar ações de prevenção e de assistência, impulsionam ações destinadas à promoção da saúde (BRASIL, 2015a).

Através de um conjunto de iniciativas que compõem a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tais como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde na Escola (PSE), são desenvolvidos projetos de intervenção coletiva e de educação em saúde que investem nos ideais de responsabilização compartilhada do cuidado, interdisciplinaridade e gestão intersetorial do território (BRASIL, 2015a).

É neste cenário que as ações engendradas por entidades da saúde convergem para a institucionalização de parcerias com entidades da educação, em especial a escola, posto que a mesma é espaço privilegiado para pensar a produção social da saúde e seus impactos na qualidade de vida da população, bem como para difundir práticas interdisciplinares associadas ao tema, otimizando, assim, a materialização dos preceitos da promoção da saúde (BRASIL, 2015a).

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial dos Ministérios da Educação e da Saúde instituída em 2007, surge como estratégia vinculada ao fortalecimento das ações do Departamento de Atenção Básica (DAB) com vistas ao enfrentamento de vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes, assegurando a inserção dos mesmos à vida familiar, escolar, sociocultural e econômica (BRASIL, 2015b). Fundamenta-se na perspectiva de integração e articulação permanentes das redes de cuidado — nomeadamente saúde e educação — através de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dentro do território escolar (BRASIL, 2015b). Sua implementação se dá por meio da adesão dos municípios estruturados com a Estratégia Saúde da Família (ESF) conforme as normas atualizadas na Portaria Interministerial nº 1.413/13, cabendo às equipes da Saúde da Família (eSF) a execução do programa nas escolas adstritas ao seu território (BRASIL, 2013).

As atividades programadas no âmbito do PSE devem considerar os diferentes contextos e necessidades dos usuários e dos profissionais que integram a comunidade escolar, contando com a participação ativa dos mesmos na construção de projetos de intervenção em saúde que, progressivamente, podem ser incorporados ao Plano Político Pedagógico (PPP) da escola (BRASIL, 2010).

A coordenação do PSE ocorre através da articulação de Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) hierarquizados em instâncias Federal (GTI-F), Estadual (GTI-E) e Municipal (GTI-M), compostos obrigatoriamente por gestores da Educação e da Saúde nas respectivas esferas de governo e, facultativamente, por representantes de grupos ou entidades que possam contribuir no planejamento, na execução e na gestão do programa a fim de viabilizar sua sustentabilidade (BRASIL, 2011).

Cabe ao GTI-M, dentre outras responsabilidades, definir as escolas que participarão do PSE, gerir integralmente os recursos, avaliar e monitorar as ações planejadas, além de fornecer subsídios para qualificação das atividades pactuadas no Termo de Compromisso municipal (BRASIL, 2011).

Os eixos temáticos que orientam as ações do PSE são organizados em 03 Componentes distintos, a saber: I) Avaliação das condições de saúde; II) Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos; e III) Formação, cabendo ao GTI-F estabelecer, anualmente, as prioridades de atendimento do programa, não obstante às necessidades e contextos de cada município (BRASIL, 2015a).

A implantação e o desenvolvimento do PSE pressupõe a escolha de metodologias que permitam lograr os êxitos esperados no sentido da promoção de saúde e da prevenção de doenças como atitudes desenvolvidas e incorporadas às rotinas de vida desde a tenra infância.

Por conseguinte, é tarefa da equipe de saúde identificar quais metodologias são mais adequadas ao território em que se atua para alcançar esses objetivos. Das alternativas metodológicas para a educação em saúde, as rodas de conversa têm merecido destaque crescente. Derivam dos Círculos de Cultura criados e desenvolvidos pelo educador, pedagogo e filósofo brasileiro Paulo Freire, durante as décadas de 1960 e 1970, quando convidado a engendrar ações destinadas à alfabetização de populações carentes e isoladas em regiões do Brasil e do continente africano. Investidos de valores que fundamentam o ato de educar como prática crítica e libertadora, propícia ao rompimento de silêncios, submissões e subalternidades, os círculos de cultura apostavam numa alfabetização política conscientizadora capaz de aguçar nos participantes, a partir e através do contato com o outro, o reconhecimento de seus limites e de suas potencialidades, individuais ou coletivas, concernentes ao exercício de direitos e de deveres, bem como à intervenção social e política nos ambientes onde viviam (MARINHO, 2014).

Neste sentido, as rodas de conversa se coadunam aos princípios da promoção da saúde e do PSE, uma vez que o caráter interativo que as caracteriza possibilita a criação de espaços de escuta e de diálogo onde os fenômenos sociais que estruturam e atravessam os condicionantes da saúde são postos em discussão, favorecendo, desta forma, a compreensão crítica sobre a realidade da qual o ser humano é agente (HENARES DE MELO *et al.*, 2014). Outrossim, fomentam o protagonismo dos

participantes na articulação e na problematização de temas relacionados aos condicionantes biopsicossociais que afetam a própria qualidade de vida, potencializando reflexões voltadas para a ação transformadora e para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (GOMES DO NASCIMENTO *et al.*, 2009).

Valorizar o protagonismo e a autonomia dos sujeitos no gerenciamento dos condicionantes de saúde não deve, contudo, ser interpretado como prerrogativa para o exercício de práticas e orientações preventivistas centradas na normatização de comportamentos desviantes, uma vez que as mesmas podem remeter à culpabilização do indivíduo, à medicalização da vida social e à isenção do Estado da responsabilidade de combater iniquidades na distribuição dos recursos necessários para o enfrentamento das condições adversas à saúde (CZERESNIA, 2009; ALMEIDA, 1998; BATISTELLA, 2008). Deve-se reconhecer a responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade e considerar o indivíduo em relação aos coletivos em que ele vive, estimulando a participação ativa e deliberativa de todos os envolvidos no processo (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

A democratização da fala proposta nas rodas de conversa objetiva horizontalizar as relações de poder, dissolvendo-se a figura do mestre como único detentor de conhecimento, estimulando os sujeitos a se implicarem dialeticamente, como atores históricos e críticos, no ato de conhecer e transformar a realidade. Destarte, as informações apresentadas em intervenções promovidas pelo setor de saúde, tradicionalmente voltadas para a normatização e prescrição de condutas de cunho biomédico, podem ser contextualizadas à luz do contraditório, ressignificadas por cada sujeito e apropriadas como recurso para construção de conhecimentos necessários ao gerenciamento da própria vida (SAMPAIO *et al.*, 2014).

Tal metodologia foi utilizada em pesquisa-ação realizada em escola do município de Petrópolis, RJ, conforme relato a seguir, cuja análise dos resultados corrobora a relevância das rodas de conversa na instrumentalização do PSE por incorporarem, simultaneamente, ações de promoção e de educação em saúde, de prevenção de doenças, e por fomentarem a intersectorialidade entre órgãos da saúde e da educação.

PSE NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS/RJ: O ESTADO DA ARTE EM 2015

Petrópolis, localizada a aproximadamente 67 km da capital do Rio de Janeiro, integra um dos 16 municípios que compõem a Região Serrana do Estado e possui população estimada de 298 mil habitantes (IBGE, 2015).

A rede de atenção básica à saúde do município conta com 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS) estruturadas com equipes Saúde da Família (eSF), das quais 39 possuem escolas adstritas às

respectivas áreas de cobertura (PETROPOLIS, 2015a). De acordo com dados do Plano Municipal de Educação de Petrópolis/2015 (PETRÓPOLIS, 2015b), há 378 unidades de ensino sob a responsabilidade do município, sendo 203 no segmento Educação Infantil e 175 no segmento Ensino Fundamental, totalizando 34.954 estudantes matriculados na rede.

No que tange especificamente ao PSE, os documentos disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Petrópolis, sobre a implementação e o desenvolvimento do programa no município, são escassos e descontínuos. Entre 2010, ano de criação do Grupo de Trabalho Intersetorial do PSE no município, e o ano de 2013, há registros sobre a pactuação de atividades entre as unidades de saúde e as escolas adstritas, bem como propostas de capacitação de profissionais para abordagem dos temas pertinentes ao programa. No entanto, não foram encontrados registros sobre a execução de tais atividades, sobre a avaliação dos resultados, ou ainda, sobre as estratégias selecionadas para o desenvolvimento das intervenções.

Em 2014 o Ministério da Saúde contratou, através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), 03 enfermeiros para executarem no município ações relacionadas ao PSE num intervalo de 12 meses. O relatório de atividades desenvolvidas pelo grupo, entregue à SMS em 2015, indica que foram mobilizadas 39 equipes Saúde da Família, 21 unidades de Educação Infantil e 39 de Ensino Fundamental, totalizando 13.033 estudantes assistidos. Dos temas pactuados, destacaram-se atividades sugeridas no eixo I do Caderno Gestor do PSE: avaliação antropométrica (20%), saúde bucal (16%), avaliação do estado nutricional e promoção da segurança alimentar (10%), verificação da situação vacinal (05%) e promoção de atividades físicas/higiene corporal (03%).

Com a incorporação dos profissionais da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE/FMP) à rotina de atividades das ESFs selecionadas pelo município, em 2015, a operacionalização dos programas de atenção básica pôde ser otimizada e, dentre eles, o PSE adquiriu maior expressividade em uma das unidades de saúde pactuadas. O livro de registro do PSE da respectiva ESF indica que entre 2010 e 2014 foram realizadas, anualmente, atividades de medição antropométrica e prevenção da saúde bucal nas unidades de ensino adstritas àquele território.

Localizado a menos de 10 km do centro histórico do município, o território em questão possui estrutura rural cujos índices de desenvolvimento econômico, social e humano são, concomitantemente, reflexo e alicerce dos condicionantes que sinalizam o perfil epidemiológico da região: elevados índices de informalidade laboral, de consumo de entorpecentes (álcool, especialmente), de desestruturação familiar (divórcios e negligência no cuidado parental), de violências contra a mulher e de gravidez na adolescência. A análise de tais indicadores não apenas

evidência que a eficácia do planejamento e da execução de intervenções em saúde pública carece de discriminação positiva entre fatores de risco e de vulnerabilidade (BERTOLOZZI *et al.*, 2009) como também salienta a fragilidade das equipes de saúde quando convocadas à mediação de problemas que, tangenciais ao setor saúde, podem representar ameaça à integridade física, moral e psicológica de seus profissionais.

Neste sentido, a despeito das tradicionais atividades focadas na prevenção de riscos e de doenças, delinear intervenções atreladas ao PSE para promoção da saúde no espaço escolar representou uma alternativa de trabalho intersetorial e coletivo que favorece o arranjo de atividades de educação contextualizadas e contínuas nas quais a produção da saúde em seu conceito ampliado e suas ingerências sobre a qualidade de vida são interrogadas, estimulando o público alvo a se apropriar de conhecimentos favoráveis ao autocuidado e a reconhecer que a responsabilidade pela gestão da saúde é, simultaneamente, individual e coletiva, não restrita aos serviços sanitários.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, metodologia concebida para produzir conhecimento sobre a realidade, ou parte dela, de modo a promover ações sociais ou resolução de problemas coletivos, contando com a participação ativa da população alvo no processo de investigação, transferência ou apropriação de conhecimentos. Através da organização de grupos nos quais os participantes são reconhecidos como agentes/sujeitos ativos no processo de pesquisa, almeja-se o debate sobre os processos e os fenômenos sociais que incidem sobre a realidade da qual fazem parte, de modo a se produzir conhecimentos e/ou despertar competências que contribuam para o desenvolvimento de ações transformadoras em resposta aos problemas identificados pelos mesmos (BALDISSERA, 2001).

Para delinear a configuração inicial do projeto de pesquisa foram destacados alguns elementos (THIOLLENT, 1996) que caracterizam a metodologia selecionada. A ação é um deles, aqui identificada na implementação das atividades de promoção da saúde no ambiente escolar através do Programa Saúde na Escola (PSE). O objeto da ação, outro elemento, remete às vulnerabilidades e situações de risco que afetam a qualidade das relações humanas e do desenvolvimento do público alvo. Os objetivos delineados implicam despertar nos participantes o interesse pelo exercício de reflexão crítica acerca dos fenômenos que incidem sobre a produção da saúde e produzir conhecimentos que impulsionem a autonomia e a pró-atividade no cuidado em saúde.

Os instrumentos, adotados como procedimentos metodológicos, foram os exercícios de dinâmicas de grupo e as rodas de conversa. As dinâmicas de grupo na medida em que os grupos se organizam em torno de uma tarefa explícita ou implícita e permitem a criação de vínculos, constituindo-se como um espaço privilegiado de tomada de consciência, de desalienação e também de transformações

(PICHÓN-RIVIÈRE *apud* BORGES *et al.*, 2011). E as rodas de conversa porque esse método tem como finalidade a comunicação através da conversa, estabelecendo uma relação intersubjetiva entre os participantes. Nessas rodas, “[...] as dúvidas são compartilhadas, os sentimentos são expressos, ocorre a troca de informações sobre o cuidado entre eles e a condução de reflexões que podem permitir a identificação, avaliação e mudança de hábitos” (COSTA *et al.*, 2015, p. 34). Ainda, essas rodas possibilitam que os conceitos no contexto da saúde — seja individual ou coletiva — sejam discutidos tendo em vista os vínculos estabelecidos na interação intersubjetiva dos participantes, enfatizando um protagonismo positivo.

Os expedientes constituíram-se como os referenciais teóricos das ciências humanas e biológicas. O campo delimitado para a ação foi o ambiente escolar e os agentes envolvidos foram os profissionais da saúde, da educação, equipe de residentes e corpo discente da escola. Como desdobramento, a partir dos conhecimentos produzidos na primeira etapa do trabalho, os estudantes participantes da pesquisa deveriam desenvolver ação coletiva transformadora no ambiente escolar ou na comunidade.

O planejamento da pesquisa respeitou as seguintes etapas: a) levantamento de dados que envolveu entrevistas com profissionais da ESF, análise de dados epidemiológicos da região, entrevistas com profissionais e com alunos da escola, e observação em campo; b) análise dos dados que envolveu a formulação de hipóteses diagnósticas e a indicação de possibilidades de intervenção (terapêuticas, sociais, educativas, estabelecimento de parcerias com outros setores etc.), considerando as potencialidades e limitações das mesmas em resposta às situações avaliadas; c) formulação do projeto de intervenção a partir da definição dos temas (objetos), dos instrumentos para intervenção, dos expedientes necessários e do tempo de execução; d) pactuação das ações junto ao público alvo; e) execução do projeto; e, f) avaliação do projeto.

As atividades de planejamento do projeto tiveram início em agosto de 2015 e sua execução a partir de setembro, estendendo-se até novembro do mesmo ano. Em consenso com o trio gestor da escola, foi acordado que apenas quatro grupos participariam do projeto piloto, totalizando 158 estudantes distribuídos como expresso na tabela 1.

Tabela 1 — Distribuição da população alvo.

Grupo	Turma(s)	Meninas	Meninos	Total
01	A1/A2	17	31	48
02	B	16	14	30
03	C1/C2	23	26	49
04	D	16	15	31
Total de participantes		72	86	158
Total de estudantes matriculados na escola em 2015				332

Fonte: o autor, 2017.

Foram agendados, por grupo, 06 encontros quinzenais de 50 minutos cada, dispostos em 03 eixos temáticos: *bullying*, drogas e sexualidade. Ainda que divididos em módulos, os encontros foram conduzidos a partir de uma perspectiva sistêmica, não fragmentária, na qual os temas em pauta puderam ser articulados em relação ao desenvolvimento da puberdade/adolescência e aos condicionantes biopsicossociais e ambientais que incidem neste processo.

RESULTADOS

Face à identificação prévia de comportamentos agressivos no ambiente escolar, reportados na etapa de levantamento de dados, o objeto de análise das primeiras rodas de conversa foi a prática de *bullying* e seu caráter especular das relações interpessoais estabelecidas em espaços coletivos. Foram problematizadas questões como: a condescendência do grupo diante de intimidações físicas e morais, as estratégias de acolhimento aos agredidos e aos agressores, o papel de pais e de educadores na mediação de conflitos, o contexto escolar como inibidor ou potencializador de agressões, e a implicação de cada indivíduo na construção de relações harmoniosas capazes de afetar a qualidade da convivência nos espaços por onde transitam.

Os eixos temáticos sobre drogas e sexualidade foram abordados pelo viés da transição do lugar criança-adolescente e das imposições sociais e mercadológicas que incidem no processo de estruturação da identidade neste período. Ponderações acerca da aceitação do grupo, felicidade e realização pessoal, construção de valores éticos e morais, consumo de bens e de serviços, recortes de classe e de gênero, racismo, imagem corporal, escolhas e tomadas de decisão nortearam as conversas.

Em alguns momentos a atitude dos estudantes frente aos temas abordados foi passiva e reservada e as interações adquiriram um aspecto de jogo de perguntas e respostas com reduzido apelo a problematizações, circunstância que corrobora o alerta deixado por Sampaio *et al.* (2014) em estudo análogo: a mera disposição das cadeiras em formato circular não garante a democratização da fala e, mesmo que ela ocorra, por si só não assegura que as conversas serão proferidas ou mediadas em consonância à prática reflexiva necessária ao desenvolvimento do raciocínio crítico e emancipatório.

O caráter não normativo das rodas de conversa também foi posto à prova nas ocasiões em que a transmissão unilateral de informações técnicas sobre doenças e sobre cuidados com o corpo se fez proeminente, ou ainda, nos instantes em que a interceptação de falas estereotipadas dos alunos, carregadas de preconceitos, tornou-se imperativa, revelando o quanto a eficácia da justa interlocução entre conhecimento científico, prescrição de condutas e discernimento pessoal é suscetível à disposição ética dos que atuam como facilitadores das conversas, bem como às crenças e hierarquias de saber-poder incorporadas em cada um dos participantes.

Não obstante tais considerações, a regularidade de relatos e questionamentos envolvendo experiências e rotinas abusivas nos âmbitos familiar, escolar e comunitário, em todos os grupos e faixas etárias, evidenciou que, para além de um possível e justificado receio de exposição ao escárnio coletivo por circunstância de eventuais perguntas embaraçosas, a atitude preliminarmente evasiva dos estudantes assentava-se em inquietações de outra ordem, em um não dito institucionalizado que cingia relações desiguais de poder e de coerção social.

Desta forma, sem embargo das orientações sobre os equipamentos da rede de proteção social e de garantia de direitos do município, as rodas de conversa adquiriram uma dimensão instituinte (CASTORIADIS, 1982) ao promoverem a abertura de canais de comunicação através dos quais os participantes puderam manifestar demandas e necessidades não tipificadas nas tradicionais intervenções em saúde realizadas no ambiente escolar. Mais especificamente, puderam refletir sobre as teias de relações causais que afetavam seus modos de perceber, de pensar e de agir, além de identificarem alguns dos fatores de risco e vulnerabilidades que os compeliavam ao isolamento, à falta de perspectivas de vida, à dificuldade em fazer escolhas e à adoção de comportamentos não ajustados às próprias expectativas de bem-estar.

Em razão de modificações contingenciais no calendário escolar, as entrevistas de avaliação junto aos participantes, alunos e/ou professores, não puderam ser realizadas, inviabilizando o desdobramento preconizado nos projetos de pesquisa-ação que, no caso em tela, envolveria a pactuação de intervenção coletiva no espaço escolar ou na comunidade a ser coordenada pelos próprios alunos com base nas considerações e conhecimentos adquiridos durante e após a implementação das rodas

de conversa.

A não inclusão dos professores no processo de planejamento da pesquisa, fragilidade que carece ser apontada, reverberou diretamente na atitude dos mesmos frente aos encontros realizados: apenas três demonstraram interesse em participar das rodas, dentre os quais apenas uma manifestou suas impressões durante as conversas. Contudo, informalmente durante os intervalos entre as aulas, alguns profissionais desta categoria expressaram angústias e descontentamentos sobre as rotinas de trabalho, descrevendo sentimentos de fragilidade e impotência diante dos problemas vivenciados pelos estudantes em falas que culminavam no jargão de que grande parte do fracasso no desempenho escolar dos alunos se deve à não participação ou total ausência dos pais no processo de educação dos filhos.

O índice geral de assiduidade dos estudantes foi de 82%, número que, por si só, não certifica a eficácia do projeto empreendido, mas sinaliza, em termos quantitativos, as vantagens de se desenvolver atividades de educação em saúde junto ao público infanto-juvenil diretamente no território escolar se comparadas à efetividade de intervenções similares promovidas exclusivamente nas instalações das ESFs.

Quanto aos desdobramentos positivos da iniciativa, vale destacar que: a) as atividades do PSE nas escolas do bairro foram repacturadas para o ano seguinte, desta vez com uma nova turma de residentes; b) foi criado, na ESF local, um grupo para acolhimento de jovens durante o período de férias escolares; e c) uma das agentes comunitárias de saúde que desempenhou ativamente o papel de co-facilitadora das rodas de conversa retomou os estudos ao constatar valorizadas suas potencialidades profissionais durante a pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Preliminar ao anseio de satisfazer demandas contemporâneas que preconizam a renovação dos expedientes e dos fluxos que outorgam funcionalidade ao SUS, o desenvolvimento do projeto aqui considerado se fundamentou na necessidade de assistir o público infanto-juvenil do bairro onde foi realizada a pesquisa em função das vulnerabilidades apontadas na análise do perfil epidemiológico daquele território.

A aposta na legitimidade dos enunciados que compreendem a saúde em sua dimensão ampliada, fruto da articulação de múltiplos fatores, foi condição terminante para que a ação fosse ajuizada pelos princípios da promoção da saúde e que não se caracterizasse pelo tradicional e acentuado cunho preventivista destinado às intervenções no espaço escolar, nas quais o olhar estigmatizado sobre adoecimento, comportamentos desviantes ou fracasso na aprendizagem pode induzir ao

emprego de práticas de normatização de condutas e/ou de afetos, além da medicalização do universo escolar.

O Programa Saúde na Escola foi selecionado para cancelar os propósitos do empreendimento não apenas por constituir uma das iniciativas federais voltadas ao fortalecimento da Atenção Básica como, também, por mobilizar uma vasta gama de recursos favoráveis à substancialização dos objetivos e das estratégias que configuram a promoção da saúde.

Tendo em vista a compreensão de que ser/estar saudável é perspectiva intrinsecamente ligada aos modos de perceber e agir de cada indivíduo, recorrer às rodas de conversa como instrumento para operacionalizar o projeto permitiu que os participantes pudessem pensar a saúde a partir da própria realidade e dos próprios valores, compreendendo-a como um modo de cuidar de si e não como um conjunto de normas estabelecidas pelo setor de saúde frente às quais não há oportunidade para deliberação. Desta forma, fez-se necessário reconhecer que se o ambiente escolar é palco para expressão de diversidades e contradições, não haveria porque abrir espaço para a fala dos sujeitos se o objetivo fosse moralizar o que estava interiorizado.

Tampouco se tratou de romantizar as potencialidades das rodas de conversa como se, por si sós, engendrassem a superação de preconceitos e a criação de ambientes saudáveis, negligenciando-se a materialidade que circunscreve ambientes, relações sociais e processos de adoecimento. A dinâmica falar/escutar/ser escutado representou, em última instância, a oportunidade para os estudantes entrarem em contato com uma modalidade de educação em saúde que aposta na capacidade do indivíduo de pensar a própria história e de desenvolver uma consciência crítica, autônoma e, se possível, emancipada, no intuito de melhor gerenciar escolhas e o autocuidado. Outrossim, permitiu reconhecerem a universalidade de determinados problemas, não entendida como naturalização de abusos e/ou violências, mas como ensejo para construção de soluções coletivas, minimizando-se o risco de retroalimentarem estigmas ou depreciações a respeito das próprias fragilidades ou por não se sentirem capazes de se mobilizarem individualmente.

O teor das falas captadas durante as conversas sinalizou que a tendência à padronização e à prescrição de condutas nas intervenções coletivas promovidas por setores da saúde e da educação talvez esteja atrelada à inabilidade dos respectivos profissionais manejarem demandas que desafiam hierarquias de saber institucionalizadas e que não transitam pela previsibilidade de orientações deterministas, expondo tais profissionais ao desconforto de terem de se questionar quanto à validade do próprio arcabouço técnico-conceitual, quanto ao papel que desempenham na manutenção de rotinas de normatização dos sujeitos e sobre o quanto a não domesticação dos corpos desorganiza aqueles que se colocam à disposição de domesticá-los.

Neste sentido, corroboraram-se os dados da literatura pesquisada que apontam a impossibilidade dos setores da educação e da saúde solucionarem, isoladamente, problemas que extrapolam os muros das respectivas organizações, evidenciando-se a carência de políticas e parcerias intersetoriais assentadas no planejamento interdisciplinar e a necessidade de releitura dos parâmetros de formação acadêmica dos profissionais que desejam atuar na esfera da saúde pública.

A não inclusão dos professores na etapa de planejamento das ações pode ter reforçado o estigma de que o setor saúde se sobrepõe ao setor educação, alienando tais profissionais da oportunidade de terem reconhecidas suas potencialidades como agentes de conhecimento e de promoção da saúde, bem como da oportunidade de questionarem, coletivamente, eventuais incongruências no processo de lida com as fragilidades dos estudantes, em especial no que tange à generalização que atribui o fracasso acadêmico à ausência das famílias no gerenciamento da vida escolar.

A despeito de tais apontamentos, incluir a promoção da saúde na agenda das atividades do PSE foi prerrogativa para valorizar o programa em sua esfera conceitual inovadora e, assim, evitar que o mesmo fosse reduzido a um conjunto de práticas fragmentadas que, sob a égide de uma nova nomenclatura, apenas reforçariam velhos padrões de intervenção desconectados das reais necessidades do público ao qual se destinam.

Por fim, constata-se que a consolidação e a sustentabilidade do programa passa, necessariamente, pela efetiva atuação do GTI-M e pela a inclusão do PSE na pauta de reuniões de Educação Permanente (EP) do município, não devendo estar submetidas a iniciativas pontuais e exteriores aos órgãos da municipalidade.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece ao trio gestor da escola selecionada, pelo voto de confiança depositado no empreendimento, e à Agente Comunitária de Saúde (ACS) que atuou como co-facilitadora das rodas, pelas valiosas contribuições durante as etapas de planejamento e de execução do projeto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. F. C. **O papel da escola na educação e prevenção em saúde mental**. São Paulo, 1998. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281998000100015. Acesso: 19/01/17.

BALDISSERA, A. **Pesquisa-ação: uma metodologia do conhecer e do agir coletivo**. 2011. Disponível em: <http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rstd/article/viewFile/570/510>. Acesso: 17/01/17.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

- BERTOLOZZI, M. R., *et al.* **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>. Acesso: 20/05/2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. 2010. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/orientacoes_pse.pdf. Acesso: 15/03/17.
- BORGES, V. V.; BATISTA, H. de O.; DALLA VECCHIA, M. Os grupos na produção de conhecimento na psicologia: uma revisão da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n.2, May/Aug. 2011.
- BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 25/03/17.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.413**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html. Acesso: 15/03/17.
- BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Passo a passo PSE**. Traçando caminhos da intersetorialidade. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da educação. **Programa Saúde nas Escolas**. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/pnaes/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas> Acesso: 17/03/17.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília, 2015a.
- BUSS, P.M. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. 2010. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais>. Acesso: 19/01/17
- CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 1982.
- COSTA, R. R. de O.; BOSCO FILHO, J.; MEDEIROS, S. M. de; SILVA, M. B. M. da. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. **Rev. de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, p. 30-6, jan./mar. 2015.
- CZERESNIA, D. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- DEMARZO, M. M. P. **Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde**. 2011. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/1/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf. Acesso: 09/01/17.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 19/03/17.

GARAJAU, N. Reflexões sobre a intersectorialidade como estratégia de gestão social. In: **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**, Belo Horizonte. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2013.

GOMES DO NASCIMENTO, M. A.; MOREIRA DA SILVA, C. N. Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia. In: **10º Encontro Nacional de Prática de Ensino em Geografia**. Porto Alegre, 2009.

HENARES DE MELO, M. C; CARVALHO CRUZ, G. Roda de Conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no Ensino Médio. In: **Imagens da Educação**, 2014.

<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330390&search=rio-de-janeiro|petropolis>. Acesso: 19/01/17.

IBGE. **Cidades@/Petrópolis**. 2015.

MARINHO, A.R.B. **Círculo de Cultura: origem histórica e perspectivas epistemológicas**. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.acervo.paulofreire.org:8080/jspui/handle/7891/3455>. Acesso em: 22/04/17

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946.

PETRÓPOLIS. **Secretaria Municipal de Saúde**. 2015a. Disponível em: <http://www.petropolis.rj.gov.br/ssa/index.php/unidades-de-saude.html>

PETRÓPOLIS. **Texto base do plano municipal de educação de Petrópolis**. 2015b. Disponível em: http://petropolis.rj.gov.br/pmp/phocadownload/destaques/plano_municipal_educacao_petropolis.pdf. Acesso: 19/01/17

SAMPAIO J.; SANTOS G. C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR A. S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601299&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso: 27/04/17.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. **Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/11.pdf>. Acesso: 24/01/17.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

VIANNA, L. A. C. Processo Saúde-Doença. In: UNASUS/UNIFESP. **Especialização em Saúde da Família, módulo Político Gestor**. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf. Acesso em: 27/09/2017.