

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO E
DOUTORADO
LINHA DE PESQUISA EDUCAÇÃO, TRABALHO E EMANCIPAÇÃO**

Andreza Legramanti Gomes

**FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO RIO
PARDO**

Santa Cruz do Sul

2016

Andreza Legramanti Gomes

**FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO RIO
PARDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado - Linha de Pesquisa Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas

Santa Cruz do Sul

2016

G633f

Gomes, Andreza Legramanti

Formação dos trabalhadores de educação e saúde do Programa Saúde na Escola em um município do Vale do Rio Pardo / Andreza Legramanti Gomes. – 2016.

139 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas.

1. Promoção da saúde. 2. Trabalhadores – Educação. 3. Saúde do trabalhador. 4. Educação permanente. I. Viegas, Moacir Fernando. II. Título.

Bibliotecária responsável: Edi Focking - CRB 10/1197

Andreza Legramanti Gomes

**FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO RIO
PARDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado - Linha de Pesquisa Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Dr. Moacir Fernando Viegas
Professor Orientador – UNISC

Dr^a. Cheron Zanini Moretti
Professora Examinadora – UNISC

Dr. Camilo Darsie de Souza
Professora Examinadora – UNISC

Dr^a. Elisabeth de Fátima da Silva Lopes
Professora Examinadora – HCPA

Santa Cruz do Sul

2016

A minha família e as sujeitas desse estudo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	Linha do Tempo das principais ações para a Educação em saúde voltada às escolas no Brasil.....	31
QUADRO 2	Organização do Programa Saúde na Escola no Município.....	34
QUADRO 3	Cronograma de realização das entrevistas.....	76
QUADRO 4	Formação das trabalhadoras entrevistadas.....	97
QUADRO 5	Tempo de formação das trabalhadoras entrevistadas.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFE	Conselho Federal de Educação
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
EMEI	Escola Municipal de Ensino Infantil
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GTI	Grupos de Trabalho Intersetorial
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PASCA	Projeto de Extensão Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SPE	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultural
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

VER-SUS Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

AGRADECIMENTOS

Muitas foram às pessoas com as quais partilhei essa caminhada, mas algumas contribuíram diretamente para a concretização desse trabalho. Nesse momento gostaria de expressar meu profundo agradecimento a essas pessoas.

Aos meus amados pais, Marinês e Nei, meus primeiros orientadores e professores. Pelo constante estímulo para que eu pudesse estudar e por possibilitarem que essa conquista se tornasse viável, por compreenderem minha ausência e ofertarem apoio incondicional e sincero. Vocês são os verdadeiros Mestres da minha vida.

Ao meu Office boy e taxista particular, meu irmão Anderson, não somente pelo apoio moral, mas também pelas inúmeras corridas particulares pós-plantão, pelas retiradas e devoluções de livros, pelas impressões; certamente você tornou essa caminhada menos perigosa e sonolenta.

A minha amada nona Irene, pelo apoio incondicional, por compreender minha ausência e por sempre me incentivar a seguir em frente, rompendo com todas as barreiras e empecilhos, por sempre acreditar que eu chegaria lá e por me impulsionar a sempre ultrapassar esse *lá*.

Ao meu namorado, Leandro, meu design e digitador particular, por me incentivar a iniciar essa caminhada mesmo quando eu acreditava não ser possível, por ter me impedido de sequer pensar em desistir. Seu apoio, companheirismo e paciência foram imprescindíveis, seu silêncio, quase ausente, me forçou a uma introspecção mais profunda.

Ao meu Grande Mestre e Pai por dois anos, Professor Moacir, por aceitar guiar essa caminhada. Jamais poderei agradecer adequadamente pelo comprometimento, pela dedicação oferecida, pelos ensinamentos partilhados, as inúmeras (des)orientações e puxadas de orelha propiciaram um aprendizado imensurável que guiarão minha caminhada pessoal e profissional eternamente. Espero que eu não o tenha decepcionado.

As trabalhadoras da educação e da saúde que fizeram parte desse estudo, sem vocês esse trabalho não teria se concretizado. O meu muito obrigado, pela atenção e adesão, por acreditarem na importância dessa pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul por viabilizar essa pesquisa. Aos professores que partilharam seus conhecimentos e expandiram meus horizontes. A nossa Mãezona Daiane pelo auxílio, paciência e

responsabilidade, muitas vezes antevendo nossas necessidades com carinho e dedicação; bem como a sua aprendiz Mariele, que manteve o espírito de “lar feliz” na nossa querida secretaria.

A todos os colegas e companheiros de caminhada, que compartilharam suas alegrias, tristezas, leituras e mais leituras, debates acalorados, qualificações e agora a defesa. Cada um de vocês contribui de algum modo para que eu concluísse minha caminhada vitoriosa. As *conversas de boteco* para compartilhar experiências serão eternamente lembradas.

As minhas colegas de trabalho, obrigada pelas trocas de plantões que me possibilitaram assistir as aulas e participar de eventos. A minha coordenadora, meu muito obrigado pelas escalas favoráveis para a concretização dessa caminhada.

A todos integrantes da banca de qualificação e agora de defesa, os quais pela admiração foram convidados para participar dessa caminhada. Sua participação no processo de qualificação possibilitou o aprimoramento desse trabalho, e a participação na defesa certamente guiará os passos seguintes.

Enfim, a todas e todos que torceram por mim e escutaram “*eu não posso, tenho que estudar*” ao longo desses dois anos, meu muito obrigado. E saibam que agora sim posso: festejar, beber, comer, sair e até viver!

Meu muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho pretende analisar, compreender e explicar como se dá o processo de formação dos trabalhadores de educação e saúde que atuam nas Unidade Escolares públicas do Programa Saúde na Escola (PSE), em um município de médio porte do Vale do Rio Pardo, RS. Objetiva ainda analisar e compreender como são desenvolvidas as práticas educativas de formação das trabalhadoras atuantes no Programa Saúde na Escola; descrever e analisar a formação acadêmica e continuada das profissionais atuantes no Programa; explicar as estratégias de apoio e qualificação dessas profissionais para o desenvolvimento das atividades, além de compreender as condições de trabalho em que são realizadas as atividades das trabalhadoras e propor alternativas para ampliar a formação das profissionais de modo que possam desempenhar integralmente as atividades propostas. A relevância da realização desse trabalho relaciona-se à escassa implementação e reflexão sobre as práticas educativas voltadas aos profissionais que possibilitem a compreensão e a ampliação do Programa Saúde na Escola. Para tais reflexões, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, envolvendo oito trabalhadoras das áreas de educação e saúde atuantes no Programa. As informações foram obtidas através de entrevistas realizadas nos locais de trabalho das participantes, norteadas por questionários semiestruturados. Os dados foram analisados segundo os pressupostos de Bardin. O estudo revela que as condições de trabalho a que as entrevistadas estão submetidas consistem no principal condicionante das ações realizadas, bem como dos processos de formação de conhecimentos desenvolvidos. As trabalhadoras carecem de formação formal para a realização de suas atividades, e com o intuito de contornar essa realidade, a principal estratégia adotada por essas profissionais é o “aprendizado na prática”.

Palavras-Chave: Educação e Trabalho; Organização do Trabalho; Educação e Saúde, Educação Permanente; Programa Saúde na Escola.

ABSTRACT

This present study intends to analyze, comprehend and explain how the process of development does and formation of health and education professionals that are engaged to public Scholars Units from the Programa Saúde na Escola (PSE) [Health at School Program] happens, in a middle-sized municipal area at Vale do Rio Pardo, RS. This study still aims to analyze and understand how the educational practice of the professional formation in the PSE are developed; to describe and analyze the academic and continued formation of the PSE professionals; to explain the support and qualification strategies of these professionals for the activities development, and to comprehend the work conditions in which the activities are conducted and to propose alternatives to amplify the professional formation in a manner that they are able to fully perform the activities that were proposed. The relevance of this study is related to the lack of implementation and reflection about the educational practices destined to professionals that allow the comprehension and amplification of the PSE. In order to these reflections, it was decided to make a qualitative and quantitative research, involving eight female professionals from the education and health area of the PSE. The data were obtained through interviews applied at the professionals' work place, guided by a semi structured questionnaire. The data were analyzed according to the Bardin's presumptions. The study reveals that the work conditions in which the interviewed professional are submitted consist the main constraint of the done actions, as well as the of the knowledge formation process that were developed. The professionals have lack of formal formation to perform their activities, and with the objective of turning this situation around, the main strategy adopted by the professional is the "learning by doing".

Key-words: Education and Work; Work Organization; Education and Health; Continuing Education; Programa Saúde na Escola [Health at School Program].

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Problema.....	16
1.2	Objetivo Geral.....	16
1.3	Objetivos Específicos.....	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1	Resgate histórico da Educação em Saúde voltada às escolas no Brasil.....	20
2.2	O Programa Saúde na Escola no município.....	31
2.3	Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família e Estratégia Saúde da família.....	34
2.4	Trabalho, educação e saúde no capitalismo.....	41
<i>2.4.1</i>	<i>Processo de trabalho: da punição à emancipação.....</i>	<i>41</i>
<i>2.4.2</i>	<i>Organização e processo de produção de serviços de saúde.....</i>	<i>47</i>
		<i>49</i>
<i>2.4.3</i>	<i>A organização do trabalho em educação e a (des)valorização da docência.....</i>	<i>55</i>
<i>2.4.4</i>	<i>Caráter histórico e ontológico das relações entre trabalho e educação.....</i>	<i>58</i>
2.5	Principais conceitos utilizados para designar a formação dos trabalhadores nos locais de trabalho.....	62
<i>2.5.1</i>	<i>Formação proposta pelo Programa Saúde na Escola.....</i>	<i>66</i>
3	METODOLOGIA.....	69
3.1	Tipo de estudo.....	69
3.2	Local e período do estudo.....	70
3.3	População e amostra.....	71
3.4	Coleta de informações.....	72
3.5	Tratamento e análise das informações.....	74
3.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	75
4	FORMAÇÃO PARA O TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: O APRENDIZADO NA PRÁTICA.....	77
4.1	O gênero como condicionante da atividade das trabalhadoras de educação e saúde.....	78
4.2	A organização e as condições de trabalho no PSE.....	83

4.3	Implementação do PSE: expectativas, dificuldades e limites.....	91
4.3.1	<i>Expectativas iniciais e seus desdobramentos.....</i>	95
4.4	As práticas de formação para o trabalho no Programa Saúde na Escola.....	96
4.4.1	<i>Formação inicial: ponto de partida.....</i>	97
4.4.2	<i>A busca constante de qualificação pessoal e profissional.....</i>	102
4.4.3	<i>Limitações das práticas de formação.....</i>	107
4.4.4	<i>O aprendizado na prática profissional.....</i>	110
4.4.5	<i>Algumas questões pedagógicas: saberes da saúde e da educação.....</i>	112
4.5	Educação Permanente enquanto um repensar da prática das trabalhadoras...	114
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
	REFERÊNCIAS.....	121
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	132
	APÊNDICE B - Visualização dos dados da adesão.....	134
	APÊNDICE C - Roteiro da entrevista com a coordenadora municipal do Programa.....	135
	APÊNDICE D - Roteiro das demais entrevistas.....	137
	APÊNDICE E - Caracterização das entrevistadas.....	138

1 INTRODUÇÃO

Nosso problema de pesquisa surgiu ao longo de uma caminhada que envolveu o período de Graduação e Pós-Graduação – especialização, em que a admiração e o envolvimento pela Saúde Pública despertaram e se consolidaram como flâmula inspiratória.

As inquietações vivenciadas durante o início do processo de Graduação em Enfermagem possibilitaram a participação no Grupo de Estudos e Saúde Coletiva (GETESC), na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e no Conselho Municipal de Saúde. Posteriormente, ampliam meu interesse pela área de Educação em Saúde: a participação no Projeto de Extensão Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (PASCA) destinado a orientações às gestantes, parturientes e crianças internadas na Maternidade e Pediatria de um Hospital; a organização e participação nas Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); os estágios curriculares nas Estratégias Saúde da Família (ESF) e a participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Família. Tais experiências me permitiram perceber a importância da profissional Enfermeira no serviço e no decorrer do processo saúde-doença como um elemento nuclear da equipe de saúde, muitas vezes responsável por processos gestão.

A partir dessas experiências, questionava-me de que forma é desenvolvido o processo de Educação em Saúde e em que medida os indivíduos atendidos compreendem as informações prestadas. Encantava-me ainda o processo de interação com as crianças, sua aceitação em relação às orientações prestadas e sua ampla disposição de adesão em comparação ao público adulto. Durante minhas vivências, pude perceber que quanto mais jovem o indivíduo, maior sua assimilação e adesão aos pressupostos orientados. Assim, acredito que as crianças e adolescentes com acesso à Educação em Saúde possuirão melhor qualidade de vida, menos problemas relacionados à saúde e estenderão esses conhecimentos à comunidade em que estão inseridos.

Mas de que forma ocorre a Educação em Saúde voltada a esse público? Partindo desse questionamento surgiu o anseio em cursar o Mestrado em Educação na UNISC, com o intuito de aprofundar os estudos acerca da Educação e desvendar os enigmas que envolvem a Educação em Saúde voltada ao público infantil e jovem no Programa Saúde na Escola. Surge então novo questionamento: em que medida os profissionais envolvidos no programa estão qualificados para o desenvolvimento de suas práticas?

Ao longo dos últimos anos, foi notória a evolução das Políticas de Saúde no Brasil, compreendidas principalmente pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos

Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). O SUS e os demais Programas surgiram do anseio por um novo paradigma social visando assistência à saúde através da necessidade de implantar uma estrutura básica de saúde no país (KLINGER, 2008).

Neste contexto de reorganização do modelo assistencial de saúde, a Educação em Saúde, mudança de atitude baseada na conscientização da realidade, constitui um dos principais requisitos para o desempenho do papel social que deve permear as atividades dos profissionais de saúde, incluso o Enfermeiro (MELLES & ZAGO, 1999). Tornou-se então imprescindível que esse profissional desenvolvesse o processo de Educação em Saúde, instigando a Promoção da Saúde e a Prevenção de agravos na comunidade, por meio de um processo de capacitação que permita a melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo a maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002).

Assim, a principal meta da Promoção da Saúde é detectar os problemas em idade precoce, de modo que eles possam ser tratados o mais cedo possível. Como os hábitos de saúde são formados precocemente na vida, as crianças também devem ser incentivadas a desenvolver atitudes positivas (SMELTZER, 2011). Tendo em vista a construção de saberes e valores no decorrer da infância, as crianças estão mais abertas para receber, compreender e assimilar práticas saudáveis para a vida, dentre essas, o cuidado com o corpo, o cuidado com o outro, o compartilhar, o alimento, a atividade física e o meio onde vivem (MATTOS, VERONESI, SILVA JUNIOR, 2013). Assim, é importante que os projetos voltados a esse público sejam capazes de dar ênfase a temas selecionados a partir das particularidades do grupo, como treinamento de valores, autoestima, cuidado e higiene corporal, práticas de estilo de vida saudáveis, prevenção de acidentes e doenças, sexualidade, contracepção, tabagismo, uso de álcool e drogas.

Destacamos, dessa forma, o papel que a Educação, enquanto fenômeno social e universal desempenha na promoção da saúde. Para Farah (2003, p. 325), “a educação é um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades”. Considerando esse contexto, o tema que propomos estudar compreende o processo de formação dos trabalhadores de educação e saúde atuantes no Programa Saúde na Escola, engajados no desenvolvimento das atividades cotidianas.

Partindo do processo de organização do trabalho no capitalismo, pretendemos compreender como se dá o processo de formação dos trabalhadores da educação e da saúde engajados no desenvolvimento das atividades cotidianas nas Unidade Escolares, tendo em

vista as mudanças sociais que transformaram o processo de educação - inicialmente voltado exclusivamente às elites - em um processo de massa, acarretando na precarização da formação superior e na elevada carga de trabalho a que esses profissionais estão submetidos.

A relevância da realização desse trabalho relaciona-se à escassa implementação e reflexão sobre práticas educativas voltadas aos profissionais que possibilitem a compreensão e a ampliação do Programa Saúde na Escola. Conforme Martin e Rabelo (2010, p. 30), “apesar de muito se discutir sobre Educação em Serviço, o seu papel na reorganização dos processos assistenciais e no processo de trabalho ainda é pouco impactante, pois na maioria das vezes não considera a realidade da instituição e a experiência do trabalhador”.

1.1 Problema

Como ocorre o processo de formação dos trabalhadores da educação e da saúde que atuam nas Unidade Escolares públicas do Programa Saúde na Escola em um município de médio porte do Vale do Rio Pardo, RS?

1.2 Objetivo Geral

Analisar, compreender e explicar como são desenvolvidas as práticas educativas de formação dos trabalhadores atuantes no Programa Saúde na Escola em um município de médio porte do Vale do Rio Pardo, segundo os sujeitos envolvidos.

1.3 Objetivos específicos

Descrever e analisar a formação acadêmica e continuada dos profissionais atuantes no Programa Saúde na Escola em um município de médio porte do Vale do Rio Pardo;

Explicar as estratégias de apoio e qualificação desses profissionais para o desenvolvimento das atividades do Programa Saúde na Escola;

Compreender as condições de trabalho em que são realizadas as atividades dos trabalhadores no PSE;

Propor alternativas para ampliar a formação dos profissionais de modo que possam desempenhar integralmente as atividades propostas pelo PSE.

Nosso estudo constitui uma pesquisa qualitativa, envolvendo oito profissionais da educação e da saúde de um município de médio porte do Vale do Rio Pardo, RS. Compreende cinco partes principais. A primeira parte é a Introdução, em que temos o objetivo de apresentar o trabalho. A segunda parte é a fundamentação teórica, onde apresentamos, inicialmente, uma breve revisão histórica do processo de constituição e desenvolvimento da Educação em Saúde voltada às escolas brasileiras, desde a primeira incursão obrigatória do processo de Educação em Saúde ocorrido durante a década de 1970, com a Lei nº 5.692, que promulgava as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º Graus, até a implantação do Programa Saúde na Escola. Na sequência, para situar os leitores a respeito do contexto onde será realizado o estudo, apresentamos um breve relato sobre a constituição do Programa Saúde na Escola no município.

Na continuação abordamos o processo de formação do Sistema Único de Saúde, do Programa de Saúde da Família e da Estratégia de Saúde da Família. Ressaltaremos algumas Políticas, Programas e Projetos que possibilitaram esse processo, entre eles: a implantação das primeiras ações de saúde ocorridas no período colonial; a Reforma Oswaldo Cruz, que culminou na Reforma da Vacina; a Conferência de Alma Ata; o Movimento da Reforma Sanitária; a 8ª Conferência Nacional da Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde.

Para a discussão sobre o processo de trabalho nos utilizaremos de autores e teorias trabalhados nas disciplinas do curso de Mestrado e outros selecionados de acordo com a temática estudada e a linha de pesquisa à que esse trabalho está integrado. Entre eles: Suzana Albornoz (1986), que expõe o trabalho por meio de diversas perspectivas, entre as quais, a forma elementar de ação dos homens, a dor, a tortura, a aflição, e a sobrevivência; Mariano Fernández Enguita (1989), para quem o trabalho pode ser compreendido desde a penitência do pecado-original até o resultado da necessidade de comer; Karl Marx (1968, 1979, 2011), que nos apresenta o trabalho como atividade do ser humano condicionada de imaginação e planejamento; Maria Tereza Leopardi (1999), que nos apresenta as especificidades do trabalho no mundo moderno e Gaudêncio Frigotto (2013), que destaca a presença, na atualidade, do desemprego estrutural.

Após, apresentamos um panorama geral sobre o processo de organização do trabalho na área da saúde, com ênfase na Saúde Coletiva e no trabalho em equipe, tendo como ponto norteador que o trabalho em saúde, assim como o trabalho em educação, difere dos processos de trabalho de produção de bens, por gerarem serviços ao invés de produtos. Para elaboração desse tópico nos utilizaremos de autores como Denise Pires de Pires (1999), Gastão Wagner de Sousa Campos (2010), Horácio Faria (2009) e Maria Tereza Leopardi (1999).

No tópico seguinte abordaremos a questão da organização do trabalho docente, também uma atividade de serviços, estabelecendo algumas relações com o trabalho da saúde. Apoiaremos-nos principalmente nas ideias de António Nóvoa, Maurice Tardif e Claude Lessard, para apresentar a docência enquanto uma das profissões mais antigas da história. Discutiremos ainda o lugar da docência e o significado do trabalho dos professores, uma vez que “o ensino é visto como uma ocupação secundária ou periférica em relação ao trabalho material e produtivo” (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 17).

Relacionamos a educação e o trabalho, apresentando inicialmente um breve relato a respeito do que António Nóvoa define como ascensão do trabalho docente em seu livro *Profissão Professor* (1995). Utilizar-nos-emos ainda das ideias de autores como Maurice Tardif e Claude Lessard. Posteriormente, apresentamos um breve resumo sobre a relação trabalho-educação no contexto capitalista, com ênfase nos conceitos dos autores mencionados, agregando as ideias de Acácia Zeneida Kuenzer (1991, 1970), Dermeval Saviani (2007, 2011), João Bernardo (1998), Mariano Fernández Enguita (1989), Mario Alighiero Manacorda (1989) e Newton Ramos de Oliveira (1997).

Para encerrar a parte teórica desse trabalho, com o intuito de discutir a formação dos trabalhadores atuantes no Programa Saúde na Escola, e tendo em vista as inúmeras denominações inerentes a esse processo, discutiremos os conceitos de: Educação Continuada, Educação em Serviço e Educação Permanente, onde, considerando-se a temática envolvida, optamos pela utilização do termo “Educação Permanente”, conforme abordaremos no referido tópico, utilizando-nos principalmente dos escritos de Ricardo Burg Ceccim (2005).

A terceira parte consiste na apresentação dos caminhos metodológicos percorridos durante a realização dessa pesquisa. Abordaremos o tipo de estudo realizado, o local e período desse estudo, a população e a amostra utilizada, o instrumento e os procedimentos de coleta das informações, o tratamento e a análise dos dados obtidos e os aspectos éticos da pesquisa.

A parte vital desse estudo, a quarta parte, consiste na apresentação, análise e discussão das informações coletadas, dividida em seis subitens. Inicialmente, abordaremos as questões de gênero condicionantes da atividade das trabalhadoras da educação e saúde, uma vez que nesse estudo obtivemos exclusividade de entrevistadas desse gênero. Além de um breve histórico da conquista de seus direitos, discutiremos a importância da inserção das mulheres no mercado de trabalho e os conflitos da jornada de trabalho mercantil e não mercantil.

Na sequência, discutiremos a organização do processo de trabalho e as condições de trabalho a que essas profissionais estão submetidas. Apresentaremos o modo de organização do PSE na realidade investigada bem como alguns fatores que influenciam o processo de

trabalho: o elevado número de alunos a serem atendidos e as dificuldades burocráticas, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho, bem como o papel da Universidade nesse contexto.

A análise do processo de implementação do PSE na realidade investigada foi realizada através da exploração das expectativas, carências, dificuldades, limites e frustrações das trabalhadoras entrevistadas, bem como do conhecimento dessas trabalhadoras para poder confrontar a realidade vivenciada à proposição do PSE e a formação e sustentação do vínculo entre as trabalhadoras enquanto fator fundamental para o desenvolvimento das atividades do Programa.

As práticas de formação para o trabalho no Programa Saúde na Escola serão abordadas através da formação das trabalhadoras (Curso Técnico e Graduação) bem como suas especializações (Pós-Graduações em nível de especialização e mestrado). Posteriormente, discutimos a formação complementar realizada no Programa. Deter-nos-emos ainda nas dificuldades apresentadas pelas trabalhadoras e que poderiam (ou não) terem sido sanadas pela formação inicial e/ou pela formação complementar ofertada a partir de sua inserção no PSE. Destacamos a produção de conhecimento no trabalho através do aprendizado na prática.

A Educação Permanente, enquanto um repensar das trabalhadoras será abordada separadamente como norteadora para a análise da formação das profissionais de educação e saúde do Programa Saúde na Escola. Por fim, analisamos as mudanças nas Unidades de Educação e saúde com o PSE para além da diferença observada em relação à percepção e compreensão dos alunos quanto à saúde. Será objetivo nesse momento compreender em que medida o Programa está transformando não somente as Unidades de Educação e saúde, mas também as trabalhadoras, os educandos e a comunidade.

Por fim, na quinta parte dessa pesquisa serão apresentadas as considerações finais. Além das conclusões, comentamos os possíveis caminhos a serem seguidos pela pesquisadora, bem como por outras pesquisas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Resgate histórico da Educação em Saúde voltada às escolas no Brasil

*A escola, sozinha, não levará os alunos a adquirirem saúde.
Pode e deve, entretanto, fornecer elementos que
os capacitem para uma vida saudável.
(BRASIL, s.d., p. 65)*

Na mesma medida em que a Educação incorpora a Saúde, a Saúde também incorpora a Educação, porém, sem isso promover, necessariamente, uma real articulação entre as duas áreas. Para Collares e Moysés (1985), a forma como a Saúde incorpora a Educação pode gerar a “medicalização do fracasso escolar” na medida em que as crianças passam a ser responsabilizadas por problemas de cunho social, especialmente crianças oriundas das classes trabalhadoras, as quais lhes é atribuída deficiência intelectual em virtude de desnutrição, verminose, entre outras condições adversas à saúde; enquanto às crianças oriundas de famílias com recursos suficientes é atribuída à Disfunção Cerebral Mínima¹; apesar desta ser uma visão crítica em relação aos Programas de Saúde, que não nos ateremos em discutir; para as autoras mencionadas, ao incorporar a Saúde, a Educação o fez de duas formas: 1) através dos Serviços de Saúde Escolar criados no país em 1910 e vinculados à pasta da Educação, “assimilando os princípios higienistas da Saúde Pública de então, com os objetivos de promover e vigiar o saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças, criando as condições necessárias para a aprendizagem” (1985, p. 13) e, 2) através da criação dos Programas de Ensino da Saúde, objetos desse trabalho.

Nosso objetivo consiste em analisar as Políticas, os Programas e os Projetos desenvolvidos em âmbito nacional. Entretanto, ressaltamos que inúmeras ações que propiciaram a inserção da Educação em Saúde nas escolas brasileiras foram desenvolvidas desde o início do século XX de forma isolada e/ou regionalizada e/ou optativa. Ao término desse tópico apresentamos um quadro sucinto demonstrando essas ações que culminaram no PSE.

¹ Segundo a Dra. Erika Infante Baz, membro da Sociedade Brasileira de Neurociência, em artigo divulgado no site da Sociedade, “muitas crianças têm problemas de aprendizagem e comportamento devido a um distúrbio de funcionamento cerebral conhecida como DISFUNÇÃO CEREBRAL MÍNIMA (DCM). Estas crianças geralmente parecem normais e algumas se situam na faixa média ou até superior nos testes de inteligência. Estas crianças não conseguem integrar os estímulos sensoriais à nível encefálico como as crianças normais e podem gerar problemas de comportamento, de aprendizado, de linguagem, no brincar, habilidade de entender e relacionar-se com outras pessoas.” Disponível em: <<http://www.sbneurociencia.com.br/erikainfante/artigo3.htm>>.

A primeira incursão obrigatória do processo de Educação em Saúde nas escolas Brasileiras ocorreu durante a década de 1970, com a Lei nº 5.692, que promulgava as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º Graus. Foi a primeira vez que uma Lei destacou e individualizou a Educação em Saúde. Em seu sétimo artigo instituía como “obrigatória a inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º Graus, observado quanto a primeira o disposto no Decreto-Lei nº 369, de 12 de setembro de 1969”. Entretanto, seguindo o especificado em tal decreto, essa abordagem à saúde se dava especialmente na disciplina de educação física, desportiva e recreativa escolar. Assim, sob a responsabilidade, de maneira especial, do professor de educação física. No Ensino Fundamental, sob a forma de abordagens às problemáticas de higiene, desenvolvimento corporal e mental harmônico, melhoria da aptidão física, entre outras que contribuíssem para a formação integral da personalidade. No Ensino Médio, as atividades estavam centradas em aprimorar as potencialidades físicas, morais e psíquicas do indivíduo, a sociabilidade, a conservação da saúde, o fortalecimento da vontade, o estímulo às tendências de liderança e a implantação de hábitos saudáveis. No Ensino Superior dava-se continuidade às atividades de natureza desportiva para manutenção e aprimoramento da aptidão física e à conservação da saúde, incluindo-se ainda a integração do estudante no campus universitário e a consolidação do sentimento comunitário e de nacionalidade.

Paralela à obrigatoriedade da incursão da disciplina nos currículos, no mesmo ano o Decreto nº 69.450, de 1 de novembro de 1971, apresentou uma série de condições que tornava facultativa a participação nessas atividades físicas programadas, as quais não nos ateremos em explicitar, e ressaltou a histórica preponderância da teoria sobre a atividade desportiva ao afirmar que “a realização de qualquer forma de competição desportiva e recreativa não deverá prejudicar as atividades de natureza essencialmente formativa”. Aos alunos do Ensino Primário e médio, a Lei assegurava ainda atendimento médico e odontológico (BRASIL, 1971b).

O principal objetivo inerente à área da Saúde era promover nas crianças e nos jovens o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, por meio de atividades pragmáticas e contínuas com contribuição das diferentes áreas e disciplinas, que não fossem centradas em uma disciplina específica. “É uma atividade pedagógica de todos os momentos, de todas as oportunidades escolares e extraescolares, do aproveitamento do ensino da ocorrência dos fatos, mais do que na apresentação das teorias que os explicitam e das causas que os determinam” (Conselho Federal de Educação, 1974, p. 11). Entretanto, o próprio Decreto-Lei

nº 369 contradizia a Lei nº 5.692 ao centrar a responsabilidade na disciplina de Educação Física.

Em alguns estados a implantação do Programa ocorreu de forma muito superficial, apenas com o intuito de respeitar minimamente a Legislação. Tal afirmação pode ser compreendida ao analisarmos o contexto em que a referida lei foi elaborada. Tendo em vista o significativo avanço industrial vivenciado no país, o insuficiente número de cursos considerados profissionalizantes (Ensino Superior), e o clamor do movimento estudantil por acesso a esses cursos, tal lei consistia em uma jogada política do governo militar para qualificar esses jovens como mão de obra e inseri-los no mercado de trabalho: “A ideia de acabar com os cursos clássico e científico que só preparavam para vestibulares, tornando todo o colégio (o 2º ciclo do antigo 2º Grau) profissionalizante, nasceu da preocupação de conter a procura de vagas nos cursos superiores” (CUNHA e GÓES, 1991, p. 64).

Segundo Cunha, tratava-se da “mais ambiciosa medida de política educacional de toda a história do Brasil” (2000, p. 181), definida por ele como “política de contenção”, que consistia basicamente em conter o acesso ao Ensino Superior. Assim, observa-se que as abordagens direcionadas ao Ensino Médio e Superior consistiam em manter a aptidão física e proporcionar condições psicológicas aos estudantes, duas condições consideradas essenciais a um bom trabalhador. Entretanto, ainda que muitos objetivos não tenham sido atingidos, outros foram alcançados: o ensino de 2º Grau passou a propiciar habilitação profissional, as frustrações do movimento estudantil foram amenizadas e a indústria teve a garantia de mão de obra.

Em 1977, o Parecer CFE nº 2.264/74 ressaltou a importância da Lei nº 5.692 em relação ao Programa de Saúde, em consonância, segundo o mesmo, com as “modernas tendências da educação”. Segundo tal documento, já em 1958 a UNESCO apontava que o primeiro objetivo da educação primária deveria ser o de estimular e guiar o desenvolvimento físico e mental da criança e estabelecer-lhe sólidos hábitos de saúde. (Conselho Federal de Educação, 1974). Assim, estabeleceu que a aprendizagem deveria se processar, prioritariamente, através de ações e não de explicações. Os Programas de Saúde não deveriam ser encarados como uma matéria ou disciplina específica, mas como uma “preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola”, devendo ser trabalhados “por meio de uma correlação dos diversos componentes curriculares, especialmente Ciências, Estudos Sociais e Educação Física” (BRASIL, 1998, p. 258), o que novamente não ocorreu. Nesse período:

O programa de saúde obrigatório, tal como prescreve e conceitua a lei atual não deve necessariamente ser dado em todas as séries do 1º e 2º grau como disciplina, e sim na maioria delas de modo pragmático e contínuo através de atividades. Especialmente, deve ser instituído e reforçado pela contribuição das diferentes áreas e disciplinas. [...] A escola deve possuir seu programa de saúde individualizado, indicando em que área de estudo ou disciplina será desenvolvido (Conselho Federal de Educação, 1974, p. 11).

O Parecer apontava os conteúdos mínimos a serem trabalhados através dos Programas de Saúde e previa que a participação e avaliação das atividades deveriam envolver todo o pessoal da escola (docente, administrativo e auxiliar), bem como órgãos externos, capazes de contribuir para a efetivação do programa (conselhos estaduais de educação, órgãos dos sistemas de ensino, entre outros). Ressaltava ainda a participação dos Serviços de Saúde, da comunidade e de todos os elementos aptos a trazerem contribuições.

Na medida em que a Educação em Saúde deveria ser executada através de ações e não de explanações, muito do que se deseja ensinar aos educandos deve, primeiramente, ser praticado pela escola e professores. Para Collares e Moisés (1985), os Programas de Ensino da Saúde, ao preverem a obrigatoriedade da inserção das questões inerentes à saúde e a participação de todos os professores, não apresentam uma real preocupação com a formação dos professores para a atuação nos programas:

Na ausência de uma formação adequada, esses programas são desenvolvidos, via de regra, com base no “bom senso” dos professores. Um “bom senso” que na realidade é o conjunto de conceitos do senso comum impregnados da ideologia da classe média a respeito das condições de vida e dos conhecimentos dos grupos sociais economicamente inferiores. Os professores responsáveis por tais atividades nunca tiveram a oportunidade de discuti-las de forma sistemática e crítica (COLLARES E MOISÉS, 1985, p. 14).

Os principais objetivos a serem atingidos pelos Programas de Saúde eram: desenvolvimento no aluno de atitudes e competências que promovessem e conservassem a saúde própria, de sua família e da comunidade; propiciar a compreensão de que a saúde é um bem coletivo; estímulo de hábitos saudáveis; estimular o autoconhecimento do funcionamento de seu organismo e favorecer o equilíbrio emocional.

Conforme observado em 1971, e explicitado por Mohr (2002, p. 56), os Programas de Saúde não tiveram o êxito esperado, uma vez que estabeleciam alguns princípios e propunham “formatos curriculares descolados da realidade escolar, sem se preocupar com as condições concretas de implementação de suas determinações ou propostas”. Na sequência, a autora ressalta que “o parecer ignora a formação eminentemente disciplinar dos professores envolvidos no desenvolvimento do currículo escolar”. Tal afirmação é de extrema

importância, uma vez que o programa alvo do nosso estudo também é desenvolvido por professores com formação eminentemente disciplinar.

Em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, introduziu o conceito de Promoção da Saúde e firmou-o como processo de capacitação dos indivíduos para obter maior controle sobre sua saúde e meio ambiente, conduzindo a uma saúde melhor. Segundo o documento produzido durante a referida Conferência, a Promoção da Saúde, até então vislumbrada como responsabilidade exclusiva do setor saúde, amplia-se e, a partir de então, “esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais”.

Para a realização desse trabalho, tendo em vista as leituras realizadas, optamos pela adoção do conceito de Promoção da Saúde expresso na Carta de Ottawa, originária dessa Conferência:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

Na década de 1990, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação LDB nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, preconizando que os currículos tivessem uma base nacional comum. Entretanto, com um espaço para temas diversificados definidos em cada sistema de ensino. A Educação em Saúde foi então incorporada à educação escolar dentro dos temas transversais obrigatórios preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental:

Assim as escolas com suas propostas pedagógicas, estarão contribuindo para um projeto de nação, em que aspectos da Vida Cidadã, expressando as questões relacionadas com a Saúde, a Sexualidade, a Vida Familiar e Social, o Meio Ambiente, o Trabalho, a Ciência e a Tecnologia, a Cultura e as Linguagens, se articulem com os conteúdos mínimos das Áreas de Conhecimento. (BRASIL, 1998, p. 09).

Em 1994, antes da publicação da LDB nº 9.394, um acordo de empréstimo assinado entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial, denominado Aids-I (1994-1998) possibilitou o

início da consolidação do Programa Brasileiro de DST/Aids e o desenvolvimento de diversas ações, permitindo o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento, as redes alternativas assistenciais e o fomento de uma ampla participação da sociedade civil (BRASIL, 1999). Posteriormente, a renovação do acordo em 1998 constituiria o Projeto Aids-II (1998-2002), trazendo como novos desafios “o campo da cooperação, em como integrar e articular as ações e fortalecer institucionalmente os distintos gestores, a fim de dar sustentabilidade ao plano e garantir a continuidade das ações” (RUA & ABRAMOVAY, 2001, p. 47).

Com o intuito de reduzir a incidência e a transmissão do HIV e o uso indevido de drogas, e discutir a saúde reprodutiva, fortalecendo as instituições envolvidas na prevenção e controle das DST/Aids, os Ministérios da Educação e da Saúde instituíram ações conjuntas através de atividades de prevenção realizadas nas escolas. Entre os anos de 1994 a 1999 o “Projeto Escolas” apoiou projetos em 16 Unidades Federativas de maior importância para epidemia no período. A opção de desenvolvimento de Programas de Prevenção no sistema educacional é muito adequada, uma vez que:

Os estudos nacionais disponíveis mostram o crescimento do uso de drogas lícitas e ilícitas entre a população jovem, independente de sua classe social. Esses estudos apontam ainda para a progressiva antecipação da idade inicial de contato com a droga entre escolares. Concomitantemente, evidencia-se uma tendência de redução da idade de início de vida sexual, refletida em altos índices de gravidez na adolescência (BRASIL, 1999b, p. 24).

Posteriormente, o trabalho passou a ser centrado na formação de professores nos eixos da sexualidade, reprodução, gênero e DST; capacitação dos jovens para atuarem como agentes multiplicadores; utilização dos meios de mídia para estimular a educação e prevenção das DST através do programa “*Salto para o Futuro*”, que atingiu milhares de professores e milhões de alunos por meio do canal TV-Escola. Entretanto, as atividades realizadas pelo projeto davam-se de forma pontual, apenas com o intuito de amenizar a epidemia da Aids, sem um plano de continuidade.

Ainda que nem todas as ações se desenvolvessem de forma integral, alguns resultados podem ser observados na atualidade. Entre eles, a permanência do programa “*Salto para o Futuro*” na grade televisiva já que, de acordo com o site da produção: “o Salto para o Futuro é um programa voltado para a formação continuada de professores da Educação Básica e também para os demais profissionais da educação.”

Posteriormente, no ano de 2003, através de nova parceria entre os Ministérios da Educação e Saúde, com apoio da UNESCO, teve início o Projeto Saúde e Prevenção nas

Escolas. “O Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) representa um marco na integração saúde-educação e privilegia a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, mediante a participação dos sujeitos desse processo” (BRASIL, 2006, p. 05). Através da oportunidade de informar-se e dialogar, o Projeto parte de uma concepção mais abrangente da sexualidade. Diferentemente dos Programas DSTs/Aids centrados nas DSTs e drogas, ele trabalha a saúde de forma integral, através da Prevenção de Doenças e da Promoção da Saúde. Sem um plano de atividades engessado, o SPE valoriza as atividades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva peculiares a cada região.

A implementação do Projeto só se tornou possível em virtude do engajamento dos gestores responsáveis pelas políticas governamentais nas três esferas de Governo (nacional, estadual e municipal) e resultou na consolidação de uma Política de Prevenção e Promoção da Saúde nas Escolas. Foi a primeira iniciativa que efetivamente integrou Unidades Escolares e Unidades de Saúde em todo o território brasileiro, subtraiu a responsabilidade total do setor saúde e alocou a escola como eixo central para a Educação em Saúde dos educandos, pois, segundo a Cartilha que apresenta os resultados sobre saúde e Educação Preventiva no Censo Escolar/2005, “é no espaço escolar que os jovens vivem um intenso processo de socialização e de formação, estabelecendo contato com a diversidade cultural”. Assim, o contexto escolar torna-se momento privilegiado para a troca de informações corretas, pois é nessa fase que os jovens descobrem os afetos, desenvolvem relacionamentos, fazem escolhas e iniciam a vivência da sexualidade. Entretanto, segundo as Diretrizes para Implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (BRASIL, 2006b), a escola somente será capaz de concretizar efetivamente as ações do Projeto se conseguir compartilhar decisões e responsabilidades com as demais instâncias sociais da sociedade.

Os principais elementos inovadores do Projeto foram: a distribuição de preservativos nas escolas, a integração entre escolas e Unidades Básicas de Saúde para trabalhar a Promoção da Saúde de forma contínua e sistemática e, a participação da comunidade no processo de desenvolvimento do Projeto. O SPE considerou o educando o principal beneficiário e protagonista do processo de construção de seu conhecimento e, assim, também detentor de saberes e práticas, e seus conhecimentos devendo ser respeitados (BRASIL, 2006b).

Com o enfoque principal na redução do número de jovens em situação de vulnerabilidade social, no combate às DST/Aids e na prevenção à gravidez não planejada, segundo Brasil (2006b), as finalidades do Projeto apresentadas no impresso “Diretrizes para Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas” eram:

- Incentivar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, com a redução da incidência das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população jovem.
- Ampliar parcerias entre escola, instituições governamentais e instituições não governamentais visando à integração de esforços para a formação integral do educando.
- Fomentar a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores da realidade.
- Apoiar ações de formação continuada para profissionais de educação e saúde para responder às diferentes situações relacionadas à vivência da sexualidade no cotidiano dos adolescentes e jovens escolarizados.
- Contribuir para a redução da incidência de gravidez não planejada na população adolescente e jovem.
- Contribuir para a redução da evasão escolar relacionada à gravidez na adolescência.
- Ampliar os recursos da escola para que desempenhe seu papel democrático no respeito e convívio com as diferenças.
- Fomentar a inserção das temáticas relacionadas à educação no campo da sexualidade ao cotidiano da prática pedagógica dos professores.
- Promover a ampliação da capacidade de acolhimento das demandas em saúde da população jovem nas Unidades Básicas de Saúde.
- Constituir uma rede integrada saúde-educação para colaborar na redução dos agravos à saúde da população jovem.
- Promover o diálogo na família, na comunidade e integrá-las ao Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”.
- Desenvolver ações inclusivas, considerando as pessoas com necessidades educacionais especiais, de modo a favorecer a vivência da sua sexualidade com autonomia e proteção social.
- Promover a elaboração de materiais didático-pedagógicos que possibilitem a acessibilidade de jovens com deficiência auditiva e visual, prevendo a publicação desses materiais em Braille. Além disso, os atendimentos de educação e saúde devem incluir intérpretes.
- Construir redes para a troca de experiências entre participantes do Projeto nos diversos estados e municípios brasileiros.
- Contribuir para a sustentabilidade das ações de promoção do “Saúde e Prevenção nas Escolas”, visando a consolidar políticas públicas de proteção à adolescência e à juventude brasileiras.

Ainda, para a efetiva concretização do Projeto, os profissionais envolvidos (educação e saúde) participaram de formações continuadas, principalmente através da técnica de multiplicadores. Representantes de todos os municípios foram convidados a participar de uma formação continuada e, posteriormente, tornarem-se os responsáveis pelo processo de capacitação em seus municípios. A estratégia de formação continuada pode ser considerada um dos pontos inovadores do Programa, apresentada pelo “Guia para formação de profissionais de saúde e de educação”, elaborado especificamente para formação dos profissionais inseridos no Programa, onde é afirmado que se pretende contribuir para uma aprendizagem compartilhada por trabalhadores das áreas de educação e saúde, bem como de outras instituições públicas e de organizações da sociedade civil com ações voltadas à redução de DSTs/Aids em adolescentes e jovens. Assim, não se tem um processo de formação

continuada engessado, mas uma proposta que pode ser adaptada a cada localidade, respeitando suas especificidades. Não nos aprofundaremos nesse momento em discutir a Educação Continuada. Para a discussão dos processos de educação reservamos um capítulo específico.

No ano de 2005, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas foi reformulado, as escolas participantes passaram a ser monitoradas através de um questionário especial no Censo Escolar. Ampliado, o Projeto passou a integrar alunos a partir das primeiras séries do Ensino Fundamental. Foram constituídos grupos gestores intersetoriais em cada uma das 27 Unidades Federativas, para apoiar estados e municípios, estabeleceu-se apoio a eventos e oficinas macrorregionais e incentivou-se a produção de materiais didáticos.

Posteriormente, no ano de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, através do Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, com o objetivo de integrar a rede de Educação Básica de Ensino e a rede de Atenção Básica de Saúde nos territórios de alocação de Estratégias de Saúde da Família. O Programa tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da Rede de Atenção Básica através da Prevenção, Promoção, e Atenção integral a crianças, adolescente, e jovens, com ações desenvolvidas no espaço escolar e na Unidade de Saúde, integrando equipes de Saúde da Família e Educação Pública. Tem como caráter inovador a articulação permanente entre Educação e Saúde, desde o planejamento à execução e avaliação das atividades desenvolvidas; uma vez que

as diretrizes e 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 que: 1a) trata a saúde e educação integradas como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; 2b) 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 3c) promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (BRASIL, 2007).

O público alvo do Programa também passou por inovação, integrando estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais da educação e saúde, comunidade escolar, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e Rede de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Conforme prevê a LDB nº 9.394/1996, o Programa Saúde na Escola reafirma o previsto no SPE ao considerar que cada lugar tem suas características e sua cultura, portanto, as práticas em Saúde na Escola, para garantir construções compartilhadas de saberes devem estar apoiadas nas histórias individuais e coletivas, bem como considerar os diferentes

contextos em que são realizadas, respeitando o saber popular e o formal, na elaboração de propostas que façam sentido para a comunidade (BRASIL, 2007).

São objetivos do PSE, previstos no Decreto Presidencial nº 6.286:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Por isso, assim como no Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, torna-se imprescindível a participação ativa da comunidade, da escola, dos profissionais envolvidos no Projeto (educação e saúde) e, principalmente, das crianças, adolescentes e jovens em todas as fases do Projeto, visto que as ações desenvolvidas serão progressivamente incorporadas no Plano Político Pedagógico da Escola, conforme a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 que redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

A referida Portaria apresenta as possibilidades de inserção dos municípios no Programa Saúde na Escola, bem como os trâmites administrativos necessários, define ainda as competências inerentes aos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) Federal, Estadual e Municipal. Segundo o Art. 8º Compete ao GTI Municipal do PSE (GTI-M):

- I - apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros;
- II - articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas;
- III - definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o Estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal;
- IV - possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as Equipes das Escolas e as Equipes de Atenção Básica;
- V - subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso de que trata o art. 2º pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde;

- VI - participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução;
- VII - apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE;
- VIII - propor estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal; e
- IX - garantir que os materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas Equipes de Atenção Básica e Equipes das Escolas.

Em documento conjunto dos Ministérios da Educação e Saúde, intitulado “Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais”, a Educação Permanente e a capacitação dos profissionais de educação e saúde e de jovens é apresentada como essencial para o êxito do desenvolvimento do Programa. A participação dos jovens no processo de capacitação é justificada por fortalecer o desenvolvimento do protagonismo estudantil e, através da adesão, promover as mudanças almejadas.

Do mesmo modo que no Programa anterior, Saúde e Prevenção nas Escolas, a técnica utilizada foi a de multiplicadores. Em sequência ao momento da adesão ao Programa por parte do município, dois representantes eram indicados a realizar o curso de 80 horas (incluindo atividades presenciais, não presenciais e via EAD) e tornavam-se então os responsáveis pela continuidade em seus municípios.

Com base nas informações desenvolvidas nesse tópico, apresentamos uma linha do tempo contendo as principais ações para a Educação em Saúde voltadas às escolas brasileiras:

Desenvolvimento da educação em saúde voltada às escolas no Brasil (1910 - 2014)										
1910 Criação dos serviços de saúde escolar	1969 Decreto-Lei nº 369 (a abordagem à saúde se dava especialmente na disciplina de educação física, desportiva e recreativa escolar, assim sendo, sob responsabilidade e, de maneira especial, do professor de educação física)	1971 Decreto nº 69.450 (série de condições que tornava facultativa a participação nessas atividades físicas programadas)	1986 Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (introduziu o conceito de Promoção da Saúde e firmou-a como processo de capacitação dos indivíduos para obter maior controle sobre sua saúde e meio ambiente)	1991 Criação do Programa "Salto para o futuro" (ainda em edição na TV Escola, atingiu milhares de professores e milhões de alunos, voltado para a formação continuada de professores da Educação Básica e também para os demais profissionais da educação)	1994 - 1999 "Projeto Escolas" (apoiou projetos em 16 unidades federativas de maior importância para a epidemia no período)	1998 - 2002 Projeto Aids-II (trazendo novos desafios e garantindo a continuidade das ações)	2005 Censo Escolar Ampliado (questionário para monitoramento escolar)	2008 Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 (estabelece os recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família)	2013 Adesão do município onde realizamos a pesquisa ao Programa Saúde na Escola.	
1958 Conferência geral da UNESCO (apontava que o primeiro objetivo da educação primária deveria ser o de estimular e guiar o desenvolvimento físico e mental da criança e estabelecer-lhe sólidos hábitos de saúde)	1970 Lei nº 5.692 - Promulgava as Diretrizes e Bases para o ensino de 1ª e 2ª graus (instituiu como "obrigatória a inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus)	1977 Parecer CFE nº 2.264/74 (ressaltou a importância da Lei nº 5.692 em relação ao programa de saúde, em consonância, segundo o mesmo, com as "modernas tendências da educação")	1988 CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 - Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.	1994 - 1998 Projeto Aids-I (possibilitou a consolidação do Programa Brasileiro de DST/Aids e o desenvolvimento de diversas ações, permitindo o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento, as redes alternativas assistenciais e a fomentação de uma ampla participação da sociedade civil)	1996 Lei de Diretrizes e Bases da Educação LDB nº 9394/96 (estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional, preconizando que os currículos tivessem uma base nacional comum)	2003 Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (o Projeto parte de uma concepção mais abrangente da sexualidade, diferentemente dos Programas DSTs Aids centrados nas DSTs e drogas, ele trabalha a saúde de forma integral, através da prevenção de doenças e da promoção da saúde)	2007 Programa Saúde na Escola (instituído no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, através do Decreto Residencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, com o objetivo de integrar a rede de Educação Básica de Ensino e a rede de Atenção Básica de Saúde especialmente nos territórios de alocação de Estratégias de Saúde da Família)	2013 Portaria Interministerial nº 1.413 (redefiniu as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola por Estados, Distrito Federal e Municípios)	2014 Início das atividades do Programa Saúde na Escola no município onde realizamos a pesquisa.	

2.2 O Programa Saúde na Escola no município

Para situar o leitor à respeito do contexto onde foi realizado esse estudo, apresentamos um breve relato sobre a constituição do Programa Saúde na Escola no município onde ocorreu a investigação.

No município em questão, a adesão ao Programa foi uma iniciativa da Coordenadora Municipal do mesmo:

Eu fiquei sabendo do Programa num evento que eu fui em Brasília, uma amostra da Saúde e Prevenção na Escola, que é um Programa ligado à coordenação de AIDS. Então, foi uma mostra do SPE e uma mostra do PSE. Lá, me integrando com algumas colegas de quarto, algumas colegas de hotel, eu fiquei sabendo do PSE, que jogava dinheiro nos postos, que tinha algum programa na Bahia que tinha comprado um carro, que tinha feito escovódromos nas escolas, tudo com o tal do dinheiro do PSE. (COORDENADORA MUNICIPAL).

Daí eu vim aqui e comecei a garimpar onde tava esse Programa. E descobri [na época] que, para esse Programa, o município estava habilitado; porque na verdade o PSE tem uma lista de municípios que estão habilitados a se candidatar ao Programa. E eles lançam essa lista baseados nesses pré-requisitos. Então, nós não estávamos nessa lista porque não preenchíamos esses pré-requisitos. Daí [a ideia] adormeceu... (COORDENADORA MUNICIPAL).

Uma vez que a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008, que estabelece os recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, estipulava “que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família” e naquele momento o município contava com aproximadamente 25% de cobertura de ESF; a adesão no município ocorreu somente num segundo momento.

Em 2013, a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho, redefiniu as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por estados, Distrito Federal e municípios, e dispôs sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações, tendo em vista as mudanças realizadas, quando, então, o município aderiu ao Programa; embasado no artigo 2º da referida portaria: “todos os Municípios e o Distrito Federal estão aptos a assinar o Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal do PSE, constante no Anexo”. A portaria trazia ainda informações sobre novas unidades. “Todas as equipes de saúde da Atenção Básica poderão ser vinculadas ao PSE. Parágrafo único. As equipes criadas exclusivamente para o desenvolvimento das ações do PSE também poderão ser vinculadas no momento da adesão ao Programa”.

Lá pelas tantas, não me lembro como, eu acho que numa reunião da comissão estadual do Programa de AIDS, eu fiquei sabendo que o Programa tinha uma nova versão, iria começar uma nova versão em 2013, onde não precisaria daqueles requisitos [para a adesão municipal]. Ai que foi a primeira adesão (COORDENADORA MUNICIPAL).

A escolha da gestão municipal ocorreu não somente pelo comprometimento demonstrado em trazer o Programa para o município, mas também por afinidade:

... porque eu já trabalhava dentro da AIDS o programa SPE. Já fazia esse trabalho com o programa de adolescentes. Na verdade, o SPE hoje é uma fatia do PSE. O Saúde e Prevenção na Escola trabalha sexualidade e uso abusivo de drogas com adolescentes nas escolas. Então, eu já trabalhava com isso. Ai me chamaram pra aderir ao PSE, que estava contemplando também o SPE (COORDENADORA MUNICIPAL).

No momento, o Programa compreende 15 equipes de atenção básica selecionadas (entre estratégias de saúde da família e unidades básicas de saúde)², e 28 Unidades Escolares,

²No item “A constituição do Sistema Único de Saúde, do Programa Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família” apresentaremos a diferença entre estratégia de saúde da família e unidade básica de saúde.

que atendem um total de 8.597 educandos da Educação Infantil ao Ensino Médio, conforme gráfico em anexo (APÊNDICE B). Conforme a mesma entrevistada, *“então, a gente elencou só as escolas que a gente queria abordar. Às vezes, contempladas escolas que pela educação tem um trabalho mais dinâmico, outras vezes, foram contempladas escolas onde pela saúde a gente teria uma entrada melhor”*.

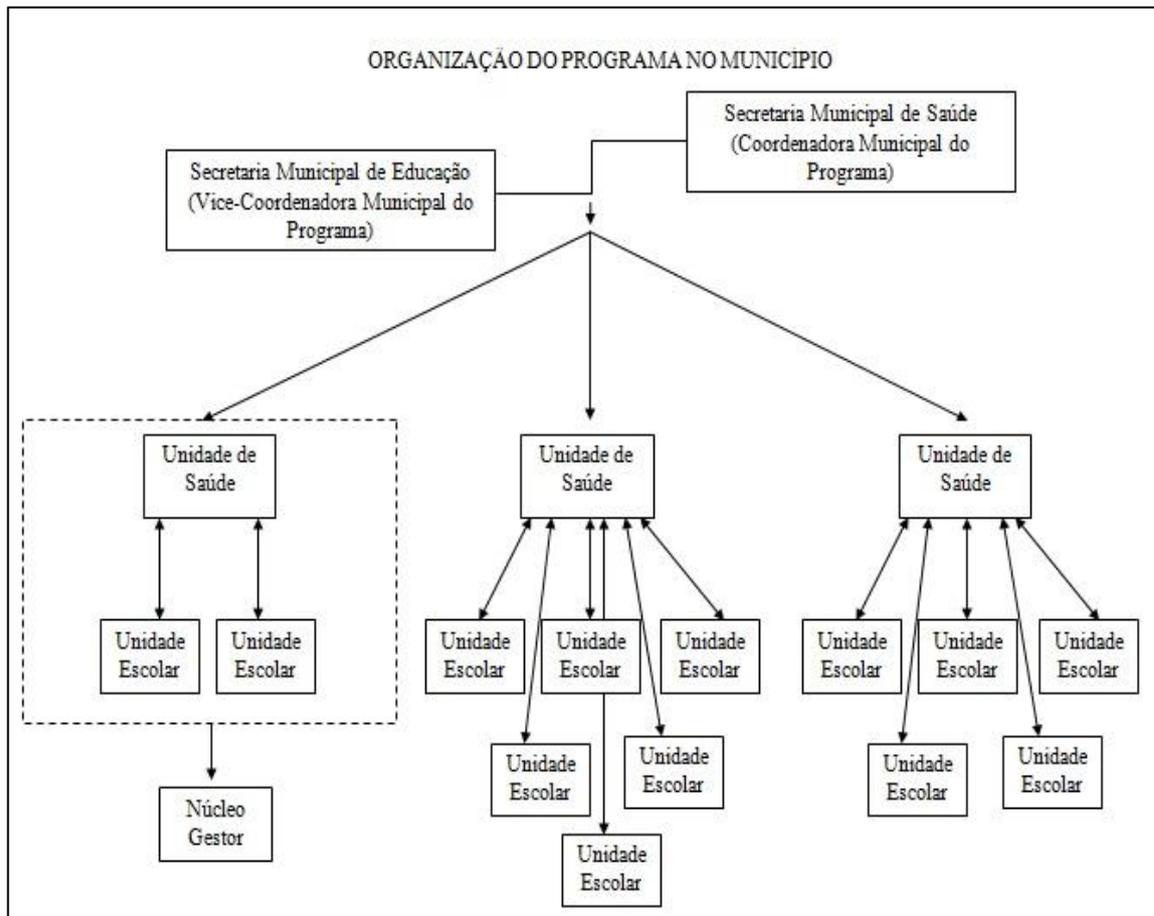
Para adesão ao Programa, é necessário que se tenha uma Unidade de Saúde e uma (ou várias) Unidade Escolar que trabalhe conjuntamente no desenvolvimento das atividades. Não é possível a adesão de uma Unidade Escolar sem o apoio de uma Unidade de Saúde, e vice-versa. Quando se realiza o cadastro da Unidade de Saúde, faz-se conjuntamente o cadastro das Unidades Escolares a ela relacionadas. A inclusão de Unidades Escolares, Unidades de Saúde, ou ainda a transferência, pode ocorrer desde que o (re)cadastro seja efetuado no sistema nacional. Conforme a Coordenadora Municipal, *“a cada adesão que teve, que foram duas até agora - porque a adesão de 2015 foi automática -, continuou [com as] mesmas escolas. A gente escolheu as escolas e os postos de saúde que iriam participar”* (COORDENADORA MUNICIPAL).

Tendo em vista que o momento da adesão era algo muito novo e que não seria possível a adesão de toda a rede de ensino do município, num primeiro momento, a gestão local optou por inserir todas as ESF (algumas optaram por, inicialmente, não atender toda a comunidade escolar do território) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em área de escolas onde, quando da implementação do programa Saúde na Escola, já desenvolvessem atividades do Programa Saúde e Prevenção na Escola, Programa dos Ministérios da Educação e da Saúde.

As atividades a serem realizadas no PSE são alocadas em dois grandes grupos: essenciais e optativas. Num primeiro momento, o município aderiu somente às atividades essenciais, por acreditar que não seria possível a implantação imediata de todas as atividades com a qualidade desejada.

A coordenação do processo de trabalho deve ocorrer em cada micro área (unidade de Saúde mais Unidades Escolares adjacentes) através da implantação de um Núcleo Gestor. Esse Núcleo deve ser composto por representantes da Unidade de Saúde, das Unidades Escolares e da comunidade. São funções desse Núcleo a elaboração e supervisão das atividades realizadas em sua micro área e a determinação sobre os investimentos a serem feitos com os recursos oriundos do programa. *“O GT local, que é formado por educação e saúde [...] tem que fazer o planejamento e, a rigor, teriam que nos mandar o planejamento de como elas [trabalhadoras da educação e da saúde] iriam atingir os componentes do PSE”* (COORDENADORA MUNICIPAL).

A seguir, apresentamos um quadro com a organização do Programa Saúde na Escola no Município:



Quadro 2 - Organização do Programa Saúde na Escola no Município. Quadro elaborado pela pesquisadora a partir de informações obtidas com a coordenadora do Programa Saúde na Escola do município.

2.3 Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família

Com o intuito de situar o leitor, apresentaremos a seguir um breve resumo sobre o processo de formação do Sistema Único de Saúde, do Programa de Saúde da Família, e da Estratégia de Saúde da Família.

Os debates da área da saúde têm permeado o mundo inteiro desde meados do século XIX, com especificidades em cada país. Podemos observar uma gama de modelos e políticas que objetivam atender às necessidades e reivindicações de cada sociedade. Em nível nacional,

as primeiras ações de Saúde Pública³ foram implementadas pelos governantes no período colonial, quando da vinda da família real para o Brasil, em 1808, quando se tornou imprescindível a manutenção da força de trabalho saudável para atender aos objetivos econômicos da realeza, possibilitando o início do processo de institucionalização da saúde e a regulamentação da prática médica de forma profissional no país (BAPTISTA, 2007; COTTA, et al, 2013).

Assim, segundo Baptista (2007), as primeiras ações de Saúde Pública surgidas no mundo e reproduzidas no Brasil objetivavam manter a saúde da cidade com medidas que controlassem a força de trabalho e a produção através da manutenção da saúde do trabalhador. Tais ações mostraram-se pouco resolutivas e estavam pautadas em:

- proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados;
- controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes;
- teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias. (BAPTISTA, 2007, p. 32)

Em 24 de fevereiro de 1891, reproduzindo os modelos teóricos europeus, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil incumbia aos Estados as ações de Educação, Saúde e Saneamento, cabendo à União interferir apenas nos casos de calamidade pública (BRASIL, 1891).

Nesse período, as práticas voltadas à saúde estavam estritamente direcionadas aos “interesses políticos e econômicos do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, não havendo preocupação em organizar o espaço social, tendo como objetivo combater as causas das doenças” (COTTA et al, 2013, p. 89). Ainda em 1889, com a proclamação da república, esse panorama manteve-se análogo; com a economia cafeeira alcançando seu auge, a força de trabalho sadia tornava-se imprescindível. E, com o avanço das epidemias, o crescimento econômico era afetado, o que levou à criação, em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP).

³ Em entrevista ao programa Tarde Nacional realizada no dia 07 de abril de 2015, Maria Fátima de Souza, Diretora da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília (UNB) afirmou que: “Quando estamos falamos de Saúde Pública, a Saúde Pública clássica, estamos falando de um modelo que inicia no início do Século XX, com campanhas, com ações de Saúde Pública dirigidas à proteção do ambiente, da saúde materno-infantil, da saúde dos portos e aeroportos. Quando falamos da Saúde Coletiva, estamos falando da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, ou seja, do processo de adoecimento dos homens, da compreensão dessas doenças ou da sua saúde no contexto da sociedade brasileira.” Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2015/04/saude-coletiva-e-saude-publica-na-radio-nacional/>>

Segundo dados da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), em 1902 o então presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves deu início a uma série de iniciativas que culminaram em mudanças nas Políticas de Saúde Pública. Demonstrando preocupação com a situação da capital do país, conhecida como “Túmulo dos Estrangeiros”, após a epidemia de febre amarela matar mais de quatro mil imigrantes na cidade, estabeleceu como prioridade, para a construção de uma cidade moderna, o saneamento e a reforma urbana da cidade. Para tanto, selecionou para a prefeitura o engenheiro Pereira Passos e, para assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública, o sanitarista Oswaldo Cruz. No ano seguinte, o sanitarista foi nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública (cargo correspondente ao atual Ministro da Saúde) e deflagrou as campanhas nacionais de saneamento.

Na sequência, em 1904, a “Reforma Oswaldo Cruz” propôs um Código Sanitário, criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção (até mesmo domiciliar) e tornou obrigatória, através de decreto presidencial, a vacinação e revacinação contra a varíola, culminando na Revolta da Vacina. Segundo Baptista (2007), o Código Sanitário expressava o maior temor do período. Como o Estado não era responsável pela saúde dos pacientes, os menos favorecidos que necessitavam de ações de tratamento e cura de doenças ficavam a mercê das instituições de caridade, especialmente sustentadas pelas igrejas. Ainda que controversa, as ações desenvolvidas por Oswaldo Cruz possibilitaram o conhecimento e o combate de doenças através do desenvolvimento de pesquisas. Entretanto, cabe ressaltar, ainda que essas políticas fossem destinadas a toda a população, “todo o interior do país esteve à margem dessas ações até 1910” (ESCORES & TEIXEIRA, 2008, s.p).

Em 1923, tendo em vista a relativa escassez de força de trabalho, o Deputado Federal Eloy Chaves propôs e conseguiu aprovação do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro, que estipulava a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país (BRASIL, 1923; COTTA et al, 2013). Sustentadas pelas empresas e seus empregados, “com as Caps, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensões e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado” (BAPTISTA, 2007, p. 36). Nesse momento, a participação do Estado restringia-se à legalização da referida Lei e à intermediação de conflitos.

Nesse contexto, a primeira intervenção significativa do Estado sobre a saúde da população foi consolidada durante a Revolução de 30, devido à pressão por parte de militares e intelectuais que demandavam novos serviços de Saúde Pública. Tal ação ocorreu no governo provisório de Getúlio Vargas, em 1930, com a criação do Ministério da Educação e

Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) (BRASIL, 1930; BAPTISTA, 2007).

No entanto, os primeiros anos do Mesp foram marcados pela inconstância e indefinição de projetos e propostas, enquanto o MTIC reunia proposições claras e bastante específicas de proteção ao trabalhador, inclusive na área da saúde. Desenvolveu-se de um lado um arcabouço jurídico e material de assistência médica individual previdenciária, a ser garantida pelo MTIC, e, de outro, a definição de ações de saúde pública de caráter preventivo atribuídas ao Mesp. (BAPTISTA, 2007, p. 36)

Considerados o marco da medicina previdenciária brasileira, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) traduziram-se no novo modelo de organização previdenciária, em substituição às CAPs. Conhecido como pai dos trabalhadores, Getúlio Vargas deu início a essa política de proteção dos trabalhadores. Organizados por categorias profissionais e não por empresas, como as CAPs, os IAPs eram uma estrutura tripartite que contava, além de empregadores e trabalhadores, com a intervenção direta do Estado na gestão. Entretanto, nesse período, o acesso aos benefícios continuava intrínseco à contribuição do trabalhador. Os profissionais sem vínculo empregatício que possibilitava a contribuição assistencial continuavam sem assistência. Assim, a intervenção do Estado era somente na gestão dos Institutos e, por conseguinte dos recursos, sem participação nas contribuições financeiras (COHN & ELIAS, 1996; FONTINELE & KLINGER, 2008).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, de forma independente da Educação. Em 1966, durante o período militar, observou-se outra mudança no setor previdenciário brasileiro. Todos os IAPs, com exceção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados (IPASE), foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). “Apesar de tantos órgãos criados, o sistema de saúde brasileiro passava por uma crise, devido ser insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz” (SOUZA & BATISTA, 2012, p. 3). Tal fato pode ser constatado quando, após a criação do INPS, o governo liberou crédito a fundo perdido para instituições privadas construírem hospitais, a fim de atender os segurados. Quando o dinheiro da previdência tornou-se insuficiente para cobrir os gastos com assistência médica, essas instituições descredenciaram-se e se tornaram exclusivamente privadas.

A Conferência de Alma Ata⁴, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, reafirmou em sua Declaração a saúde como direito fundamental do homem, sob a responsabilidade dos governos, e propôs o conceito ampliado de saúde, criticou a privatização dos serviços de saúde, ressaltou a relevância da atenção primária em saúde bem como a participação da comunidade. Em nível nacional, a insatisfação da população em relação à assistência à saúde, aliada à inadequada gerência dos recursos e a crescente corrupção, levaram a Previdência ao esgotamento (COTTA et al, 2013).

No mesmo contexto de insatisfação, teve início o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) brasileira. Segundo Cotta et al (2013) esse movimento “que deu origem para as propostas de criação do SUS surgiu da sociedade civil organizada e conta com o apoio de professores universitários, intelectuais da área de Saúde Coletiva, profissionais da saúde, entre outros”. E acrescenta que,

para um entendimento do binômio saúde-doença como um processo que sofre influência e é determinado por inúmeros fatores; *ideológica* ao conceber o ideário da reforma sobre os pressupostos da Medicina Preventiva e Social e do conceito ampliado de saúde; e *de reformulação social*, ao inserir as questões relativas à saúde como componentes dos direitos sociais. O MRS foi um movimento exógeno, e não proveniente do interior do Estado. (COTTA et al, 2013, p. 140).

Organizado por pesquisadores, estudantes, trabalhadores e membros da sociedade, o movimento da Reforma teve seus princípios lançados durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre os dias 17 e 21 de março de 1986, a qual afirmou que em relação ao direito à saúde, deveriam ser garantidas, pelo Estado, “condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (BRASIL, 1986, p. 04).

O grande marco histórico em todas as Políticas de Saúde do Brasil pode ser considerado o ano de 1988, quando da aprovação da nova Constituição Federal Brasileira (CF/88), por meio da qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então,

⁴ “DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração: I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.” Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

As Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e nº 8.142 de 28 de setembro de 1980, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”, regulamentam o SUS. Ressaltam-se os princípios da universalidade, integridade e equidade. É a primeira ação efetiva na área da saúde que abrange todos os cidadãos dentro do território nacional. Tendo em vista o objetivo desse trabalho, não nos ateremos à explicitação das legislações subsequentes. Ressaltamos sua importância, mas não julgamos pertinente sua discussão nesse momento do trabalho.

O Programa Saúde da Família teve início no Brasil em 1991, quando o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), “com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas” (ROSA & LABATE, 2005, p. 1030).

Na sequência, em 1994, com o crescente intuito de superar o modelo vigente de assistência à saúde no Brasil, propulsor da ineficiência do setor saúde, da insatisfação da população, e das iniquidades existentes, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família. Desse modo, com a incorporação de outros profissionais, os agentes comunitários de saúde não mais trabalhavam de forma isolada. “O Programa significou a adoção de uma postura mais efetiva das Equipes de Saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade se viam submetidos” (MAGALHÃES, 2011, p. 10).

Cabe ressaltar que, nesse momento, o PSF não constituía uma política de substituição ao PACS. Sua implantação estava direcionada a áreas de maior risco social, especialmente às delimitadas pelo Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BRASIL, 2005). Entretanto, conforme esclarece a publicação *Saúde da Família, uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, publicada pelo Ministério da Saúde em 1997, o Programa não se restringia ao atendimento de mulheres e crianças, bem como a uma determinada classe social.

O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. Outro equívoco – que merece negativa – é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia (BRASIL, 2005, p. 08, 09).

Desenhada inicialmente como um Programa, a Saúde da Família evoluiu para uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde do Ministério da Saúde, com o intuito de: 1) reorientar o modelo de atenção à saúde existente, hospitalocêntrico, de alto custo, de caráter curativo, caracterizado pela demanda espontânea e, 2) reorganizar os serviços e ações de saúde; sem, portanto, “instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e corresponsabilidade (sic) com a comunidade” (BRASIL, 2005, p. 17, 18).

Figueiredo (s.d.) ressalta a importância do trabalho em equipe nesse tipo de serviço, ao afirmar que:

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

Segundo a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF), e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), “a estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”. Tais ações deveriam ser organizadas por uma equipe multiprofissional, composta obrigatoriamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), entre outros.

Ainda, segundo a referida portaria, além dos princípios gerais da Atenção Básica, a ESF deveria:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania.

A portaria também aponta a Educação Permanente em Saúde (tema a ser trabalhado em outro tópico desse estudo) como responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

2.4 Trabalho, educação e saúde no capitalismo

Após apresentação da revisão histórica do processo de constituição e desenvolvimento da Educação em Saúde voltada às escolas no Brasil e, particularmente, no município alvo desta dissertação, bem como da análise do processo de constituição do SUS, da ESF e da UBS; vamos nos deter no estudo de questões que consideramos relevantes para analisar e compreender como são desenvolvidas as práticas educativas de formação das trabalhadoras atuantes no Programa Saúde na Escola. Consideramos pertinente iniciar essa parte do estudo discutindo *o processo de trabalho* para compreendermos o contexto das atividades relacionadas ao programa e ao processo de educação dessas profissionais. A seguir discorreremos sobre as categorias *trabalho, educação e saúde* e suas inter-relações.

2.4.1 Processo de trabalho: da punição à emancipação

O trabalho é tão antigo quanto o homem. Na tradição judaica, segundo a história bíblica em Gênesis, no início Adão e Eva viviam no Jardim do Éden, tendo à sua disposição tudo de que precisavam. Entretanto, mediante a desobediência do casal ao comer o fruto da árvore proibida, “o Senhor Deus, pois, o lançou fora do jardim do Éden, para lavrar a terra de que fora tomado” (GÊNESIS3:23). Desse modo, como forma de castigo, Adão e Eva estariam condenados a produzirem e tirarem da terra seu próprio sustento. Assim, conforme descreveremos nesse tópico, desde então o trabalho esteve associado à condenação, à dor, e/ou ao castigo.

Segundo Albornoz (1986), nas comunidades isoladas, assim como durante a pré-história, o trabalho estava associado à subsistência através da cultura da colheita, da caça e da pesca, exclusivamente para a sobrevivência. Dessa forma, os excedentes eram descartados,

queimados ou jogados novamente ao rio, não havendo acúmulo de riquezas como nas organizações sociais futuras. Posteriormente, a autora acredita que a primeira forma de agricultura possa ter surgido ao acaso, quando um incêndio destruiu a vegetação de uma floresta, expulsando os animais que ali habitavam e as sementes começaram a crescer entre as cinzas, dando início à cultura agrária baseada na criação de animais e no plantio, superando-se o nomadismo. Acredita ainda que tenham sido as mulheres, grávidas ou com bebês ao colo, que se negaram a partir após a queimada, as responsáveis por esse desenvolvimento inicial da agricultura. Ao ficarem, logo viram desabrochar do solo os brotos oriundos das sementes. Tornou-se, então, hábito a queimada de áreas de terra para plantio.

Acredita-se, igualmente, que foi a partir desse episódio, em determinadas culturas, o início da divisão sexual do trabalho, ficando as mulheres responsáveis pelo plantio e os homens pela caça. Com o desenvolvimento da agricultura emergiram as noções de propriedade, posse e produto excedente. Esse, por sua vez, passa a ser produto de troca entre os vizinhos. Entretanto, se o vizinho dominar um território maior, onde produzirá mais excedentes, a troca tornar-se-á desigual, surgindo assim, a noção de desigualdade (ALBORNOZ, 1986).

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muitos significados. Embora pareça compreensível, como uma das formas elementares de ação dos homens, o seu conteúdo oscila. Às vezes, carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. Noutras, mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura. É o homem em ação para sobreviver e realizar-se, criando instrumentos, e com esses todo um novo universo cujas vinculações com a natureza, embora inegáveis, se tornam opacas. (ALBORNOZ, 1986, p.8)

Para Marx, “a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho” (2011, p. 211). Desse modo, independentemente de qual seja a forma de sociedade analisada, o trabalho é um processo que envolve homem e natureza. O homem atua sobre a natureza externa modificando-a, imprimindo forma útil à vida humana, ao mesmo tempo em que modifica sua própria natureza, impulsionando, regulando e controlando-a. Desse modo, ao modificar a natureza externa, o homem modifica sua própria natureza. Para Albornoz (1986), o desenvolvimento da agricultura perturbou o equilíbrio desse processo homem-natureza, na medida em que a selva passou a ser destruída para dar espaço ao plantio.

Entretanto, para Marx, o que torna o trabalho inerente exclusivamente ao ser humano é a capacidade de planejamento. Assim, o que difere a magnitude da construção da melhor colmeia do pior trabalho de um tecelão é a prévia idealização do projeto a ser executado. Em

seu livro *O Capital*, no Capítulo VII, referente ao Processo de Trabalho e Processo de Produção de Mais Valia, sobre o trabalho humano Marx afirma que:

Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho. E isto é tanto mais necessário quanto menos se sintam o trabalhador atraído pelo conteúdo e pelo método de execução de sua tarefa, que lhe oferece por isso menos possibilidade de fruir da aplicação das suas próprias forças físicas e espirituais (1968, p. 149, 150).

Assim, Marx e Engels acreditam que, embora possamos distinguir os animais dos homens por inúmeras condições, é a produção dos meios de vida possibilitada pela organização física que permite essa real distinção. A organização desse processo de produção está diretamente relacionada à “natureza dos próprios meios de vida encontrados” (1994, p. 15) juntamente à capacidade de reproduzir, não podendo ser considerada uma mera reprodução isolada. Desse modo, para os autores, os indivíduos são da forma como exprimem a sua vida, com *o que* produzem e *como* produzem, de acordo com as condições materiais de sua produção.

Albornoz compartilha dos pensamentos de Marx, definindo essa atitude como consciência e intenção, afirmando que “o que distingue o trabalho humano dos outros animais é que neste há consciência e intencionalidade, enquanto os animais trabalham por instinto, programados, sem consciência” (1986, p.12). Entretanto, ela ressalta outras duas características que distinguem o trabalho humano: 1) a utilização de instrumentos na realização do trabalho antes era vista como característica exclusiva do trabalho do homem, mas hoje se entende que outros antropóides utilizavam-se de alguns tipos de materiais para obtenção de alimentos e construção de abrigos. O que ocorre é que “a utilização de instrumento e a divisão social do trabalho chegam no homem a graus de complexidade e sofisticação muito superiores aos encontrados entre outros animais” (ALBORNOZ, 1986, p.12). Embora a primeira motivação possa estar relacionada a sobrevivência, 2) a liberdade existente no trabalho do homem também distingue o trabalho humano do esforço dos animais, portanto:

... posso parar de fazer o que estou fazendo, embora seja um servo, [...] e embora eu venha a sofrer por causa deste meu gesto. Posso também fazer meu trabalho de muitas maneiras diferentes, se a máquina não o programar assim como o instinto faz com os outros animais (ALBORNOZ, 1986, p.12).

Para Bergson, torpor vegetativo, instinto e inteligência são características inerentes às plantas e animais. Para o autor, a fabricação de objetos é comum entre os animais, então, o que distingue o homem é a fabricação de objetos artificiais:

Se pudéssemos nos despir de todo orgulho, se, para definir nossa espécie, nos ativéssemos estritamente ao que a história e a pré-história nos apresentam como a característica constante do homem e da inteligência, talvez não disséssemos *Homo sapiens*, mas *Homo faber*. Em conclusão, a inteligência, encarada no que parece ser o seu empenho original, é a faculdade de fabricar objetos artificiais, sobretudo ferramentas para fazer ferramentas e de diversificar ao infinito a fabricação delas. (BERGSON, 1979, p. 178-179).

Entretanto, o autor ressalta que essa diferenciação também pode ser explicitada pela dualidade instinto *versus* inteligência. Nesse contexto, o instinto é responsável pela chave das operações vitais, que nos conduz ao interior da vida. Para Saviani (2007), no momento em que determinado ser natural (homem) se destacou da natureza, tornou-se necessário produzir para sobreviver, mas se os animais também produzem para sobreviver, o que diferenciara o homem é que este adapta a natureza às suas necessidades, ao passo que o animal se adapta à natureza. Assim, “o ato de agir sobre a natureza transformando-a em função das necessidades humanas é o que conhecemos com o nome de trabalho. Podemos, pois, dizer que a essência do homem é o trabalho” (SAVIANI, 2007, p. 154). Se for o trabalho que define a essência humana, não é possível viver sem trabalhar. Entretanto, como veremos posteriormente, com a divisão da classe trabalhadora em proprietários e não proprietários, tornou-se possível que essa primeira classe não trabalhasse e vivesse do trabalho alheio.

Retornando à origem da palavra trabalho, Albornoz afirma que o termo possui inúmeros significados. Em nossa língua, derivada do latim, comumente é associada à *tripalium*, antigo instrumento utilizado na agricultura para bater o trigo, o milho e o linho; feito de três paus, às vezes com ponteiros de ferro, rasgava e esfiapava os cereais. Entretanto, algumas hipóteses a associam à *trabaculum*. Associado à *tripalium* aparece o verbo *tripaliare*, torturar. Devido a essa ligação, alguns dicionários apresentam o *tripalium* apenas como instrumento de tortura, que substituiria a cruz no mundo cristão. Não se pode precisar em que momento o *tripalium* passou a ser considerado meio de tortura, mas é certo que a aproximação de *tripalium* a trabalho ainda conota sentimentos de padecimento e cativo (ALBORNOZ, 1986; ILLICH, 1976).

Bonzatto (2009, p. 2, 3) acredita que “aí, o trabalho passou a significar submissão de homens a outros homens e passou a não fazer mais sentido para a vida. A esse trabalho, [...]

alguns homens atribuem uma conotação de sofrimento e dele querem separação”. Ao mesmo tempo, “a tradição cultural judaico-cristã sempre apresentou o trabalho, no pior dos casos, como a penitência do pecado-original e, no melhor, como resultado da necessidade [...] tem-se que trabalhar para comer” (ENGUITA, 1989, p.10). Constatação dessa submissão pode ser verificada, historicamente, na situação dos prisioneiros de guerra que, ao serem capturados e forçados a produzir, tinham o excedente de sua produção utilizado para manutenção do aparato militar e sustento do padrão de vida da classe ociosa (ALBORNOZ, 1986).

O trabalho do homem aparece cada vez mais nítido quanto mais claro for a intenção e a direção do seu esforço. Trabalho neste sentido possui o significado ativo de um esforço afirmado e desejado, para a realização de objetivos; onde até mesmo o objetivo realizado, a obra, passa a ser chamado trabalho. Trabalho é o esforço e também o seu resultado: a construção enquanto processo e ação, e o edifício pronto (ALBORNOZ, 1986, p.11-12).

Com o avanço do processo de trabalho na era moderna, o que definirá a expansão do capitalismo e, conseqüentemente, a Revolução Industrial, é a aplicação da ciência ao processo produtivo. Assim, o advento da automação liberta o homem do fardo do trabalho, possibilitando-lhe mais tempo de ociosidade; mas se “o indivíduo moderno encontra dificuldade em dar sentido à sua vida se não for pelo trabalho”, não teremos obviamente uma sociedade plenamente feliz (ALBORNOZ, 1986, p. 24). Portanto, “a própria condição humana estaria assim se transformando pelos processos desencadeados pelo trabalho” (ALBORNOZ, 1986, p. 23).

Atualmente, “concebemos normalmente o trabalho como uma atividade regular e sem interrupções, intensa e carente de satisfações intrínsecas [...] trabalhar o máximo tempo possível para obter o máximo ganho possível [...] somos incapazes de imaginar o trabalho de outra forma” (ENGUITA, 1989, p. 03). Vemos o trabalho como desestimulante e nos esgueiramos dele o quanto podemos, mas nos tornamos impacientes quando um garçom tarda em nos servir ou quando dois funcionários interrompem momentaneamente suas tarefas para conversar, pois acreditamos que uma pessoa deve cumprir sua jornada de trabalho do primeiro ao último minuto. Da mesma forma, estranhemos os profissionais liberais que, semelhante aos antigos artesãos, trabalham apenas meia jornada ou os que descontinuem suas atividades com o intuito de descansar ou se divertir.

Para Leopardi (1999, p. 09-10), que compreende o trabalho e os trabalhadores como mutantes, as questões inerentes ao trabalho no mundo moderno

não podem mais ser pensadas de modo simplificado, no sentido de uma ligação imediata entre o trabalhador e seu objeto, do que resulte uma transformação, desejada e produzida, ou indesejada e inevitável. Houve intensas mudanças no trabalho, a partir de sua complexificação organizacional e tecnológica ao lado das transformações sociais. As instâncias que dão forma ao trabalho, hoje, tais como as instituições sociais, o saber, as leis e os modos operatórios (ou prática), foram se adequando a novas necessidades históricas.

Com o avanço da tecnologia industrial, o crescimento demográfico e a urbanização são efeitos oriundos da esperança na busca por oportunidades de trabalho. A migração do homem do campo para os grandes centros urbanos é pautada na promessa de um serviço menos arriscado e dependente da natureza (ALBORNOZ, 1986). Observamos, então, que a relação homem-natureza apontada por Albornoz e Marx como inerente ao trabalho começa a se fragmentar exponencialmente. A autora ressalta ainda a importância de conquistas na área da saúde para o crescimento notável das cidades, como as “novas conquistas na área da saúde, que trazem o controle de certas epidemias e possibilitam a redução da mortalidade infantil, das gestantes, das mães, etc.” (p. 27). Entretanto, salienta que essa migração para os grandes centros urbanos ocorreu sem que a indústria tivesse garantido lugares de trabalho suficientes. Assim, o trabalho e a sobrevivência são comprometidos com um número excedente de trabalhadores e uma indústria que não consegue acompanhar essa demanda.

Para o sociólogo Wright Mills, segundo ALBORNOZ (1986), tendo em vista a conjectura do processo de trabalho, não possui mais relevância o que fazemos ou como fazemos nosso trabalho. A preocupação e o cuidado em realizar as atividades de trabalho corretamente foram substituídos por renda, status e poder. Igualmente, Anwar Shaikh (2001) descreve o processo de trabalho como um processo social real, permeado, no capitalismo, pelas relações sociais entre mercadorias.

No dicionário do pensamento Marxista, editado por Tom Bottomore, Simon Mohun apresenta o processo de trabalho “uma condição da existência humana, comum a todas as formas de sociedade humana: de um lado o homem com o seu trabalho, o elemento ativo; do outro, o elemento natural, o mundo, inanimado, passivo” (2001, p.299). Entretanto, para os gregos, o artesão ou trabalhador aparece apenas como a causa motriz, capaz de dar forma ao material. A essência de qualquer objeto não é inerente ao processo de fabricação, habilidade do artesão e inovações técnicas; o que importa é apenas a obra acabada adaptada ao uso determinado. Desse modo, à medida que o trabalho do artesão se aliena, esse aparece como trabalho escravo (ALBORNOZ, 1986).

Com o avanço da tecnologia, a possibilidade de produção em série maior do que a procura, Marx e Engels (1994, p. 10) afirmam ter ocorrido a “deterioração da qualidade, pela

adulteração da matéria prima, pela falsificação dos rótulos”. Com a propriedade privada, a separação do trabalho, o capital, a terra, tem-se o advento dos salários, do lucro, do arrendamento, da divisão do trabalho e a divisão da sociedade em duas classes: os possuidores de propriedade e os trabalhadores sem propriedade.

Nessa nova disposição do processo de trabalho, Enguita (1989, p. 07) afirma que a liberdade “não é algo absoluto, mas relativo à realidade que nos rodeia”, estando diretamente relacionada à vontade. O autor cita ainda os pensamentos de Hegel e Marx para explicar a liberdade e a necessidade de trabalho. Para Hegel, não pode haver liberdade sem trabalho e mesmo o pior dos trabalhos é uma forma de liberdade, assim com o processo de transição do trabalho livre para o trabalho alienado, todo trabalho pressupõe alienação devido à materialização prática de qualquer projeto intelectual. Marx, diferentemente, acredita que a alienação está pautada na dissociação do elemento consciente e o elemento puramente físico do trabalho. Conseqüentemente, Marx (1979, p. 89), acredita que “o trabalhador afunda até um nível de mercadoria, e uma mercadoria das mais deploráveis; que a miséria do trabalhador aumenta com o poder e o volume de sua produção; que o resultado forçoso da competição é o acúmulo de capital em poucas mãos, e assim uma restauração do monopólio da forma mais terrível”.

Com o aumento da escala de produção de riquezas, o trabalhador torna-se cada vez mais pobre na medida em que passa a dever na mesma proporção, e se torna também uma mercadoria, semelhante às que produz. Para Enguita (1989, p.08), os trabalhadores pré-industriais possuíam controle absoluto sobre seu processo de trabalho. Nessa fase, “é o homem quem põe os meios a seu serviço, e não o contrário”. Os artesãos e camponeses eram donos de seu tempo, possuíam liberdade de escolha entre o que produzir e como produzi-lo, ao passo que para o autor os trabalhadores de hoje perderam a possibilidade de controle sobre seu processo de trabalho. “Os processos de trabalho são organizados pelos escritórios de método e tempo ou, simplesmente, a critério dos patrões e dos quadros intermediários” (ENGUITA, 1989, p.09).

No final do século XIX, quando Frederick Winslow Taylor percebeu que “se por um lado, a destreza adquirida com o tempo aumentava a sua produtividade, por outro, parte dessa era perdida na troca constante de operações, de ferramentas, nos deslocamentos dentro do processo fabril etc.” (PINTO, 2010, p. 29). Suas intenções estavam voltadas aos interesses dos patrões e empregados. Acreditava que quanto maior fosse a produção, mais altos seriam os lucros empresariais e, conseqüentemente, acarretaria na geração de melhores empregos e renda. Dessa forma, propôs à empresa onde trabalhava uma forma de otimizar tempo de

trabalho dos trabalhadores, através da subdivisão ao extremo de diferentes atividades em tarefas extraordinariamente simples.

Para Enguita (1989, p. 17), “o taylorismo supõe um salto qualitativo na organização do trabalho” na medida em que decompõe o processo de trabalho com o intuito de maximizar os lucros das empresas. Entretanto, o grau de alienação a que os trabalhadores estavam submetidos nesses processos de fabricação estava prestes a piorar com a inserção das linhas de montagem, a total subordinação do operário à máquina e a redução do número de postos de trabalho. No início do século XX, “a novidade produzida por Henry Ford, com a linha de produção em série, foi a colocação do objeto de trabalho num mecanismo automático que percorresse todas as fases produtivas, sucessivamente, desde a primeira transformação da matéria-prima até o estágio final” (PINTO, 2010, p. 42).

A maquinaria estabelece um ritmo mecânico ao qual o trabalhador, como seu apêndice, tem que se subordinar [...]. Apoia-se na divisão manufatureira do trabalho, pois somente a decomposição do processo em tarefas simples permite a substituição do homem pela máquina. Ao encarregar-se de parte das tarefas, simplifica o encargo do trabalhador ou, o que dá no mesmo, desqualifica seu posto de trabalho (ENGUITA, 1989, p. 16, 17).

Para Frigotto, o desemprego estrutural do fim do século passado definiu a ampliação do exército de reserva e acarretou o desemprego devido à sobra de milhões de trabalhadores tornados desnecessários para a produção. A vigência das relações de propriedade privada alargou os índices de miséria, fome e barbárie social. Ainda, “a crise do trabalho assalariado, entendida como o aumento exponencial do desemprego estrutural e precarização do trabalho, constituiu-se num dos problemas políticos e psicossociais mais agudos da história humana” (FRIGOTTO, 2013, p. 14). Assim, a competitividade expande-se de forma alienada, baseada na desigualdade e exclusão inerentes (ou não) ao esforço, competência e escolhas feitas. Dessa forma, cresce o número de desempregados, amplia-se o tempo médio de desemprego e ascende a idade média de ingresso no mercado de trabalho. A classe trabalhadora, que até então lutava pela redução das jornadas de trabalho e pela liberação do tempo livre, passou a lutar desesperadamente para manter-se empregada, sujeitando-se à perda de direitos duramente conquistados anteriormente, criando-se um abismo, para os trabalhadores e suas organizações de classe, com poucas perspectivas dentro da opção societária em curso: “as pessoas se percebem como alegres robôs que não têm efetivo poder de decisão sobre o mundo em que trabalham. [...] Tem-se como utopia, no sentido de impossível, que o trabalho seja

expressão, ou que se possa ter um trabalho criativo e que dê prazer” (ALBORNOZ, 1986, p. 41).

Na recente obra de Barros Filho e Dainezi, *Devaneios sobre a atualidade do Capital*, os autores afirmam que essa alienação inerente ao capital consiste no fato do trabalhador “não poder ter plena consciência de todo o processo produtivo, de tal maneira que fica circunscrito ao segmento da sua atividade, sem conseguir dar conta de tudo o que acontece para transformar o objeto em produto” (2014, p. 31, 32). Para eles, tal fato pode ser exemplificado com o filme *Tempos Modernos*, em que determinado sujeito possui como atividade de trabalho apenas apertar dois parafusos, sem consciência da dimensão do processo como todo. Nos tópicos seguintes abordaremos, entre outros assuntos, a fragmentação do processo de trabalho nas áreas de educação e saúde, alvo desse estudo.

2.4.2 Organização e processo de produção de serviços de saúde

*A assistência de saúde foi desenvolvida, historicamente,
de diversas maneiras,
mas sempre foi considerada uma atividade especial,
realizada por pessoas com dotes e conhecimentos especiais no grupo
(PIRES, 1999, p. 31).*

Nesse tópico, buscamos apresentar, em linhas gerais, a organização e o processo de trabalho na área da saúde, com ênfase à Saúde Coletiva e no trabalho em equipe, tendo como ponto norteador que, embora a organização do processo de trabalho capitalista, a fragmentação acentuada e a alienação mostrem-se presentes, o trabalho em saúde, assim como o trabalho em educação, diferem dos processos de trabalho de produção de bens, no que diz respeito ao resultado final, pois geram serviços ao invés de produtos.

Iniciamos nossos estudos investigando os conceitos de saúde e doença e constatamos que, embora ambos tenham mudado historicamente, de acordo com os estudiosos envolvidos, aliados aos avanços científicos e tecnológicos e aos investimentos na área, o número de estudos e conceitos relacionados à doença excede significativamente os relacionados à saúde. Enquanto profissional de saúde me parece muito mais fácil definir o que é doença do que definir o que é saúde. Igualmente, nos cursos da área da saúde, detemo-nos muito mais tempo no estudo da doença, quase que esquecendo-nos que somos “profissionais da saúde”, como é o caso do Curso de Enfermagem cursado pela discente desse estudo.

Em 1948, na Constituição da Organização Mundial da Saúde, a saúde foi definida como “um completo estado de bem-estar físico mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (p. 57). Embora muitos estudiosos tenham discutido exaustivamente o caráter utópico da definição e afirmado ser impossível atingi-la no que diz respeito ao completo bem-estar e ao fato de não ser um “estado estável”, tal conceito impera mundialmente até os dias modernos: “assumido o conceito da OMS, nenhum ser humano (ou população) será totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo de sua existência, viverá condições de saúde/doença, de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e sua interação com elas” (BRASIL, s.d., p. 66).

Na Constituição Federal de 1988, conforme mencionado anteriormente nesse trabalho, saúde foi definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes da descentralização, do mando único em cada esfera de governo, do atendimento integral e da participação comunitária (MENDES, 1999).

Em sentido amplo, a 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 aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social de produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 04).

Desse modo, é plausível afirmar que o capitalismo influenciou (e influencia) significativamente as mudanças no âmbito da saúde. Dessas mudanças, faz parte o processo de industrialização que acarretou na ampliação da demanda de atendimentos em saúde e, conseqüentemente, na demanda de profissionais nessa área. “Assim como os modelos assistenciais, o trabalho em saúde modifica-se, também, conforme os processos produtivos, e participa das transformações do mundo do trabalho” (REIS, 2007, s.p.). Com o aumento exponencial do número de profissionais e da crescente demanda por atendimentos na área da saúde, o processo de trabalho em saúde passou a ser analisado de forma mais intensa. Apresentaremos a seguir a perspectiva de alguns autores sobre o processo de trabalho na área da saúde abordando a influência do taylorismo na saúde e as características do trabalho em saúde na atualidade.

Conforme mencionado no tópico referente ao processo de trabalho, o “mundo do trabalho” passou por uma série de transformações que tiveram início com a cultura da subsistência e culminou na alienação do sujeito trabalhador. Na área da saúde, essas lutas e

debates entre capital e trabalho também se mostram presentes. Ressaltamos que o trabalho em saúde, assim como uma série de outras atividades, faz parte do chamado setor de serviços, ou setor terciário da economia, um grande grupo diferenciado de atividades que se unificam por não resultarem na produção de bens materiais. Destacado pela expressiva composição de jovens e mulheres, esse grupo é dividido em duas categorias: 1) grupo de mercadorias vendável ao capital ou ao consumidor (alimentos produzidos em restaurantes, entre outros), e 2) grupo em que a produção e o consumo são indissociáveis, ocorrendo de forma simultânea (saúde, educação, entre outros). Ou seja, “o produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade” (PIRES, 1999, p. 29).

O setor de serviços, igualmente aos demais setores do trabalho, sofre influência da acumulação de capital, das inovações tecnológicas e das formas de trabalho utilizadas na indústria, principalmente pela gestão taylorista/fordista, no que diz respeito à fragmentação do processo de trabalho. Assim, a ação dos diversos profissionais da saúde, cada qual com sua especificidade e produto, tem como produto final geral, a assistência à saúde (PIRES, 1999).

Souza et al (2010, p. 454) compartilham da opinião de Pires em relação ao trabalho em saúde, afirmando que “o trabalho nos serviços de saúde é essencial para a vida humana e possui um forte apelo social capaz de aproximar o mundo do trabalho ao da existência, que se completa no ato da sua realização”. As autoras ressaltam ainda que o motivo pelo qual muitas vezes as facetas envolvidas no processo de trabalho em saúde passam despercebidas tem a ver com o fato do produto gerado, a entrega do cuidado, ser consumido no mesmo momento em que é produzido, e conclui afirmando que “a falta de consenso na identificação do ser humano com carência de atenção em saúde, como objeto de trabalho compartilhado pela equipe, dificulta as trocas de saberes e a qualificação da assistência” (SOUZA et AL, 2010, p. 454).

Ao passo que para Campos (2010, p. 2340), o trabalho em saúde é uma *práxis*.

Como em toda *práxis*, é impossível operar-se sem algum grau de saber acumulado, sem teoria, método e técnicas previamente experimentados. Entretanto, caberia ao profissional, à equipe responsável por cada caso clínico ou sanitário, construir um novo modo de agir com base tanto no saber estruturado, quanto também no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura; ou seja, lhe caberia adaptar o saber tecnológico ao contexto singular.

Pois “quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele” (FARIA, 2009, p. 21). Segundo o autor, essas são características presentes nas unidades básicas de saúde, locais que fazem parte do campo desse estudo.

Com base nos escritos de Marx sobre o processo de trabalho, PIRES (1999) afirma ainda que o processo de trabalho em saúde:

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade - a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1999, p. 32).

Leopardi (1999), entretanto, ao estudar o processo de trabalho em saúde, parte dos pressupostos do trabalho marxiano enquanto relação sujeito-objeto, afirmando que a insuficiência de investimentos no campo social assola a dignidade humana e ocasiona o sofrimento. “Da mesma forma, degeneram o próprio trabalho de cura e cuidado, transformando trabalhadores em autômatos, alienados e permanentemente enfermos, impotentes diante das condições de trabalho a que ficam submetidos” (LEOPARDI, 1999, p. 09). Entretanto, ressalta que no mundo moderno as relações de trabalho não podem ser pensadas simplesmente através da relação sujeito-objeto, pois as transformações sociais, aliadas aos processos organizacionais e evoluções tecnológicas transformaram o trabalho de forma significativa.

Para Spiri e Leite (2004), a divisão social do trabalho no século XX acentua a divisão e classificação das práticas sociais a partir de uma ordem econômica.

Vivemos sob a égide da divisão social do trabalho, cuja configuração está de acordo com uma ordem econômica constituída pela exclusão, tanto mais acentuada quanto mais baixo estiverem na escala social. De acordo com este prisma, determinadas atividades são mais valorizadas que outras, dependendo da quantidade e qualidade dos bens produzidos (SPIRI e LEITE, 2004, p. 295).

Nessa classificação a quantidade, a qualidade e a complexidade dos bens produzidos definirão a valorização da atividade trabalhista. As atividades de assistência à saúde não produzem riqueza imediata e exigem investimentos da sociedade. Portanto, sua valorização é inferior (LEOPARDI, 1999).

Para Reis, todo processo de trabalho responde a alguma finalidade (2007). Na área da saúde, a finalidade precisa ser apreendida pelo conjunto de trabalhadores, que pode ser a produção do lucro, se assumir a saúde como um bem de mercado; ou pode ser a defesa da vida e da cidadania, se assumir a saúde como direito (REIS, 2007).

Ao discutir a organização do trabalho, estudiosos da reestruturação destacam a “ruptura com o modelo fragmentado da produção taylorista”. Na saúde, “a organização do trabalho assistencial segue duas lógicas básicas: a do trabalho profissional do tipo artesanal e a do trabalho parcelado na divisão manufaturada do trabalho” (LEOPARDI, 1999, p. 45). A autora ressalta ainda a compartimentalização das ações desenvolvidas, ocasionando na diminuição da interação coletiva, e o poder e o conhecimento como inerente aos profissionais de nível superior que delegarão tarefas específicas aos trabalhadores de nível inferior. Ressalta ainda a ausência de relevância da satisfação e necessidades do que ela define como “clientela”⁵:

Apesar do trabalho assistencial em saúde continuar sendo, prioritariamente, compartimentalizado, sem espaços de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais sobre o paciente, pode-se identificar algumas atividades que quebram com esse modelo tradicional e indicam a possibilidade de um trabalho do tipo cooperativo (LEOPARDI, 1999, p. 46).

Assim como para Souza (2010 p. 454), “o trabalho em saúde deve ser entendido como um trabalho coletivo, que apesar das especificidades de conhecimentos e de práticas profissionais, faz parte de um conjunto que resulta na assistência à saúde de seres humanos”. Portanto, para a autora, a reflexão e compreensão do processo de trabalho tornam-se imprescindíveis para a assistência. “Assistência esta desenvolvida por seres humanos que vêm o produto de seu trabalho valorizado socialmente”. Pires (1999) compartilha da opinião de Souza em relação à coletividade do processo de trabalho em saúde. Entretanto, acredita que com a fragmentação do serviço, o entendimento da totalidade só é possível com a inter-relação entre as diferentes áreas e profissionais. Enquanto a diversidade de profissionais na área da saúde gera especialização, por outro lado, igualmente, como no processo de trabalho industrial, gera fragmentação e alienação; daí a necessidade de coletividade para a sua superação.

⁵ Entre os diversos autores da área da saúde não existe um consenso entre a denominação daqueles que utilizam os serviços de saúde: mais comumente conhecidos como clientes, pacientes e usuários. Nesse trabalho optamos pela utilização das denominações utilizadas pelos autores. Entretanto, para maior esclarecimento: “Usuário, cliente, paciente Cliente é a palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.” (BRASIL, 2008, p. 69-70)

Ainda que a coletividade careça ser fator central no processo de saúde, dentre os inúmeros profissionais dessa área o médico ocupa lugar central e determinante nesse processo e os demais profissionais atuam como coadjuvantes nas práticas auxiliares. Esse modelo de assistência à saúde tradicional, centrado na figura do profissional médico, pode ser explicado pela

inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada; a história da organização das profissões de saúde; o tratamento de quem recebe a assistência de saúde como “paciente” e não como “cliente”; a influência da organização capitalista do trabalho no setor saúde e o modelo hegemônico de produção de conhecimentos em saúde (PIRES, 1999, p. 33).

A autora ressalta ainda que, em estudo realizado nas organizações de saúde, constatou que de fato o trabalho em saúde é compartimentalizado, inexistindo (na grande maioria dos casos) instâncias de planejamento entre todas as áreas envolvidas no processo de cuidado. Assim, quando há algum conflito entre diferentes áreas do conhecimento, prevalece a decisão médica. Esse fato pode ser presenciado no cotidiano de qualquer instituição de saúde, da baixa à alta complexidade, sempre que presencia-se algum tipo de conflito, independentemente de qual seja o outro profissional envolvido e de qual atitude seja melhor para o cliente; prevalece a decisão médica.

Ampliando o horizonte de alienação à que estamos submetidos no processo de trabalho em saúde surgem as especializações. Se já tínhamos inúmeras profissões, agora cada uma dessas profissões passa a ser subdividida de acordo com a especialidade afim. Embora estejamos mais habituados às especializações médicas, os demais profissionais da saúde estão acompanhando esse processo e se especializando.

Se o produto oriundo do processo de trabalho em saúde é fator determinante para diferenciá-lo do processo de trabalho industrial, o conhecimento inerente aos diversos profissionais também possui extrema relevância, visto que não existe uma equipe de técnicos e gerentes responsáveis por determinar qual a tecnologia assistencial a ser utilizada e qual o papel de cada trabalhador, como ocorre nas indústrias. “Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos necessários para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional” (PIRES, 1999, p. 36).

Dentre as transformações que permearam o processo de trabalho no final do século XX, destaca-se a desestruturação do modelo fordista. Na área industrial, essas transformações foram representadas pelas inovações tecnológicas, descentralização da produção e introdução de mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho. No âmbito da saúde, podem ser

classificadas em três grandes grupos: 1) a despeito da intensa utilização da tecnologia, as mudanças no processo de trabalho diferem das do modelo industrial, pois o desemprego não é traço marcante dessa área; 2) a terceirização intensifica-se cada vez mais, e 3) estudiosos da reestruturação produtiva apontam para a ruptura com o modelo de produção taylorista, pois, na saúde, “a organização do trabalho assistencial segue duas lógicas básicas: a do trabalho profissional do tipo artesanal e a do trabalho parcelado da divisão manufatureira do trabalho” (PIRES, 1999, p. 45).

Ressaltamos que, para Leopardi (1999), a qualidade de vida e a organização do processo de trabalho estão diretamente interligadas.

A organização social do trabalho antecede toda a análise sobre a questão da qualidade de vida dos trabalhadores. Principalmente com a emergência do capitalismo e sua característica produtiva, os trabalhadores foram submetidos a pressões físicas e psíquicas, seja pela ação direta das cargas de trabalho, seja pelas condições no ambiente, seja pelos salários insuficientes para manter uma vida digna (LEOPARDI, 1999, p. 49).

Essas dificuldades estruturais aliadas ao fato do produto oriundo do trabalho em saúde ser algo não material, subjetivo, invisível aos olhos de grande parte da sociedade, desmotivam os trabalhadores da área da saúde.

2.4.3 A organização do trabalho em educação e a (des)valorização da docência

Aprendi que trabalhar com a educação é tratar de um dos ofícios mais perenes da formação da espécie humana. Nossas práticas se orientam por saberes e artes aprendidas desde o berço da história cultural e social (Miguel Arroyo, 2000, p. 09).

Neste tópico, abordaremos a organização do trabalho docente como atividade de serviços, estabelecendo algumas relações com o trabalho da saúde. Apoiaremos-nos nas ideias de António Nóvoa, Maurice Tardif e Claude Lessard, para apresentar a docência enquanto uma das profissões mais antigas da história.

Para Tardif e Lessard, “o fato da docência ser um trabalho também tem sido um fenômeno negligenciado, tanto quanto a escola como organização do trabalho” (2013, p. 275). As autoras discutem ainda qual o lugar da docência e qual o significado do trabalho dos professores uma vez que “o ensino é visto como uma ocupação secundária ou periférica em relação ao trabalho material e produtivo” (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 17); bem como o

trabalho em saúde. Desse modo, a docência e os professores ficam subordinados à esfera da produção, pois o tempo de aprender é substituído pela preparação ao trabalho produtivo e “a escolarização é dispendiosa, improdutiva ou, quando muito, reprodutiva” (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 17).

Até 1930, um dos atrativos da profissão docente era a possibilidade de trabalho em “meio período”, permitindo para as mulheres a conciliação com as obrigações do lar. De 1960 a 1970 (especialmente nesse período, pois se sabe que foi um processo gradativo), a significativa diminuição dos salários associada à, cada vez maior, feminização do setor ocasionou a necessidade de se trabalhar mais de um turno e ampliou as lutas por melhores condições de trabalho. Essa diminuição esteve pautada na associação da profissão com um sacerdócio, em que uma “boa professora” deveria estar concentrada na formação dos alunos e não na sua remuneração. Desse modo, os salários despencaram gradualmente ao longo dos anos e a profissão tornou-se cada vez menos valorizada (MATOS & BORELLI, 2013).

A profissão docente também pertence à classe de serviços, não sendo possível mensurar sua “produção”. Assim como ocorre na área da saúde, e em outras ocupações consideradas pelas autoras como “socialmente centrais”, o processo de trabalho é constituído pelas relações entre trabalhadores e pessoas, e incide em “manter, mudar ou melhorar a situação humana das pessoas, inclusive as pessoas elas próprias, como é o caso, por exemplo, nas terapias, na medicina, na educação na readaptação, etc.” (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 20). Desse modo, “o importante aqui é compreender que as pessoas não são um meio ou uma finalidade do trabalho, mas a “matéria-prima” do processo do trabalho interativo e o desafio primeiro das atividades dos trabalhadores” (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 20).

No início do século XVII imperava uma série de exigências para o desenvolvimento da carreira docente, para Tardif e Lessard (2013), a escola moderna também reproduz no plano de sua organização interna inúmeras características extraídas do modelo usineiro e militar do Estado, em que uma ampla massa de indivíduos é tratada de acordo com modelos uniformes por um longo período de tempo para a reprodução de resultados de doutrinação semelhantes. “Ela estabelece um sistema de vigilância, de punições e recompensas que não se limita aos ‘conteúdos da aprendizagem’, mas também a suas formas e modos: atitudes e posturas corporais, modos de exprimir, de sentar-se, etc.” (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 24).

Ainda segundo as autoras, estudos apontam para a evolução do ensino com características pautadas em controles burocráticos de gestão do trabalho docente, que ampliam a burocracia nas tarefas do dia a dia, a atitude prescritiva em relação às tarefas e aos

conteúdos adotada pelos responsáveis escolares, especialmente em países como Canadá, Estados Unidos, Brasil e Grã-Bretanha, e objetiva mensurar a eficiência e controlar o tempo através do que Tardif e Lessard definem como “mensuração das tarefas por minutos”. Desse modo, o currículo é separado em partes que nem sempre se relacionam entre si, engendrando o parcelamento do trabalho e tornando o currículo pesado. “No ensino secundário, os turnos são tantos que os professores dificilmente chegam a conhecer seus próprios alunos. Precisam executar também diversas tarefas que nem sempre têm relação entre si” (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 25).

Na outra face, os governos são pressionados pelo contexto econômico e transformam cada vez mais a educação escolar em um investimento rentável, como tudo no sistema capitalista, objetivando, através de práticas e normas de gestão e de organização do trabalho derivados diretamente do ambiente industrial e administrativo, ampliar a eficiência e a imputabilidade,

pode-se dizer que a escola e o ensino têm sido historicamente inválidos e continuam ainda a sê-lo, por modelos de gestão e de execução do trabalho oriundos diretamente do contexto industrial e de outras organizações econômicas hegemônicas. [...] é praticamente impossível compreender o que os professores realmente fazem sem, ao mesmo tempo, interrogar-se e elucidar os modelos de gestão e de realização de seu trabalho. (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 25, grifo do autor).

As condições de trabalho dos docentes podem ser expressas na constatação de inúmeras variáveis, entre elas os fatores materiais e ambientais, os fatores sociais, os fatores ligados ao “objeto de trabalho”, os fenômenos resultantes da organização do trabalho, as exigências formais ou burocráticas e o modo como os professores lidam com esses fenômenos. Ainda, segundo Arroyo (1999), o ofício de mestre é desqualificado, na medida em que essas dimensões são desconsideradas, bem como na forma como esse ofício é tratado nas políticas, especialmente as voltadas à Educação Básica, pois “Não é ingênuo pensar que as atribuições listadas em cada nova lei, nova política, novo parecer, possam, por um passe de mágica, alterar o histórico do ofício de mestre que os professores repetem?” (ARROYO, 1999, p.151).

2.4.4 Caráter histórico e ontológico das relações entre trabalho e educação

... a educação consome cada vez mais espaço na vida das pessoas em um mundo onde a rapidez das mudanças se conjuga com o fenômeno da globalização, possibilitando aumentar conseqüentemente o nível de participação dos sujeitos nas sociedades modernas. A evolução rápida do mundo exige contínua atualização dos saberes. Desta maneira, a educação age como mola mestra para transformação dos paradigmas dos indivíduos, possibilitando que este compreenda o que ocorre na sociedade, ampliando assim, a visão do mundo no qual está inserido (GUIMARÃES, MARTIN & RABELO, 2010, p. 25).

Nesse tópico discutiremos a organização do processo de trabalho, em geral e no âmbito da saúde e da educação, com apoio nas ideias de autores como Acácia Zeneida Kuenzer, Dermeval Saviani, João Bernardo, Mariano Fernández Enguita, Mario Alighiero Manacorda e Newton Ramos de Oliveira. Consideramos de extrema relevância essa discussão, para possibilitar a compreensão do momento em que a atual conjuntura teve início e, posteriormente, permeará as reflexões sobre como se dá o processo de formação dos trabalhadores alvo desse estudo. Assim, acreditamos que não é possível uma separação entre os dois processos.

Iniciamos nossa discussão pelos escritos de Saviani (2007), através de uma perspectiva histórica e ontológica. Histórica no que diz respeito ao processo de produção desenvolvido pelos próprios homens ao longo do tempo. E ontológica por o produto dessa ação ser o próprio ser dos homens.

Partindo do pressuposto de que ambas as atividades são inerentes apenas ao ser humano, o autor questiona quais são as características intrínsecas a esse ser e o que está inscrito nele que possibilita tais atividades. Para o autor, a característica essencial a partir da qual o homem pode explicar a educação e o trabalho pode ter duas vertentes: 1) os atributos essenciais do homem ou 2) os acidentais. Utilizando-se da definição de homem animal-racional, o atributo essencial do homem torna-se a racionalidade. Utilizando-se dos estudos de Aristóteles, Saviani afirma que: “conseqüentemente, sendo o homem definido pela racionalidade, é esta que assume o caráter de atributo essencial do ser humano. [...] vê-se que, embora trabalhar e educar possam ser reconhecidos como atributos humanos, eles o são em caráter acidental, e não substancial” (SAVIANI, 2007, p. 153). Assim, a essência dos homens não é algo que lhe foi fornecido ou que seja anterior à sua existência; a essência humana é um processo histórico produzido pelo trabalho dos homens.

Se a existência humana não é garantida pela natureza, não é uma dádiva natural, mas tem de ser produzida pelos próprios homens, sendo, pois, um produto do trabalho, isso significa que o homem não nasce homem. Ele forma-se homem. Ele não nasce sabendo produzir-se como homem. Ele necessita aprender a ser homem, precisa aprender a produzir sua própria existência. Portanto, a produção do homem é, ao mesmo tempo, a formação do homem, isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do homem mesmo (SAVIANI, 2007, p. 154).

Para Saviani (2007), a relação entre trabalho e educação é uma relação de identidade, pois os homens aprendem a produzir sua existência no mesmo instante em que a estão produzindo; aprendem a trabalhar no ato de trabalhar; educam-se no momento em que estão educando as novas gerações. Esse processo, nas comunidades primitivas, era denominado modo de produção comunal, ou “comunismo primitivo”, tudo era feito em comum, sem divisão em classes, a educação identificava-se com a vida. Assim, “educação é vida” e não preparação para a vida.

Com o desenvolvimento do processo de trabalho e a divisão dos trabalhadores em classes, proprietários e não proprietários, tem-se o que pode ser definido como modo de produção escravista, os proprietários vivendo do trabalho alheio. Essa divisão em classes repercutirá no processo de educação antes plenamente relacionada ao processo de trabalho, pois a partir do escravismo antigo passamos a ter duas formatações distintas e separadas de educação: 1) a educação dos homens livres, voltada à classe proprietária, centrada na intelectualidade, na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar e 2) a educação dos escravos e serviçais, voltada à classe não proprietária, direcionada ao próprio processo de trabalho (SAVIANI, 2007).

Foi no contexto dessa divisão que surgiu a Escola. Derivada do grego, a palavra “Escola” significa, etimologicamente, o lugar do ócio e do tempo livre. Assim, teve início uma educação diferenciada daquela inerente ao processo produtivo. Para Saviani (2007, p. 155), “pela sua especificidade, essa nova forma de educação passou a ser identificada com a educação propriamente dita, perpetrando-se a separação entre educação e trabalho”. Com a institucionalização da educação, caberia então aos proprietários serem enviados para a Escola com o intuito de aprender, e caberia aos não proprietários continuarem aprendendo durante o processo de trabalho.

Saviani acredita que desde sua origem a Escola foi se depurando, complexificando, alargando-se até tornar-se padrão de referência para aferir todas as demais formas de educação. Nesse processo, a Escola ampliou-se quantitativamente e, principalmente, no desenvolvimento por rupturas mais ou menos profundas. Manacorda relaciona a arte de “falar

bem”, não somente no sentido estético e literário, à “oratória como arte política do comando”. Assim, a política estaria diretamente relacionada àqueles que possuem o dom da palavra. Em trecho citado por Saviani (2007, p. 156), extraído da fonte primária *História da Educação*, Manacorda afirma que:

A separação entre instrução e trabalho, a discriminação entre a instrução para os poucos e o aprendizado do trabalho para os muitos, e a definição da instrução “institucionalizada” como *instituto oratória*, isto é, como formação do governante para a arte da palavra entendida como arte de governar (o “dizer”, ao qual se associa a arte das armas, que é o “fazer” dos dominantes); trata-se, também, da exclusão dessa arte de todo indivíduo das classes dominadas, considerado um “charlatão demagogo”, um *meduti*. A consciência da separação entre as duas formações do homem tem a sua expressão literária nas chamadas “sátiras dos ofícios”. Logo esse processo de inculturação se transforma numa instrução que cada vez mais define o seu lugar como uma “escola”, destinada à transmissão de uma cultura livresca codificada, numa áspera e sádica relação pedagógica (MANACORDA, 1989, p. 356).

Embora muitos estudiosos acreditem que a escola prepara as pessoas para o mercado de trabalho no que diz respeito aos termos cognitivos, às atitudes, condutas e relações sociais, para Enguita (1989, s.p.) a escola assume duas dimensões diferentes: 1) se aceitarmos a organização social do trabalho enquanto algo natural, racional e inevitável, “a socialização para o trabalho na escola poderia ou não ser conveniente, mas teria a aura da necessidade e da funcionalidade”; 2) se aceitarmos a organização atual do trabalho enquanto processo histórico determinado pelo capitalismo industrial e não pelas necessidades e produções, “deve merecer o mesmo juízo que merece a forma histórica do trabalho para cuja aceitação prepara”. Para o autor, se aceitarmos que a Escola tem o dever de socializar os indivíduos para o trabalho, devemos primeiramente compreender o trabalho para, posteriormente, compreender a educação. Assim, afirma que a escola não cumpre com perfeição a função de reprodução das relações sociais do processo de produção capitalista.

Embora a Escola objetive “moldar” as pessoas, como sugere a metáfora da tábula rasa, essas últimas não são simples matéria-prima ou produtos moldáveis. Sendo seres humanos individuais em sua inteligência, vontade, desejos, preferências, experiências etc., a resposta obtida com o processo de escolarização será individual ou no máximo grupal (ENGUITA, 1989).

Para Kuenzer (1991, p. 6), o processo de escolarização pode ser dividido em duas vertentes: a educação diretamente articulada ao processo de trabalho e o sistema de ensino regular marcado pela “preparação dos pobres, marginalizados e desvalidos da sorte para atuarem no sistema produtivo nas funções técnicas localizadas nos níveis baixo e médio da

hierarquia ocupacional”. Entretanto, a autora ressalta que o saber não é produzido na escola e sim no interior das relações sociais.

Durante o processo de industrialização, a Escola objetivou formar crianças e jovens para compor uma força de trabalho assalariada com características de disposição, docilidade e maneabilidade. Assim, assumindo o trabalho somente sob a forma de assalariado, Enguita questiona de que forma uma escola modelada a partir de uma única forma de trabalho pode servir para socializar a população a desenvolver atividades diferentes. Para Kuenzer (1971), nesse período inexistia articulação entre trabalho e educação. A educação regular deveria desenvolver as atividades relacionadas às capacidades intelectuais destinadas à burguesia, e o mercado de trabalho deveria desenvolver as atividades de formação profissional para o povo.

Segundo Tardif e Lessard (2013), faz muito pouco tempo que o trabalho material deixou de ser visto como a única e principal marca do trabalho humano. Assim, “fundamentalmente, o ensino é visto como uma ocupação secundária ou periférica em relação ao trabalho material e produtivo. A docência e seus agentes ficam nisso subordinados à esfera da produção, porque sua missão primeira é preparar os filhos dos trabalhadores para o mercado de trabalho” (TARDIF & LESSARD, 2013, p. 17).

Para Bernardo (1998, p. 34), “desapareceu aquele tipo de professor que, apesar de modesto e mal pago, tinha o controle sobre a sua aula, sobre o ritmo da sua atividade e a maneira como a exercia. [...] e o ensino assumiu as características básicas do trabalho proletário: a padronização e a segmentação”, que acarretam na perda sobre o controle da matéria a ser lecionada e do tempo de trabalho.

Segundo Tardif e Lessard (2008, p. 56), podemos presenciar a visão desfavorável em relação aos docentes das escolas brasileiras: “seja do ponto de vista da origem social, do grau de instrução obtido ou ainda das condições de trabalho, o reconhecimento da diversidade social e cultural existente entre os docentes aumenta as dificuldades do debate que cerca a sua imagem social e pública”.

2.5 Principais conceitos utilizados para designar a formação dos trabalhadores nos locais de trabalho

Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturais etc. e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores
(CECCIM, 2005, p. 163)

Ceccim (2005), um dos maiores estudiosos da Educação Permanente no Brasil, acredita que, com as reformas setoriais em saúde, a formação passou a ocupar lugar central, ou exclusivo, em algumas Políticas de Saúde. Para o autor, esse processo educativo desenvolvido no ambiente de trabalho pode ter inúmeras denominações, podendo corresponder à Educação Permanente⁶, Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Formal de Profissionais. Dentre as inúmeras denominações desse processo, o autor defende a utilização do termo “Educação Permanente em Saúde”, devido à magnitude de utilização do mesmo de acordo com a realidade a ser estudada. Afirmar ainda que, para outros autores, possa estar relacionada a outras definições, entre elas Educação Popular e Educação de Jovens e Adultos. Em nosso estudo, pelos mesmos motivos apontados por Ceccim, optamos pela utilização do termo Educação Permanente. Entretanto, nas alusões e citações dos autores estudados, utilizaremos os termos indicados pelos mesmos.

Educação Continuada

Entende-se por Educação Continuada toda atividade de atualização desenvolvida após a graduação com o intuito de complementar a formação dos profissionais. Nessa forma de educação as atividades possuem duração definida e se utiliza da metodologia tradicional para manter, melhorar ou aperfeiçoar suas competências. Não é uma mera transmissão de conhecimento, mas sim o desenvolvimento de uma teoria crítica, ética e profissional (PASCHOAL, 2004).

Numa perspectiva mais ampla, Linoet al (2007) afirmam ser a Educação Continuada:

⁶ Nesse trabalho, uma vez que não estudamos apenas a Educação Permanente em Saúde, mas sim a todos os processos de Educação Permanente, mesmo cientes do posicionamento de Ceccim optamos por utilizar a terminologia “Educação Permanente” sem sua continuidade “em Saúde”. Ressaltamos ainda que não nos ateremos na discussão dessa diferenciação.

um processo educativo, formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma práxis crítica e criadora.

Silva et al (1989) acreditam que a Educação Continuada seja um conceito mais amplo que outros, como a Educação em Serviço. Para as autoras, a Educação Continuada pode ser entendida como um benefício oferecido ao trabalhador que possuirá mais conhecimentos, estará mais motivado e, conseqüentemente, haverá o retorno desses benefícios para a empresa, na medida em que ele produzirá em maior quantidade e de forma otimizada. Essas práticas oportunizam o desenvolvimento do trabalhador de forma global. Assim “a Educação Continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha” (SILVA et al, 1989, p. 10).

O conceito de Educação Continuada formulado pelo grupo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e citado por Rodrigues (1984, p.130), diz que se trata de “um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e às necessidades sociais”.

Diante das leituras realizadas, acreditamos que o conceito de Educação Continuada que mais se aproxima do tema de nosso estudo seja o apresentado por Farah (2006) em sua tese de doutorado, onde descreve que a Educação Continuada configura-se como

uma abordagem para complementar à formação dos profissionais, reforçando a insuficiência da graduação no atendimento das necessidades dos serviços, mas também a dinâmica que o setor saúde possui diante da evolução das tecnologias: material e não material, exigindo a necessidade de os profissionais da área se atualizarem (FARAH, 2006, p.63).

Segundo o instrutivo do Ministério da Saúde para os Profissionais do Programa Saúde na Escola, a Educação Continuada deve se fazer presente através do curso de especialização “formação em educação e saúde”.

Trata-se de um curso de formação continuada para professores, gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE). A carga horária total é de 180 horas. O curso pretende atingir: todas as prefeituras municipais que aderirem ao PSE que possibilitarem algum tipo de acesso à internet banda larga, seja na própria Secretaria de Educação, em pólos da Universidade Aberta do Brasil (UAB), com computadores disponíveis para usuários da rede de ensino e profissionais da ESF (BRASIL, 2011).

Educação em Serviço

A Educação em Serviço, como o próprio nome nos diz, é uma metodologia desenvolvida no próprio ambiente de trabalho, voltada aos interesses da instituição que a está ofertando. Amplamente voltado às relações humanas, objetiva desenvolver habilidades cognitivas, psicomotoras e relacionamento interpessoal, bem como o aperfeiçoamento dos trabalhadores para a utilização das inovações científicas e tecnológicas (PASCHOAL, MANTOVANI e MÉIER, 2007). Assim, a Educação em Serviço aparece como um ajustamento dos funcionários às necessidades das instituições. Enquanto a Educação Continuada preocupa-se inicialmente com o indivíduo, a Educação em Serviço pauta-se nos interesses da empresa.

Silva et al (1989, p. 10) apresentam a Educação em Serviço como “um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição”. Nesse tipo de Educação, as metodologias mais utilizadas são os treinamentos mais centrados nas técnicas (habilidades) do que nos conhecimentos teóricos. Assim, a Educação em Serviço pode ser compreendida como a educação para a atividade dentro de uma concepção fragmentada e com divisão de tarefas (FARAH, 2006). A autora acredita ainda que:

a educação em serviço não parte das necessidades do processo de trabalho e nem das necessidades dos profissionais. Não reflete a prática profissional e nem contextualiza o problema que gerou o processo educativo. Não objetiva o desenvolvimento profissional, mas sim prover os serviços de profissionais mais treinados para desenvolver parte do trabalho (FARAH, 2006, p. 61).

Segundo Guimarães, Martin & Rabelo (2010, p. 30), “apesar de muito se discutir sobre Educação em Serviço, o seu papel na reorganização dos modelos assistenciais e no processo de trabalho ainda é pouco impactante, pois na maioria das vezes não considera a realidade da instituição e a experiência do trabalhador”. Ainda, segundo as autoras, para tornar esse processo de educação dos profissionais da área da saúde mais efetivo, as capacitações devem ser relacionadas com o processo cotidiano de trabalho, através da discussão da realidade, em busca de melhores condições de trabalho e maior qualidade dos serviços. Os autores acreditam que:

O desenvolvimento científico e tecnológico na sociedade atual vem causando transformações constantes nos ambientes de trabalho e conseqüentemente exigindo um profissional com perfil mais aberto e capaz de adaptar-se a mudanças,

instrumentalizado e motivado a continuar aprendendo ao longo de sua vida. (GUIMARÃES, MARTIN & RABELO, 2010, p. 26).

A Educação em Serviço não é mencionada no instrutivo do Ministério da Saúde em relação ao componente formação.

Educação Permanente

A Educação Permanente, terceiro conceito estudado, está centrada no processo de trabalho com o intuito de melhorar a qualidade de vida em todas as suas dimensões, auxiliar na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade. Esse tipo de Educação ocorre nos serviços de saúde, pautada nas necessidades extraídas do processo de trabalho e da população assistida (FARAH, 2006).

De acordo com Ceccim:

aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p.162).

Dessa forma, torna-se clara a relevância da Educação Permanente para o adequado desenvolvimento das Políticas, Programas e Projetos na área da saúde, incluindo o Programa Saúde na Escola, alvo desse estudo. Em um estudo realizado por Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012), os autores afirmam que na Educação Permanente do profissional de saúde, o processo ensino-aprendizagem não deve restringir-se à mera transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos. Assim como os demais autores citados até o presente momento, acreditam que as experiências profissionais e o conhecimento pré-existente devem ser considerados. Ainda para os autores:

na pedagogia tradicional, o professor assume uma postura de autoridade máxima e detentor do saber, sendo que os conteúdos são expostos verbalmente e distantes da realidade do aluno. A autoridade do professor prevalece, o conteúdo é transmitido como verdade absoluta, e não se consideram o interesse do aluno e nem os problemas que afetam a sociedade (BARBOSA, FERREIRA E BARBOSA, 2012, p.59).

É com essa metodologia de ensino que a Educação Permanente objetiva romper. O professor assume o papel de facilitador da aprendizagem, sendo o responsável por promover a possibilidade de construção de novos saberes significativos para a mudança da prática dos alunos.

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde carrega

... a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos (CECCIM, 2005, p.161).

Ainda para o autor, ao mesmo tempo em que a Educação Permanente em Saúde busca a atualização cotidiana das práticas disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos. Esses processos abrangem desde o interior das equipes em atuação conjunta, às práticas educacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Segundo Miccas e Batista (2014, p. 171), o pressuposto da Educação Permanente em Saúde é “educar no” e “para o” trabalho. Assim, constitui-se em um processo de aprendizagem ao longo da carreira de trabalho, realizado durante as atividades laborais.

No âmbito nacional, em fevereiro de 2004 foi instituída, pelo Ministério da Saúde, a política Nacional de Educação Permanente, através da Portaria 198/GM/MS, com o objetivo específico de “atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006(b), p. 11).

São ainda objetivos da Política:

- Contribuir para ampliação e qualificação da participação social na formulação, gestão e controle social da Política Pública de Saúde,
- Fortalecer os conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da política de saúde como representantes da sociedade,
- Desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências sobre o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006(b), p. 11-12).

2.5.1 Formação proposta pelo Programa Saúde na Escola

Faz-se necessário que apresentemos aqui os aspectos formais da formação, uma vez que o tema que nos propomos estudar compreende o processo de formação dos trabalhadores

da educação atuantes no Programa Saúde na Escola, engajados no desenvolvimento das atividades cotidianas nas Unidades Escolares e de saúde, e que “a educação é um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades” (FARAH, 2003, p. 325).

O Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências, afirma, em seu Art. 5º, que “Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto: [...] III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE”. Em outra publicação do Ministério da Saúde, “Passo a passo PSE Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersetorialidade” (BRASIL, 2011, p. 18), esse compromisso é reafirmado: “o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente”.

Na área da saúde, para o exitoso desenvolvimento dos trabalhadores, o planejamento e a formulação de políticas devem integrar diversas áreas, entre elas educação, trabalho e finanças. Assim, “verifica-se a necessidade de impulsionar o ensino profissional de modo que o perfil do trabalhador seja voltado para a integralidade do cuidado e permanente reestruturação de seus conhecimentos a partir da problematização e demandas internas sob a lógica da EPS” (MICCAS e BATISTA, 2014, p. 172). Tal afirmação vale para o mundo da educação, uma vez que os profissionais dessa área também necessitam que sua formação seja impulsionada para garantir uma educação integral e permanente.

Apresentaremos, inicialmente, o componente formação, oriundo do instrutivo “Passo a passo PSE Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersetorialidade” (BRASIL, 2011) e, posteriormente, uma breve distinção sobre os conceitos mais utilizados ao se trabalhar a questão da formação do profissional de saúde: Educação Continuada, Educação em Serviço e Educação Permanente. Utilizaremos a denominação Educação Permanente, e não Educação Permanente em Saúde, uma vez que o objetivo do nosso estudo envolve todo tipo de Educação Permanente. Entretanto, nas citações, quando os autores utilizarem “Educação Permanente em Saúde”, manteremos o termo original.

No referido instrutivo, são apresentados os três componentes do Programa: componente I - avaliação clínica e psicossocial; componente II - promoção e prevenção à saúde, e componente III – formação. Dados os objetivos desse estudo, nos ateremos ao terceiro componente.

As estruturas de formação e os materiais didático-pedagógicos oriundos da parceria entre educação e saúde objetivam auxiliar na implantação de:

- Planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, no qual o público-alvo são os integrantes da saúde e educação que compõem os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs);
- Avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e prevenção a riscos e agravos à saúde, no qual o público-alvo são os profissionais das equipes de Saúde da Família, profissionais das unidades de saúde, profissionais das escolas e jovens educandos. (BRASIL, 2011, p. 18)

São propostas cinco estratégias para a implementação dessas ações: 1) Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial realizada através de oficinas, ensino a distância e apoio institucional da esfera federal aos estados e municípios e dos estados aos municípios; 2) Formação de Jovens Protagonistas para o PSE/SPE através da metodologia de educação de pares, que propiciará a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde; 3) Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa Saúde na Escola através de atividades de Educação Permanente envolvendo professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais das escolas e das equipes de Saúde da Família; 4) Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, na modalidade EAD, com duração de 120 horas e certificação expedida pela Universidade de Brasília (UnB), realizado através de parceria entre a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), Secretaria de Educação Básica (SEB/MEC), Secretaria de Educação a Distância (SEED/MEC) e Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD/MEC), e 5) Rede Universidade Aberta do Brasil através de parceria entre o Ministério da Educação e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes), com a criação da Rede de Educação para a Diversidade com ações implementadas por instituições públicas de educação superior (IPES): “O objetivo da Rede é estabelecer grupo permanente de instituições públicas de educação superior dedicadas à formação continuada, semipresencial, de profissionais da rede pública da educação básica e da atenção básica em saúde (ESF)” (BRASIL, 2011, p. 19).

3 METODOLOGIA

“Uma metodologia de pesquisa é sempre pedagógica porque se refere a um como fazer, como fazemos ou como faço minha pesquisa. Trata-se de caminhos a percorrer, de percursos a trilhar, de trajetos a realizar, de forma que sempre têm por base um conteúdo, uma perspectiva ou uma teoria. Pode se referir a formas mais ou menos rígidas de proceder ao realizar uma pesquisa, mas sempre se refere a um como fazer. Uma metodologia de pesquisa é pedagógica, portanto, porque se trata de uma condução: como conduzo ou conduzimos nossa pesquisa” (MEYER & PARAÍSO, 2014, p.17).

3.1 Tipo de estudo

Para elaboração desse estudo, considerando-se a temática escolhida, optamos por uma metodologia de estudo qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Utilizamos ainda a metodologia de estudo quantitativa como forma de mensuração das informações pessoais e acadêmicas dos sujeitos do estudo. Tendo em vista que para Deslandes, Neto e Gomes (2003), a metodologia de pesquisa é o caminho a ser seguido pelo pensamento, a correta delimitação desse percurso faz-se necessária.

O estudo qualitativo envolve a obtenção de informações descritivas sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos (MINAYO, 2007). Para Triviños (1987), as pesquisas qualitativas baseiam-se principalmente na fenomenologia e no marxismo. Assim, em geral, podemos distinguir dois tipos de enfoques na pesquisa qualitativa: 1) subjetivistas-compreensivistas e, 2) crítico-participativo. Conforme o autor, ambos os enfoques se apresentam como alternativas metodológicas frente ao positivismo quantitativo e correspondem a concepções ontológicas e gnosiológicas específicas, de compreender e analisar a realidade.

Nesse estudo, considerando-se a temática escolhida, compreendemos o enfoque crítico-participativo “com visão histórico-estrutural – dialética da realidade social que parte da necessidade de conhecer (através de percepções, reflexões e intuição) a realidade para transformá-la em processos contextuais e dinâmicos complexos” (TRIVIÑOS, 1987, p. 117) como o mais adequado ao seu desenvolvimento. Segundo o autor, entre os principais filósofos dessa linha de pensamento estão Karl Marx, Friedrich Engels, Antonio Gramsci, Theodor W. Adorno, Max Horkheimer, Herbert Marcuse, Erich Fromm, Jürgen Habermas. Ainda que o ponto de vista do marxismo aponte para uma dicotomia no campo de pesquisas em educação entre o qualitativo e o quantitativo, alguns pesquisadores ainda tentam manter. No entanto,

Os marxistas afirmam que existe uma relação necessária entre a mudança quantitativa e a mudança qualitativa. E esta, como sabemos, resulta das mudanças quantitativas que sofrem os fenômenos. Mas a qualidade do objeto não é passiva. As coisas podem realizar a passagem do quantitativo ao qualitativo e vice-versa. [...] Toda pesquisa pode ser, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa (TRIVIÑOS, 1987, p. 118).

Minayo (2007, p. 390) afirma que “as Metodologias de Pesquisa Qualitativa não constituem em si uma ideologia ou uma corrente de pensamento. [...] como componentes das principais linhas teóricas das ciências sociais e, em cada uma delas, os pressupostos e as técnicas estão submetidos a uma organização peculiar”.

Faremos uso do estudo descritivo, para compreensão das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre as variáveis, portanto, amplamente significativo na execução e análise de informações dessa pesquisa (GIL, 2008). Segundo Triviños (1987, p. 110), “a maioria dos estudos que se realizam no campo da educação é de natureza descritiva. O foco essencial desses estudos reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, suas escolas, seus professores”. Os estudos descritivos exigem uma série de informações sobre os fatos e fenômenos que rodeiam o assunto que se deseja estudar, “exigem uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação das informações” (TRIVIÑOS, 1987, p. 112). O autor ressalta ainda a necessidade de delimitação precisa da amostra, dos objetivos do estudo, os termos e as variáveis, as hipóteses, as questões de pesquisa.

Para Triviños (1987, p. 117), a exclusiva “quantificação dos fenômenos sociais apoia-se no positivismo e, naturalmente, também no empiricismo”. Já para Minayo (2007, p. 43), os estudos de ordem quantitativa, “apresentam um quadro de magnitude e de tendência que as abordagens históricas e socioantropológicas não informam”. Ambas as abordagens são importantes e o ideal no campo da pesquisa em saúde é que sejam trabalhadas de forma que se complementem sistematicamente.

3.2 Local e período do estudo

O município onde foi realizado o estudo é um dos principais núcleos de colonização alemã do Rio Grande do Sul, localizado no vale do Rio Pardo. Segundo o Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma população estimada de 125.353 habitantes em uma área territorial de 733,409km².

O principal estímulo econômico da cidade vem das plantações de fumo, que trouxeram para a cidade inúmeros fabricantes de cigarro e distribuidoras de fumo. Segundo dados do IBGE, em 2010 o índice de desenvolvimento humano municipal era de 0,773. O município abriga uma Universidade, uma Faculdade e diversas Extensões de outras Universidades e Faculdades.

Conforme informações obtidas com a Coordenadora Municipal do Programa Saúde na Escola, no município o Programa compreende 15 equipes de atenção básica selecionadas (entre estratégias saúde da família e unidades básicas de saúde) e 28 Unidades Escolares, que atendem um total de 8.597 educandos da Educação Infantil ao Ensino Médio (APÊNDICE B).

3.3 População e amostra

Segundo Triviños, a determinação da população e da amostra é uma das principais diferenças entre a pesquisa qualitativa e a tradicional. Assim, segundo o autor, “a população e a amostra devem ser claramente delimitadas” para que se desenvolva um estudo de qualidade (1987, p. 112). Cabe destacar que a população alvo desse estudo compreende um grupo de profissionais de educação e saúde que participam ativamente de atividades do Programa Saúde na Escola no município em questão.

Ainda conforme o autor, “a pesquisa qualitativa, de fundamentação teórica, fenomenológica, pode usar recursos aleatórios para fixar a amostra. Isto é, procura uma espécie de representatividade do grupo maior dos sujeitos que participarão do estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 132). Ele ainda acrescenta que, a quantificação da amostragem não é essencialmente importante, podendo-se optar por considerar uma série de fatores e a partir deles determinar o tamanho da amostra. Dessa forma, para desenvolvimento desse estudo, considerando-se as colocações feitas por Triviños, os fatores relevantes para definição da amostra são: sujeitos que sejam essenciais para o esclarecimento do assunto; tempo para elaboração, execução e conclusão do estudo; facilidade para se encontrar com as pessoas; tempo dos indivíduos para as entrevistas e a realização dos grupos focais.

Ao iniciar o estudo, pretendíamos entrevistar profissionais da área da saúde de educação técnica e superior e um profissional de educação de cada Unidade Escolar envolvido ativamente no Programa Saúde na Escola alocados em uma região do município, próxima à Universidade.

A opção inicial por essa área seguiu alguns critérios:

- Maior tempo de aderência ao Programa;
- Disponibilidade e facilidade de acesso, possibilitando otimização de tempo;
- Possibilidade de realização de grupo focal devido à proximidade de área de atuação dos sujeitos da pesquisa.

A disponibilidade de tempo apareceu como fator determinante, pois “o pesquisador pode enfrentar grandes dificuldades em seu desenvolvimento se as pessoas escolhidas para serem entrevistadas não têm tempo suficiente para atender às necessidades da investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p.145).

Entretanto, durante a realização da pesquisa, por sugestão da Coordenadora Municipal do Programa, o estudo foi desenvolvido na área de abrangência de outra ESF, indicada pela mesma. Assim, as sujeitas que participaram da pesquisa foram: uma representante de uma das escolas da área de abrangência da primeira ESF selecionada, entrevistada com o intuito de testar o instrumento base para as entrevistas e, posteriormente a adaptação do roteiro disponível nos APÊNDICES C e D; a Coordenadora Municipal do PSE que sugeriu a realização da pesquisa em outra área; três trabalhadoras da área da saúde (odontóloga, auxiliar de saúde bucal e enfermeira), duas trabalhadoras da EMEF e uma trabalhadora da EMEI da área de abrangência.

3.4 Coleta de informações

A coleta de informações teve início no mês de setembro do ano de 2014, através de contatos e entrevistas informais com as coordenadoras do Programa Saúde na Escola no município em questão, com o intuito de realizar uma aproximação para viabilização da pesquisa e obter informações quantitativas sobre o Programa. Realizamos ainda contato e entrevista informal com a coordenadora de Educação do município para obtenção de informações sobre a rede de ensino.

As reuniões foram realizadas nos dias 15 e 22 de setembro de 2014, durante a fase de elaboração do projeto, com o intuito de descrever o espaço, justificar a realização da pesquisa e iniciar uma aproximação com a Coordenação do Programa para viabilizar o desenvolvimento do estudo. Foram momentos valiosíssimos onde foi possível o acesso a documentos que possibilitaram a compreensão da organização do Programa em nível municipal e o contato com alguns trabalhadores do Programa (na segunda reunião) que,

embora não entrevistados no momento, tiveram observados seus comportamentos, dúvidas, alegrias, frustrações, necessidades.

Na primeira reunião estavam presentes as representantes das Unidades Escolares e Unidades de Saúde engajados no projeto, bem como a vice-coordenadora e uma professora de Ensino Superior de uma Universidade do município, que participava da reunião com o intuito de conhecer melhor o Programa. Tendo em vista que algumas trabalhadoras estavam participando da reunião pela primeira vez, inicialmente foi apresentado o Programa e, posteriormente, os resultados obtidos no primeiro ano para que, em seguida, fossem esclarecidas as dúvidas sobre o programa. Foram entregues documentos explicativos para cada representante de unidade (escolar e saúde) presentes, aos quais também serviram como base para esse estudo. Ao término da reunião foram entregues os materiais comprados com a verba oriunda do Programa. Após a saída das trabalhadoras, uma breve conversa com a Coordenadora Municipal do Programa foi realizada para agendar o próximo encontro.

A segunda reunião aconteceu somente com a coordenadora, em seu local de serviço, com a finalidade de sanar mais algumas dúvidas e poder então descrever adequadamente sua estrutura municipal. A dinâmica do encontro constituiu-se em um momento de conversa informal em que foram disponibilizados mais alguns documentos e sanadas as dúvidas existentes. A entrevista foi realizada após a qualificação do Projeto, durante a fase de coleta de informações. Esse momento foi gravado e posteriormente transcrito, de acordo com a descrição na metodologia do estudo.

Conforme citado anteriormente, após aprovação desse projeto, as informações para a pesquisa foram coletadas nos meses de agosto e setembro de 2015 pela pesquisadora responsável durante entrevistas previamente agendadas, conforme disponibilidade das profissionais, realizadas no local e horário de trabalho, de forma que não interferisse em sua agenda de atividades, através de um roteiro previamente estruturado (APÊNDICE B). Havendo consentimento das entrevistadas, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 45 minutos.

Logo após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade, a primeira entrevista foi realizada, com o objetivo de testar o instrumento para a coleta de dados. Após contato presencial com a direção da escola e apresentação do o projeto, houve a solicitação de indicação de uma pessoa para participar da pesquisa. A seguir à entrevista com a Professora indicada, responsável pelo Programa naquela escola, revisamos e reorganizamos o roteiro. Posteriormente optamos por realizar uma entrevista com a Coordenadora Municipal do Programa com o intuito de nortear os próximos passos. A partir dessa entrevista,

selecionamos a unidade em que iríamos realizar a pesquisa. Os fragmentos a seguir, oriundos da entrevista, resumem a dificuldade e explicam a complexidade em realizar a escolha da unidade.

É porque são duas características: nós temos ESF e nós elencamos algumas unidades de saúde. Nas unidades de saúde, o Programa vai muito devagar porque não tem uma enfermeira, não tem um técnico superior que faça esse trabalho. Nós elencamos esses lugares porque tinham um trabalho bem importante [desenvolvido] na escola. A escola se mobilizou pra fazer esse trabalho, procurava a sede, ou da educação ou da saúde; a saúde ia lá fazer esse trabalho. Quando a gente contemplou essa escola, a gente teve que contemplar o posto de saúde mais perto. E nem sempre eles tinham esse vínculo.

Então tem uma coisa que é a unidade de saúde, tem outra coisa que é a ESF. São realidades bem diferentes. O ESF já consegue [se] integrar com as escolas da comunidade. Alguns sim e alguns não.

Onde funciona bem eu acho que é no ESF [X].

Olha, eu sugeri o parâmetro que vai... pra ti vai ser bem difícil buscar parâmetro onde as coisas são bem diferentes. (Coordenadora Municipal).

Após selecionada a unidade, fez-se contato telefônico com a pessoa responsável pelo Programa naquela área, a Odontóloga da ESF, e iniciamos a pesquisa. As entrevistas fluíram de forma tranquila e harmoniosa. Todas as entrevistadas prontamente se dispuseram a participar da pesquisa. No APÊNDICE E é possível visualizar a ordem de realização das entrevistas, bem como a caracterização das entrevistadas.

3.5 Tratamento e análise das informações

A análise das informações é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. Entretanto, Bardin (1977, 34) refere que em muitos casos a análise das informações “não se limita ao conteúdo, embora tome em consideração o *“continente”*. A análise do conteúdo pode ser uma análise dos *“significados”* (exemplo: a análise temática)”.

Depois de feita a coleta de informações através dos métodos descritos anteriormente, elas foram organizadas e compiladas por meio da análise de conteúdo, conforme os pressupostos de Bardin (1977), seguindo os três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, onde as informações foram organizadas e agrupadas.

Ainda segundo Bardin (1977), a fase da exploração do material consiste essencialmente de operações de decodificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas e depende da adequada execução da fase da pré-análise.

Na terceira fase, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. As informações brutas foram tratadas para se tornarem significativas e válidas e poderem, então, servirem de base para a outra análise.

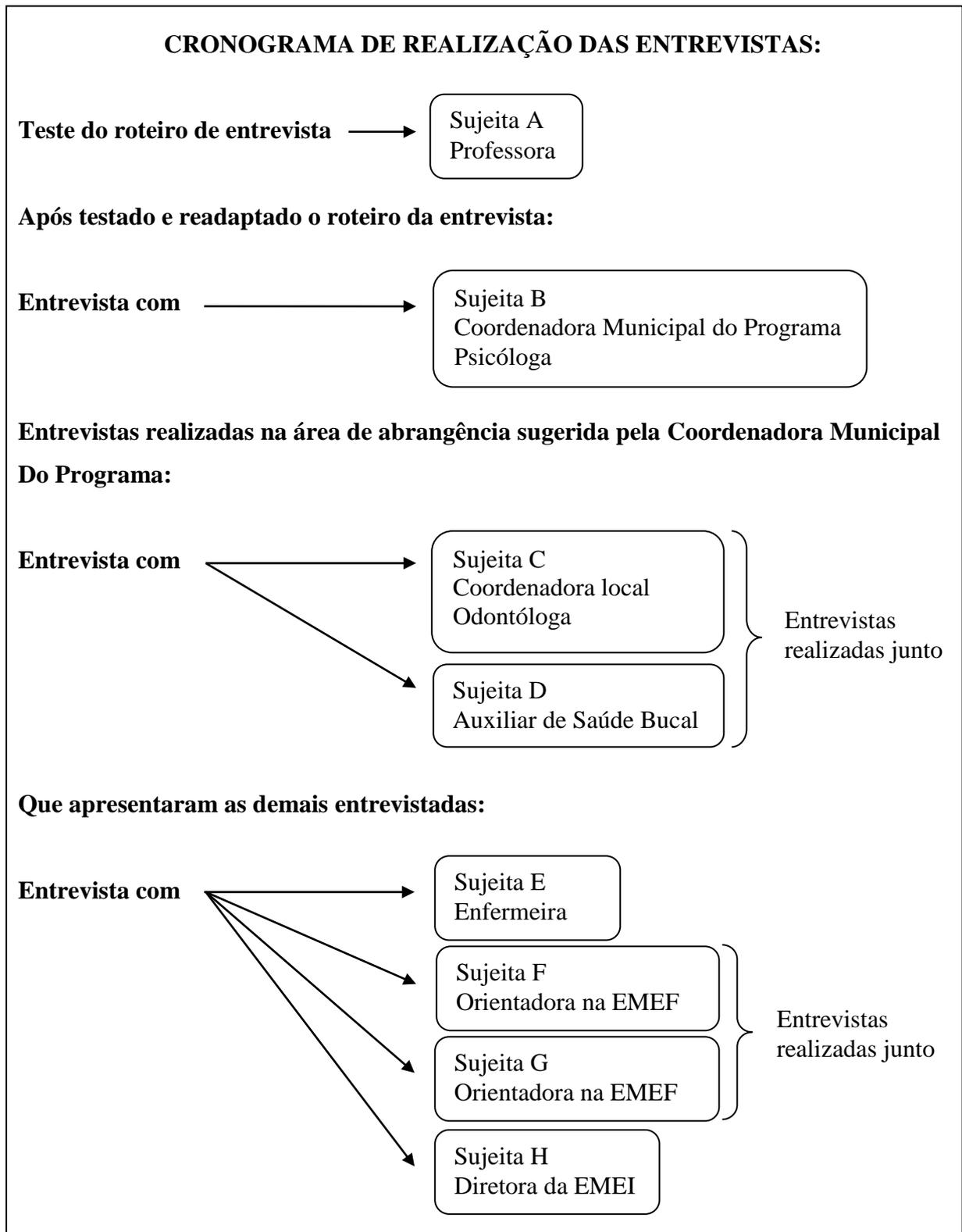
As informações foram ainda analisadas segundo duas abordagens propostas por Bardin (1977): quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa foi utilizada primordialmente na categoria das informações pessoais e acadêmicas, e fundou-se na frequência da aparição de certos elementos; é mais objetiva, fiel e exata. A análise qualitativa, utilizada nas demais categorias, corresponde a um procedimento mais intuitivo, maleável e adaptável.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Considerando-se as definições aprovadas pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi inicialmente submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição proponente, a Universidade de Santa Cruz do Sul. Após aprovação e liberação do referido comitê, o projeto foi encaminhado à instituição cooparticipante, através da Coordenadora Municipal do Programa Saúde na Escola e, após aprovação da mesma, foi realizado contato com a referida coordenadora, com a qual já havia sido realizado contato prévio para solicitação de informações quantitativas.

Após concordância por parte da Coordenadora Municipal do Programa, as possíveis entrevistadas foram contatadas e convidadas a participar da pesquisa. Tendo as sujeitas aceitado o convite, foram marcadas as entrevistas. No momento da entrevista foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que esse pudesse ser lido, apreciado e assinado, ficando uma via com a sujeita e outra com o pesquisador, conforme prevê a Resolução Nº 466/12. Ressalta-se que em nenhum momento será divulgado o nome das participantes, bem como da instituição cooparticipante dessa pesquisa.

Na sequência apresentamos um quadro elaborado para compreensão do cronograma de realização das entrevistas realizadas.



Quadro 3 - Cronograma de realização das entrevistas.
Quadro elaborado pela pesquisadora.

4 FORMAÇÃO PARA O TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: O APRENDIZADO NA PRÁTICA

Para analisar a formação das trabalhadoras de educação e saúde do Programa Saúde na Escola em um município de médio porte do Vale do Rio Pardo/RS julgamos necessário, inicialmente, destacar alguns aspectos que influenciam significativamente essa formação. Assim, faremos considerações sobre as questões de gênero condicionantes da atividade das trabalhadoras da educação e saúde; as expectativas e frustrações inerentes ao Programa, as condições de trabalho, para então abordar o processo de formação de conhecimentos das profissionais.

A discussão acerca das questões de gênero se fez necessária uma vez que nesse estudo obtivemos exclusividade de entrevistadas trabalhadoras. Ressaltamos, que a não adoção da terminologia feminina desde o início do trabalho decorre da explícita intenção de destacar os dois momentos distintos desse trabalho: 1) a fundamentação teórica em que seguimos “a rigor” a formalidade da língua portuguesa: masculinizada; e 2) a análise de dados em que optamos pela utilização da terminologia adequada às sujeitas do estudo: feminina. Assim sendo, elaboramos um breve histórico da conquista de seus direitos, discutimos a importância da inserção das mulheres no mercado de trabalho e os conflitos da jornada de trabalho mercantil e não mercantil que condicionam suas atividades enquanto trabalhadoras da educação e da saúde.

Ao analisar a organização do processo de trabalho e as condições de trabalho a que essas profissionais estão submetidas na realidade, constatamos que a quantidade de alunos a ser atendida, as dificuldades burocráticas, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho influenciam consideravelmente esse processo e acarretam sobrecarga de trabalho das profissionais. Nesse contexto, o papel da Universidade é de extrema importância para atenuar essa sobrecarga. O processo de implementação do PSE na realidade investigada demonstrou o conhecimento das trabalhadoras a respeito do PSE e apontou expectativas, carências, dificuldades, limites e frustrações das entrevistadas, bem como a importância da formação e sustentação dos vínculos entre os sujeitos.

As práticas de formação foram analisadas quanto à formação inicial das trabalhadoras, para então investigar as práticas para o trabalho no Programa. A Educação Permanente enquanto um repensar da prática pelas trabalhadoras foi abordada separadamente.

4.1 O gênero como condicionante da atividade das trabalhadoras de educação e saúde

Julgamos pertinente apresentar um breve histórico da conquista de direitos das mulheres, para obtermos uma melhor compreensão da importância da inserção das mesmas no mercado de trabalho, ressaltando que suas lutas e conquistas ainda não foram capazes de garantir uma totalidade na igualdade de direitos. Com apoio nessa discussão, comentaremos algumas das características das trabalhadoras entrevistadas.

O “trabalho feminino” possui uma multiplicidade de sentidos e nem sempre clareza de seu significado. Para alguns, compreende as atividades realizadas no seio familiar, para outros, somente as atividades remuneradas, seja no meio doméstico ou fora dele. Desse modo, pode-se afirmar que as mulheres sempre trabalharam, seja cuidando da casa e dos filhos, seja no mercado de trabalho (MATOS & BORELLI, 2013) e, desse modo, foram educadas para a execução de tais atividades: “às mulheres será dada uma educação que as torne afeiçoadas ao casamento, desejosas da maternidade, competentes para a criação dos filhos e capazes na administração da casa” (SCHWARTZMAN, 1980, p.72). A afirmação do autor, embora a muitos pareça algo extremamente remoto, remetem à realidade de 1939 em nosso país. Nesse período, a mulher possuía um espaço definido pela “natureza” e todo e qualquer desvio poderia lhe gerar desqualificação ou até mesmo a marginalização social, ficando, desse modo, mal vista e sem a possibilidade de arranjar “um bom partido” (SCOTT, 2013).

O Código Civil dos Estados Unidos do Brasil, de 1916, equiparava o status civil da mulher ao dos pródigos e dos silvícolas. Segundo Scott (2013), foi somente em 1943 que a legislação brasileira, através da aprovação da Consolidação das Leis do Trabalho, possibilitou que as mulheres casadas trabalhassem fora de casa sem a necessidade de “autorização expressa do marido”. Entretanto, o maior avanço foi alcançado somente em 1962 com a Lei nº 4.121 de 27 de agosto de 1962 que dispunha sobre a situação jurídica da mulher casada: a promulgação do Estatuto da Mulher Casada que afirmava em seu “Art. 246. A mulher que exercer profissão lucrativa, distinta da do marido terá direito de praticar todos os atos inerentes ao seu exercício e a sua defesa”. O referido Estatuto previa ainda que: “Art. 248. A mulher casada pode livremente: [...] VII – Praticar quaisquer outros atos não vedados por lei”. No ano anterior, em 1961, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 4024/61 garantiu parcialmente a disciplina e ascensão das mulheres ao Ensino Superior. Entretanto, ainda cabia à família a decisão de condução ou não das mulheres à educação.

Nem os Anos de Chumbo, gerados pelo Golpe Militar de 1964, foram capazes de desacelerar essas transformações. Ainda assim, “casamento e procriação continuará a ser o

destino da mulher: ser mãe (depois de tornar-se esposa, é claro) conferia-lhe uma posição de prestígio na sociedade, maior que qualquer outra ‘carreira’. Não desempenhar o papel materno seria algo como ‘trair a essência feminina’” (SCOTT, 2013, p. 24).

Foi somente a partir da década de 1980, com o denominado fenômeno da “reinvenção da mulher”, que se tornou de fato possível a igualdade no casamento, a maior participação feminina no mercado de trabalho, a ampliação do acesso à educação formal, a conquista do direito de decidir “se” e “quando” ser mãe e a possibilidade de estabelecimento de outros relacionamentos afetivos socialmente reconhecidos. Desse modo, a representação feminina na população economicamente ativa saltou de 30%, em 1979, para 49,7% em 2009.

Ainda que a inserção das mulheres tenha avançado significativamente, o Censo do IBGE de 2010 demonstra que seu rendimento médio está estimado em cerca de 30% menos que os rendimentos do homem. Nem o Decreto Legislativo nº 107, de 2002, que aprova o texto do Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, assinado pelo governo brasileiro no dia 13 de março de 2001 foi capaz de garantir a igualdade de remuneração e tratamento entre os gêneros. Esse conjunto de direitos das mulheres, oriundos de um repensar do trabalho, embora em prática, foram reconhecidos oficialmente somente com a Constituição Federal de 1988 e o Código Civil de 1992. Na França, por exemplo, esse patamar havia sido alcançado cerca de 20 anos antes (SCOTT, 2013).

Segundo o IBGE, em 2013 a idade média com que as mulheres tinham filhos era de 26,9 anos. Esses dados variam de acordo com a escolaridade (quanto maior a escolaridade, mais tardia a maternidade) e a posição socioeconômica (quanto melhor a posição socioeconômica, mais tardia a maternidade). “Nas últimas décadas, observou-se uma significativa elevação do nível de instrução das mulheres no Brasil, que já começa a superar o dos homens. [...] Em 2010, observa-se que aproximadamente 66% das mulheres em idade fértil cursaram ao menos o ensino fundamental completo” (IBGE, 2010). As tendências, entretanto, apontam para um aumento da idade média com que as mulheres têm filhos, previsto para 29,3 anos em 2030.

Entre as oito trabalhadoras entrevistadas para esse estudo, três não possuem filhos (26, 36 e 39 anos, sendo que a segunda estava gestante no momento da pesquisa). Duas entrevistadas possuem idade média de fecundidade abaixo da média nacional (21,5 e 27 anos); a primeira possui duas formações de nível técnico e a segunda está iniciando seu curso de mestrado. As outras quatro entrevistadas possuem idade média de fecundidade de 28, 32,5 e 34 anos. Essa situação reproduz os dados do IBGE, uma vez que a mulher com menor média

de fecundidade possui nível técnico e entre as sete entrevistadas com nível superior a média fica acima da nacional.

Em relação ao número de filhos, dados do IBGE de 2013 apontam que quando a taxa média de fecundidade era de 1,77 filhos, a estimativa para 2015 era de uma taxa de 1,72 filhos e 1,5 filhos para 2030. Variando do mesmo modo esses números conforme a escolaridade e perfil socioeconômico. Entre as entrevistadas, tem-se uma média geral de dois filhos, sendo a mesma entre as sujeitas de nível técnico e superior. Ressalta-se aqui que três das entrevistadas não possuem filhos.

Ainda que as mulheres possuam mais escolaridade e estejam inseridas no mercado de trabalho, para Hirata e Kergorat (2007, p. 598) isso “não deve ser considerado como um grito de vitória”, pois elas ganham menos e trabalham mais que os homens. As tensões entre a jornada de trabalho mercantil e não mercantil (o realizado em casa - afazeres domésticos, cuidado e educação dos filhos) permanecem abertas (GAMA, 2014).

Enquanto as mulheres trabalham em média 36 horas fora de casa e 22 horas em casa, perfazendo um total médio de 58 horas de trabalho semanal, no caso dos homens esses números alteram-se para 43, 9 e 52, respectivamente: “uma enorme massa de trabalho é realizada gratuitamente pelas mulheres, [...] esse trabalho é invisível [...], é realizado não para elas mesmas, mas para outros, e sempre em nome da natureza, do amor e do dever materno” (HIRATA e KERGOAT, 2007, p. 597). Entre as entrevistadas, uma trabalha 36 horas, seis trabalham 40 horas e uma trabalha 60 horas, perfazendo uma média de 42 horas semanais de trabalho externo, e um total de 64 horas gerais quando somado o trabalho domiciliar. Entretanto, para as autoras, não basta simplesmente a soma desses valores. É necessário repensar o “trabalho” para que esse possa incluir o trabalho doméstico.

Para Gama (2014), no último século as lutas em prol de melhores condições de trabalho estiveram centradas na regulamentação do processo de trabalho, ao passo que as tensões entre as jornadas de trabalho mercantil e não mercantil foram desvalorizadas. Ao relacionar o desenvolvimento humano ao processo de trabalho, Dedecca (2004, p. 32) afirma que “o controle público sobre o tempo econômico é fundamental para a menor diferenciação entre homens e mulheres no mercado de trabalho; entretanto, este controle deve levar em conta as demais dimensões do uso do tempo, que, em geral, são desfavoráveis às mulheres”.

Assim, em países da Europa e América do Norte, as políticas sociais e de direitos de proteção ao trabalho objetivam “reduzir as atividades de organização e proteção social no interior das famílias [através de diversos dispositivos, como] implementação de creches, educação em tempo integral, entre outras...” (GAMA, 2014, p. 158). Aparentemente, no

entanto, a jornada de trabalho (mercantil + não mercantil) das mulheres permanece inalterada em países como o Brasil. As sujeitas entrevistadas têm restringido o tempo, por exemplo, para a realização de especializações e demais cursos de aperfeiçoamento.

No mundo contemporâneo, a igualdade de gênero permeia as principais normas internacionais que regulamentam as relações entre capital e trabalho, com ressalva para a questão do equilíbrio entre trabalho e responsabilidades familiares, questão ainda não atingida (HABNER, 2013). Certamente, se o público entrevistado fosse composto predominantemente por homens, esse cenário seria diferente, uma vez que mesmo trabalhando por mais tempo fora de casa, não lhes são atribuídas tantas tarefas domésticas.

Outro dado observado é o alto índice de famílias monoparentais femininas⁷ entre as entrevistadas. Enquanto o Censo do IBGE de 2010 demonstrou um índice nacional de 16,2%, entre elas esse atingiu é de 25%. As mulheres nessa condição “se responsabilizam pelo domicílio, pela manutenção, pela proteção e pela sobrevivência da casa e da família, pela educação dos filhos e pelo provimento das condições emocionais ligadas ao crescimento e ao desenvolvimento da família” (COSTA e MARRA, 2013, p. 145). O dado é relevante para a realização desse estudo, pois uma vez constatado que nas famílias com cônjuges as mulheres possuem uma longa jornada de trabalho, nas famílias monoparentais essa jornada amplia-se e a possibilidade de tempo para se dedicar ao estudo (formação, qualificação) diminui, uma vez que “as mães sem a presença do cônjuge assumem com um alto ônus a inserção profissional e as responsabilidades familiares” (GAMA, 2014, p. 161).

O censo aponta ainda que, em todas as idades, entre as mulheres que possuem nenhum ou um filho é bastante superior o número das que estudam em relação às mulheres que possuem dois ou mais filhos. Entre as sujeitas entrevistadas que possuem filhos, todas estudaram após o nascimento dos filhos, seja fazendo graduação, especialização ou até mesmo mestrado. A entrevistada que possui somente um filho está cursando uma especialização e iniciando o mestrado; as três entrevistadas que possuem dois filhos cursaram curso técnico e graduação e/ou especialização e a que possui três filhos cursou especialização.

Além disso, para Gama (2014, p 163), no universo do casamento, ainda que as mulheres (mães) apresentem maior grau de escolaridade em comparação aos homens (pais), elas ainda apresentam menor taxa de ocupação: “a relação entre escolaridade das mães e nível de ocupação mostra a existência de outros vieses nessa Proxy que podem ser decorrentes da existência de filhos”.

⁷ Conforme Santana, por família monoparental deve-se entender “uma pessoa adulta, homem ou mulher responsável por uma ou várias crianças” (2011, p. 02)

Na década de 1900, os obstáculos impostos às mulheres para que essas frequentassem o mundo universitário eram vastos. Em algumas áreas, nas quais as mulheres eram consideradas mais aptas, esses obstáculos eram delicadamente inferiores. É o caso das áreas de Enfermagem, Farmácia, Magistério e Odontologia (MATOS & BORELLI, 2013), por serem “consideradas uma extensão do feminino por remeter a cuidado, assistência e serviço” (PINSKY, 2013, p. 504).

Discutiremos brevemente a enfermagem, o magistério e a odontologia, profissões visualizadas nesse estudo, com base especialmente no texto de Matos e Borelli (2013). Entre 1835 e 1890, o magistério passou por um processo de “feminização”, ou seja, os homens foram gradativamente abdicando das salas de aula de nível básico e se mantendo apenas nos postos de maior prestígio (direção, inspeção, Ensino Superior). Tal transformação deve-se ao fato de que as mulheres serem consideradas mais capazes de “cuidar, educar e disciplinar as crianças” (MATOS & BORELLI, 2013, p. 137).

Em uma pesquisa realizada em João Pessoa (Paraíba) no período de 2001 a 2010, por meio da análise de experiências do “Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas”, constatou-se que os “poucos homens professores existentes nessas escolas, ocupavam na maioria das vezes o cargo de direção, e nos casos dos funcionários exercerem as funções de portaria e vigilância, enquanto as mulheres (funcionárias) assumiam as tarefas relativas à confecção de alimentos e serviços gerais” (NEVES et al, 2014, p. 61); reafirmando a divisão sexual do trabalho observada histórica e socialmente. Ressalta-se ainda, que “as professoras se concentram majoritariamente nas etapas iniciais da escolaridade, enquanto os professores estão concentrados nas etapas terminais” (ROSEMBERG, 2013, p. 255).

A enfermagem, anteriormente na órbita do controle das freiras, a partir da difusão dos preceitos higienistas passou a responder inteiramente à chefia dos médicos. “Até o início do século XX [...] a ‘boa enfermeira’ era valorizada por habilidades como esmero, paciência, abnegação, cautela e docilidade no trato geral do paciente” (MATOS e BORELLI, 2013, p. 138). Assemelhava-se, portanto, aos ideais da “boa professora”. Antes do século XIX, a formação para atuação na enfermagem era adquirida nas práticas hospitalares. As enfermeiras seguiam o regime de internato e passavam por estreita vigilância para que mantivessem um comportamento moral adequado.

Até o final do século XIX, a odontologia estava restrita às mulheres filhas, esposas ou viúvas de dentistas (homens), uma vez que os custos dos equipamentos eram altos. A propagação da odontologia entre o público feminino consolidou-se a partir de 1884. Entretanto, nesse período, era voltada ao atendimento de mulheres e crianças, uma vez que

eram consideradas moralmente mais adequadas para trabalhar com esse público. Atualmente, entre as razões mencionadas pelas mulheres para a escolha dessa profissão, “está, além do prestígio e da possibilidade de exercê-la com autonomia, a flexibilidade na jornada de trabalho – motivo de grande preocupação entre as mulheres obrigadas a se dividir entre o cuidado da casa e dos filhos e a profissão” (MATOS e BORELLI, 2013, p. 139).

Atualmente, uma pesquisa realizada por Gama (2014), com o intuito de investigar os conflitos entre trabalho, família e gênero, apontou que enquanto os homens ocupam majoritariamente os setores de “comércio e reparação; indústria de transformação; construção; outras atividades; transporte, armazenagem e comunicação; e administração pública”; cabem às mulheres “serviços domésticos; comércio e reparação; educação, saúde e serviços sociais; indústria de transformação; outras atividades; e outros serviços coletivos, sociais e pessoais [...] as mães ocupadas se distribuem majoritariamente no setor de serviços” (GAMA, 2014, p. 164).

No Brasil, segundo Rosemberg (2013), a educação das mulheres também é fato recente e intenso. Ainda que nos cursos de nível superior a maior concentração de mulheres esteja centrada na área de educação e humanas, como no caso das entrevistadas, já é possível observar a inserção de mulheres nas engenharias, medicina, direito, entre outros (MATOS e BORELLI, 2013).

4.2 A Organização e as condições de trabalho no PSE

A organização do processo de trabalho e as condições de trabalho à que as profissionais entrevistadas estão submetidas reflete a realidade vivenciada no contexto capitalista. A fragmentação do processo de trabalho aliada à vasta demanda de atendimentos, tanto na área de educação, quanto na saúde, foram mencionadas durante as entrevistas. O número de educandos envolvidos no Programa frente ao reduzido número de profissionais para atendê-los também aparece como condicionante para a realização das atividades. Da maneira como o PSE encontra-se organizado na área de realização da pesquisa, a necessidade de cumprimento de currículo proposto pela LDB compete diretamente com as atividades do PSE, uma vez que as disciplinas ainda não conseguiram englobar, de fato, o Programa. A não ampliação de carga horária e a inexistência de contratação de profissionais, bem como os baixos salários, a sobrecarga de trabalho e a falta de apoio técnico desestimulam os profissionais.

A organização do trabalho do PSE em nível municipal ocorre de dois modos distintos: *“tem uma coisa que é a Unidade de Saúde, tem outra coisa que é a ESF. São realidades bem diferentes. A ESF já consegue integrar com as escolas da comunidade. Alguns sim e alguns não”* (COORDENADORA MUNICIPAL). Conforme explicitado na fundamentação teórica desse estudo, as diferenças entre ESF e UBS consistem, principalmente, nos objetivos inerentes a cada uma dessas estruturas. Assim sendo, as condições de trabalho e a forma de trabalhar nessas duas modalidades de assistência também é distinta. Enquanto a Unidade Básica de Saúde possui um viés curativista, centrada na figura do profissional médico, sem vínculo com a comunidade, a Estratégia de Saúde da Família objetiva romper com esse modelo de atenção à saúde centrado na doença, por meio da reorganização da atenção à saúde, da promoção da saúde e prevenção de doenças, mantendo um vínculo com a comunidade assistida.

Assim sendo, *“nas unidades de saúde [Unidade Básica de Saúde (UBS)] o Programa vai muito devagar porque não tem uma enfermeira, não tem um técnico superior que faça esse trabalho”* (COORDENADORA MUNICIPAL) de coordenação das atividades. Essas unidades somente foram inseridas no PSE por apresentarem alguma ação de Educação em Saúde preexistente envolvendo educandos, proposta pela educação e/ou pela saúde.

Ainda segundo a Coordenadora Municipal do PSE, nas áreas de UBS não há um técnico de nível superior e/ou técnico para trabalhar o Programa. Os profissionais que ali atuam (enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem) estão envolvidos diariamente em ações curativas tais como realização de consulta, exames, procedimentos, dispensação de medicação e atividades burocráticas. Cabe então aos agentes comunitários de saúde, que possuem um maior vínculo com a comunidade, a realização das atividades do PSE junto às escolas. Uma vez que esses profissionais não possuem formação de nível técnico ou superior para trabalhar com esses assuntos e os profissionais da UBS estão, segundo ela, muito ocupados, as atividades ficam centradas quase que exclusivamente nas Unidades Escolares. Ressalta-se ainda que as Agentes Comunitárias de Saúde também possuem uma extensa relação de atividades a serem realizadas e, portanto, pouco tempo para atuação no Programa.

Assim, reféns do processo de trabalho, *“têm unidades que avançam por comprometimento do próprio profissional de saúde ou da educação ou da união dos dois. Então sempre existem alguns locais que avançam mais do que outros...”* (COORDENADORA MUNICIPAL). Ressaltamos novamente que a área em que desenvolvemos esse estudo constitui-se de uma área de ESF, a qual, embora vinculada à

comunidade, possui os mesmos problemas vivenciados nas UBS em relação à demanda de serviço. Assim sendo, para a Coordenadora Municipal, a (in)disponibilidade de tempo é condição determinante para progresso ou não do PSE.

Em nível local, a gestão do trabalho fica sob a responsabilidade da equipe de saúde bucal, nas unidades onde há equipe de saúde bucal, e a cargo da enfermeira nas unidades que não possuem equipe de saúde bucal. Na realidade investigada, faz-se presente a equipe de saúde bucal através da Odontóloga e da Auxiliar de Saúde bucal.

Uma vez que o Decreto Presidencial nº 6.286 de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola prevê que as equipes participem das atividades do PSE e não um profissional isoladamente, compreendemos como equipe de trabalho da educação todas as profissionais que desenvolvem atividades nas dependências da Unidade Escolar, sejam elas diretoras, professoras, merendeiras, entre outras. A pesquisa de análise do *Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas*, citada anteriormente, evidenciou que dentro dos “muros da escola”, todas as profissionais, docentes e não docentes, participam do processo de ensino-aprendizagem de algum modo, ressaltando o trabalho educativo realizado pelas merendeiras. Essa reflexão faz-se necessária não somente nas escolas onde foi realizada nossa pesquisa, mas sim em todas as escolas do Brasil.

A importância de reunir:

horizontalmente diferentes profissionais de escola [em nosso caso inclui-se os da unidade de saúde], sem desconsiderar suas diferenças – professoras, merendeiras/cozinheiras, auxiliares de serviço, técnicas, diretoras etc. –, todas compartilhando o mesmo espaço, tendo acesso às mesmas informações, realizando conjuntamente os exercícios de estudo de campo, enfim, dialogando-confrontando suas experiências. Esse compartilhamento evidenciou a diversidade de opiniões, olhares, concepções acerca de questões e problemas que envolvem o trabalho escolar, a saúde e as relações de gênero, possibilitando sua desnaturalização (NEVES ET AL, 2014, p. 62).

Entretanto, uma vez que no contexto onde realizamos a pesquisa o planejamento e a organização das atividades a serem realizadas ficam centrados na Unidade de Saúde, na equipe de saúde bucal, nas duas supervisoras da EMEF, e na direção da EMEI; é interessante a constatação de que não há nenhum professor que trabalhe cotidianamente em sala de aula que esteja envolvido nesse planejamento. A ausência dos professores é ser explicada pela carga horária de 40 horas semanais em sala de aula, assim sendo, ainda que o PSE objetive a integração entre educação e saúde, não foi possível efetivá-la de fato entre todos os profissionais. Igualmente, conforme mencionado anteriormente, não é possível constatar a

existência de vínculo entre as duas Unidades Escolares, uma vez que essas não realizam trabalho conjunto, conforme mencionado anteriormente.

Na Unidade de Saúde, a demanda de trabalho dos profissionais também impede a participação de forma significativa de toda a equipe. Tendo em vista que a Odontóloga é a coordenadora local do Programa, durante a realização da entrevista a questionamos sobre a participação dos demais profissionais e, novamente, a *“falta de tempo”* foi referida como a principal condicionante para a não participação das demais trabalhadoras. *“Então eu acho que é uma questão mesmo de tempo. Tem muito volume de trabalho e tu não consegues ter tempo de fazer”* (ODONTÓLOGA). Sobre a participação específica de cada uma das profissionais, a coordenadora local relatou que as demais profissionais não participam, pois estão envolvidas em atividades peculiares a sua contratação. Desse modo, é possível constatar que o envolvimento dos demais profissionais é restrito devido ao conflito atividades versus tempo. À equipe de saúde bucal, a participação é inerente (para não dizer obrigatória) devido ao cargo de coordenação local, portanto sua participação se torna mais ativa, assim como o observado em relação às coordenadoras nas Unidades Escolares envolvidas. Então *“a Odontóloga que coordena mais. Sendo assim, é a Odontóloga que fica mais responsável por tudo”* (ENFERMEIRA).

Desse modo, o planejamento das atividades a serem desempenhadas é realizado através de pactuações entre a Odontóloga e a Auxiliar de Saúde bucal com as responsáveis pelo PSE, nas duas Unidades Escolares. Assim, o Núcleo Gestor local, que deveria ser formado por representantes da Unidade de Saúde e Unidades Escolares, nunca se reúne de forma integral, uma vez que: 1) as Orientadoras da EMEF não estabelecem contato com a Diretora da EMEI e 2) o Núcleo não possui participação da comunidade. Desse modo, constata-se a inexistência de um núcleo formal com participação de representantes das Unidades Escolares e Unidade de Saúde.

Os encontros para realização de planejamento e organização das atividades são realizados de modo formal e informal, conforme a demanda e disponibilidade de tempo. As trabalhadoras realizam contato telefônico ou por e-mail para o agendamento de reuniões, solicitações de demanda ou para sanar suas dúvidas. Essa informalidade na realização desses encontros é explicada pelas trabalhadoras pela falta de tempo para a realização de encontros sistemáticos.

Para além da extensa relação de atividades a que as profissionais de saúde estão submetidas, a quantidade de crianças envolvidas no Programa também dificulta a realização das ações. Conforme a Odontóloga e coordenadora local do PSE, *“é muita gente. A gente só*

consegue porque tem muito estagiário da [Universidade] que vem, [...] senão a gente não conseguiria dar conta, pelo tamanho que são as duas Unidades de Educação”. Acreditamos que se as atividades na Unidade de Saúde não fossem somente centradas na equipe de saúde bucal, a sobrecarga seria amenizada, o que possibilitaria atingir a totalidade de educandos. Uma alternativa seria a atuação dos demais profissionais da área da saúde nas atividades realizadas nas Unidades Escolares e, para aqueles que realmente não seja possível a ida à escola, a realização das atividades burocráticas. Refletindo acerca da estrutura e organização da ESF, essa parte burocrática poderia ser delegada às técnicas de enfermagem, ACSs ou estagiários. Se o Programa permitisse a contratação de uma trabalhadora para a realização de serviços administrativos, essa pessoa poderia fazer a compilação e digitação dos dados e outros do gênero.

Ressaltamos ainda que a localidade onde realizamos a pesquisa é composta por uma EMEF e uma EMEI, perfazendo um total de 727 alunos (APÊNDICE C); entretanto, conforme podemos visualizar no apêndice, tabela que apresenta os dados da adesão do município, é possível observar que o número de educandos e escolas varia entre as unidades de saúde: *“se é uma escola menor, até vai tranquilo. Se só tivesse uma. Mas aí são duas. Mas agora, quando tem mais, aí nem sei como é que dão conta de tanta coisa”* (ODONTÓLOGA).

Assim sendo, segundo a Enfermeira, a burocracia e a alta demanda por atendimentos impede um trabalho mais próximo entre da educação e da saúde com os adolescentes: *“tu sabe que eu trabalhei [em outra ESF] três anos; a gente tinha uma ligação maravilhosa com a escola. Não tinha PSE, mas [...] era mais integrado. [...] Eu não trabalho tão integrada quanto lá, aqui. Aqui eu não vejo essa integração, mesmo com o PSE”* (ENFERMEIRA). Tal diferença na forma de organização do trabalho pode ser explicada pelas consequências da atual organização do processo de trabalho no contexto capitalista, especialmente no que se refere à sobrecarga de trabalho:

Até porque, Andreza, era outra época de trabalho. Hoje em dia, a demanda, a burocracia, nos consome tanto, que às vezes a gente acaba deixando um pouco de lado outras atividades que seriam essenciais, do meu ponto de vista. Porque se a gente não trabalhar agora na escola com adolescentes, depois como vai ser o futuro? Então eu acho que a demanda e tudo isso dificulta um pouco o nosso trabalho com a escola. [Essas atividades] que nos consomem e não dá tempo de fazer planejamento para outras coisas. Infelizmente. Que é uma prioridade, eu acho. Deveria ser uma prioridade. Trabalhar... e o vínculo com esses adolescentes (ENFERMEIRA).

Tendo em vista que para o recebimento de verbas por parte do município e para a permanência do município no Programa faz-se necessária a comprovação das atividades realizadas, a parte burocrática torna-se tão, se não mais essencial que a própria realização das atividades. Para além do tempo que as profissionais levam elaborando e executando as atividades, elas necessitam também de um amplo tempo para a digitação e manuseio da documentação dessas atividades. Não estamos aqui menosprezando a documentação e comprovação dessas atividades, mas sim discutindo a percepção dos profissionais sobre “*outros tempos*” em que a diminuta burocracia ampliava o tempo para a realização das atividades. Ressaltamos aqui que a inserção do PSE se deu de forma análoga à inserção de inúmeras outras Estratégias e Programas, sem a diminuição de outras atividades dos profissionais envolvidos.

Nas Unidades Escolares essa realidade é similar. A quantidade de alunos a serem atendidos e a burocracia existente sobrecarregam as profissionais. Na EMEF, as duas entrevistadas afirmaram que existe “*muita ficha, muita coisa pra preencher [...] uma coisa trabalhosa. Muito trabalho*” (ORIENTADORA 1 EMEF). Ao passo que na EMEI, a Diretora mencionou a quantidade de alunos a serem atendidos e a extensa relação de atividades burocráticas e a insuficiência de profissionais para a realização das atividades.

Na área de abrangência da realização desse estudo, o apoio externo é oriundo da Universidade e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todas as entrevistadas citaram a Universidade em seus relatos, ressaltando a importância de sua colaboração com o Programa. Para a Coordenadora Local do PSE, Odontóloga, “*a gente tem o NASF, que quando a gente precisou já vieram fazer palestra, inclusive sobre álcool e drogas [...] Tem o próprio pessoal da [Universidade] que, mesmo que não tenha estagiário, se a gente precisa, sempre tem um contato ou outro [e] tu consegues que alguém venha*”. Também é unanimidade entre as entrevistadas a percepção de que as atividades do PSE só estão sendo realizadas amplamente em virtude do apoio da Universidade.

Na EMEI, o apoio da Universidade se faz presente constantemente, conforme demonstra a fala da Diretora: “*temos o pessoal da fisioterapia que vem pelo menos uma vez no ano [e] encaixa no Programa [e] a enfermagem fez agora um trabalho também. Está entrando a nutricionista para trabalhar com os pais, que tem o grupo de risco e o grupo de obesidade*”. A entrevistada afirma ainda que “*nosso programa ainda está voltado, se a gente for analisar, com muito grupo de fora, não tanto com iniciativas nossas aqui*”. Uma vez que a implantação do PSE no município é recente, aproximadamente 18 meses no momento de realização das entrevistas, as instituições escolares ainda estão se adaptando. As atividades

desenvolvidas pelos estagiários da Universidade, tanto da área de educação quanto da saúde, podem ser incluídas no PSE, pois além de favorecer a participação comunitária da universidade através de seus discentes e docentes, muitas estimulam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, possibilitam a formação integral dos educandos e fortalecem o enfrentamento às vulnerabilidades sociais, conforme previstas pelo PSE.

Na EMEF, a Orientadora 2 reafirma essa participação da Universidade ao destacar que as atividades são planejadas *“em parceria. Era [Universidade], postos de saúde e escola. [...] Mas quem está ajudando para desenvolver na prática o trabalho são os estagiários da [Universidade]”*. Também na EMEF, a Orientadora 1 mencionou o apoio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): *“... o CRAS nos ajuda. Mas não é convênio. É uma parceria com o CRAS, que é o Centro de Referência aqui, ali do lado. Essa parte do bolsa família é com eles”*. Entretanto, complementando, a Orientadora 2 mencionou que *“eles só têm assistência social, psicólogos... então só tem essa parte”*.

O apoio externo, nesse caso de maneira especial da Universidade, é de extrema relevância para o Programa e para as trabalhadoras, uma vez que, conforme demonstrado no tópico anterior, a sobrecarga de trabalho dificulta a realização de mais atividades pelas trabalhadoras. Os discentes e docentes auxiliam no preenchimento dessas lacunas e no fortalecimento das ações realizadas.

Como temos demonstrado, o fator tempo é um aspecto condicionante das atividades realizadas ou não realizadas pelas trabalhadoras. As atividades encontram-se amplamente fragmentadas e a sobrecarga a que as trabalhadoras estão submetidas devido à inserção das atividades do PSE sem ampliação da equipe de trabalho resultam num trabalho extenuante.

Para a Coordenadora Municipal do programa, as *“experiências exitosas”* em relação ao Programa estão completa e diretamente relacionadas ao fator tempo, uma vez que as situações de referência em nível nacional envolvem, segundo ela, *“atividades que a gente faz no município com um determinante: que a pessoa que trabalhe no PSE trabalhe com dedicação exclusiva de 40 horas para o PSE”*. Nesses municípios, uma pessoa do quadro colaborativo foi destinada exclusivamente para o desenvolvimento das atividades do PSE, ou ocorreu a contratação de uma trabalhadora para a função. Conforme complementa, *“se eu tivesse minhas 20 horas só para o PSE, daria pra ter mais pernas e fazer mais coisas, aparecer, registrar mais coisas do que a gente faz. Então, com o tempo que a gente tem, até que a gente faz bastante”* (COORDENADORA MUNICIPAL).

Desse modo, a entrevistada afirma que a falta de tempo para desenvolver o Programa não é realidade exclusivamente sua, mas também dos demais profissionais envolvidos com o

PSE: *“na verdade elas [profissionais da educação e saúde do PSE] estão refletindo a crise na saúde que a gente está passando. Onde a gente está tendo que dar conta da assistência urgente, [...] porque é isso que se consegue fazer, e fica pra traz outra parte de prevenção, que é justamente a parte que o PSE trabalha”* (COORDENADORA MUNICIPAL).

A *“falta de tempo”* para a realização das atividades foi mencionada não somente pelas profissionais da área da saúde, mas também, e ainda mais, pelas profissionais da EMEF e da EMEI. Na EMEF, a Orientadora 1 afirma que *“não tem tempo de colocar mais ações, [...] 600 alunos, três turnos, sérios problemas que eles têm, a gente não consegue também dar conta dessa parte. As ações que estão previstas nem todas elas estão sendo desenvolvidas. [...] Por causa da falta de tempo”*. Para ela, além *“de todo trabalho normal”*, agora se faz necessário o desenvolvimento das atividades do Programa sem o incremento de recursos financeiros nem humanos. Em relação à aderência ao Programa e manutenção da carga horária pré-existente, o trabalho definido como *“normal”* pela entrevistada é o trabalho inerente à sua ocupação específica: orientação escolar. Podemos aqui relacionar o trabalho a algo penoso, a que as trabalhadoras foram inevitavelmente submetidas, conforme afirmam Albornoz (1986) e Enguita (1989).

Para a Orientadora 2 da EMEF, a falta de tempo limita as ações realizadas, comprometendo desse modo a adequada concretização do Programa, pois segundo sua colega:

foi assim: nós colocamos mais um serviço que tem que ser desenvolvido na escola, ou dentro do bairro, na comunidade, mas assim: se vira. Sem prever os custos necessários para esse programa dar também bons resultados. Com o tempo os profissionais vão desanimar e vão fazer menos do que podem fazer. Aí ele vai ficar limitado: nós podemos fazer isso e isso, mas não vai atingir o objetivo do programa (ORIENTADORA 1 EMEF).

Para as trabalhadoras, o Programa foi criado, implantado e está sendo executado. Entretanto, o apoio financeiro e, principalmente, a quantidade de profissionais necessária para execução do PSE não foram adequadamente planejados, ocasionando a sobrecarga de trabalho e o desestímulo de algumas profissionais. Isso compromete não só as atividades do PSE, mas também as demais atividades inerentes a todas as trabalhadoras.

Na realidade vivenciada na EMEI, a implantação do Programa gerou preocupação com a carga de trabalho à qual as trabalhadoras foram submetidas, conforme afirma a Diretora, da EMEI: *“então isso veio, vamos fazer, e vocês que façam... tem que ser feito!”* Ela ressalta ainda que *“... não se faz nada com pouco tempo, pouco recurso. Se tu queres que alguma coisa aconteça, tem que ter, no mínimo, dinheiro. Porque se tem dinheiro, ainda funciona.*

Mas se não tem, tu ainda tem que ter o olhar de alguém e a orientação de alguém”. Essa fala demonstra a percepção de todas as demais trabalhadoras: a necessidade da ampliação de tempo para realizar as atividades propostas. Pois *“as coisas não acontecem, não caem do céu, e se não tiver alguém ali, muito junto, orientando, não vai acontecer...”*. Uma vez que a Coordenadora Municipal, pessoa de referência para orientação e supervisão das atividades em nível municipal, também possui restrição de tempo para tais atividades, todo o processo de planejamento, execução e avaliação do programa fica comprometido.

Como afirma Silva (2012, p. 18), *“a profissão docente é uma das que mais teve aumento de tarefas nos últimos anos, pois além de ensinar conteúdos da área para o qual foi preparado, o professor tem que lidar com conteúdos para os quais não tem nenhuma capacitação”*, como ocorre no Programa Saúde na Escola.

4.3 Implementação do PSE: expectativas, dificuldades e limites

Nossa análise do processo de implementação do PSE na realidade investigada foi realizada através da exploração das expectativas, carências, dificuldades, limites e frustrações das trabalhadoras, bem como do seu conhecimento para poder confrontar a realidade vivenciada à proposição do PSE, considerando ainda a formação e sustentação do vínculo entre as trabalhadoras, fator fundamental para o desenvolvimento das atividades do Programa.

Ainda que as dificuldades e limites tenham sido mencionados por todas as trabalhadoras, é incontestável a posição favorável em relação ao Programa, como demonstram as falas a seguir:

*Muito bacana. É um acompanhamento que a gente tem (PROFESSORA);
Eu achei bem interessante. Achei bom porque a gente leva bastante conhecimento para as crianças e eles precisam muito (ASB);
... na realidade eu achei ele um programa bom (ORIENTADORA 2 EMEF).*

Ao serem questionadas sobre as atividades realizadas, todas as entrevistadas descreveram ações condizentes com as preconizadas pelo Decreto Presidencial nº 6.286, que instituiu o Programa. Ainda que nenhuma tenha citado ações que atendam a todos os objetivos, é plausível afirmar que todas as respostas foram condizentes com um ou mais objetivos. Tendo em vista as dificuldades e limitações apresentadas, especialmente no que diz respeito às condições de trabalho e considerando a recente implantação do PSE no município, segundo as entrevistadas o Programa está conseguindo atingir os objetivos propostos.

A promoção da saúde e a cultura da paz, através da prevenção de agravos à saúde, são realizadas através de atividades supervisionadas, como a escovação realizada nas escolas e mencionadas pela Odontóloga da Unidade de Saúde: “... a odontologia sempre fez esse trabalho de educação pra saúde bucal, de prevenção com uso de flúor, escovação supervisionada... então isso já vem de muitos anos” (ODONTÓLOGA).

O fortalecimento da relação entre as redes públicas de saúde e de educação e a articulação das ações do Sistema Único de Saúde às ações das redes de educação básica pública é estimulado através do trabalho contínuo entre as duas áreas, conforme demonstra a fala anterior. A trabalhadora ressalta ainda que a relação entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Educação é pré-existente aos seus sete anos de atuação nessa unidade e que o vínculo constituído é essencial para o desenvolvimento e continuidade dos trabalhos.

A comunicação entre escolas e unidades de saúde realizada em atividades como o controle de vacinação, mencionado pela Diretora na EMEI, possibilita a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes. A Unidade Escolar, nesse caso a EMEI, solicita que as crianças tragam as carteirinhas de saúde, essas são repassadas à Unidade de Saúde para que sejam analisadas e posteriormente devolvidas com uma lista das pendências. “*Eu acho que [após a inserção no Programa] a gente tem um olhar mais para o cuidado*” (DIRETORA EMEI).

A ampliação do alcance e do impacto das ações relativas aos estudantes envolvendo suas famílias pode ser constatada na concretização de atividades realizadas especialmente nas Unidades Escolares, como o grupo de obesidade que envolve pais e alunos na EMEI. As atividades propostas pelo Programa possibilitam, além da constituição de condições para a formação integral dos educandos, a formação em saúde das famílias, na medida em que esses participam das atividades na escola e/ou compartilham em casa dos aprendizados dos estudantes.

A construção de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos é desenvolvida principalmente através do trabalho conjunto com instituições parceiras, como o Centro de Referência de Assistência Social e o acesso às informações de ordem sexual, ainda censurada por muitas famílias.

As vulnerabilidades na saúde, que podem comprometer o pleno desenvolvimento escolar, estão comumente associadas à violência, à utilização e ao abuso de drogas, à prática sexual precoce e/ou sem proteção, à prostituição etc. Segundo estudo realizado em 2011 em Contagem, Minas Gerais, envolvendo 715 adolescentes de escolas públicas municipais, a vulnerabilidade se agrava quando a Estratégia Saúde da Família e o Programa Saúde na

Escola não consideram “as experiências e autonomia possível dos adolescentes diante dos contextos de vulnerabilidades, prevalentes nessa faixa etária” (REIS ET AL., 2013, p. 2). O estudo evidencia ainda a relação entre vulnerabilidade à saúde do adolescente e as condições socioeconômicas dos mesmos.

Os resultados desse estudo aliados às informações que objetivamos reforçam a importância das ações realizadas pelas trabalhadoras de educação e saúde para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais a que os educandos estão submetidos, especialmente pelo fato de nosso estudo ter sido realizado em uma área carente do município. A fala da Orientadora 1 na EMEF explicita uma das ações realizadas no combate às vulnerabilidades dos adolescentes: “*a sexualidade estava um problema sério nos quintos anos. Daí eu entrei em contato com a [Coordenadora Municipal] e disse: eu quero que tu dê a palestra [Coordenadora Municipal]. Daí ela veio*” (ORIENTADORA 1 EMEF).

Frente às informações obtidas nas entrevistas, a maior carência em relação aos objetivos, segundo as entrevistadas, diz respeito ao tópico VII, que trata do fortalecimento da participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo, com exceção da comunidade escolar. Segundo as trabalhadoras, a participação da comunidade não ocorre de forma expressiva. A participação dos pais é crucial para a formação integral dos educandos. Entretanto, somente a entrevistada, com o objetivo de testar o roteiro da entrevista mencionou a participação dos pais. Todas as demais foram unânimes ao afirmar que a participação dos pais e do restante da comunidade ainda é limitada. Para a pedagoga e Diretora de EMEI, os pais:

Às vezes não têm tempo, e às vezes não querem, porque é educação infantil e [as crianças, segundo eles] não estão aprendendo nada. Eles só estão aqui porque os pais precisam trabalhar. O discurso dos pais é de que eles só vão aprender no primeiro ano, o que não é verdade. Pois a gente sabe que muita coisa que eles vão fazer aqui vai determinar muita coisa para o resto da vida... (DIRETORA EMEI).

A pesquisa de abrangência nacional “Atitudes pela educação” realizada em 2014 pelo Todos Pela Educação, a Fundação Roberto Marinho, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, a Fundação Itaú Social, o Instituto Unibanco e Instituto C&A, com realização do Instituto Paulo Montenegro e do IBOPE Inteligência dimensionou e mapeou as ações e comportamento dos pais (bem como dos responsáveis) em relação à vida escolar das crianças. O resultado em relação à participação das reuniões da escola constatou que 69% das mulheres entrevistadas e 34% dos homens compareceram a todas as reuniões na escola. Esse índice altera-se de acordo

com a faixa etária das crianças, sendo no geral (homens + mulheres) de 58% entre os pais de escolares de 6 a 10 anos e 46% entre os pais de jovens de 15 a 17 anos.

Entre as justificativas para a ausência de envolvimento aparece com 66% “não tenho tempo”. Em relação a outros eventos realizados na/pela escola, 42% afirmaram sempre participar, 39% às vezes e 18% nunca. O motivo predominante novamente foi “não tenho tempo” (53%). O número mães/pais que participam das atividades escolares dos filhos ressalta a centralização do cuidado na figura feminina, uma vez que o número de mães que participa das reuniões e demais atividades da escola é significativamente maior que o número de pais. Segundo a Diretora da EMEI, os pais “às vezes não têm tempo, e às vezes não querem...”.

Uma vez que “a família é considerada a primeira agência educacional do ser humano e é responsável, principalmente, pela forma com que o sujeito se relaciona com o mundo, a partir de sua localização na estrutura social” (OLIVEIRA & MARINHO-ARAÚJO, 2010, p. 100), faz-se necessário refletir brevemente acerca do papel da escola e do papel da família no processo educativo. Do mesmo modo torna-se necessário atentar para a diferença entre a educação e a instituição escolar e jamais utilizá-las como sinônimos. É função da família “a educação moral, ou seja, a transmissão de costumes e valores de determinada época torna-se, nesta perspectiva, seu principal objetivo” (OLIVEIRA, 2002, p. 16).

Para Saviani (2011, p. 14), é função da escola “propiciar a aquisição dos instrumentos que possibilitam o acesso ao saber elaborado (ciência), bem como o próprio acesso aos rudimentos desse saber. As atividades da escola básica devem organizar-se a partir dessa questão”. O que presenciamos, entretanto, é o crescente envolvimento da família com atividades fora do lar (trabalho, estudo, recreação, entre outros) e o distanciamento dos pais em relação à educação dos filhos. Esses, por sua vez, passam a ter na escola mais do que um espaço de aquisição de saber, confundindo-a com uma instituição responsável por educar moralmente e cuidar das crianças para que os pais possam trabalhar, conforme descrito pela Diretora da EMEI

Apesar disso, a fala da Diretora da EMEI permite constatar a participação dos pais, embora nem todos, em algumas atividades desenvolvidas pela escola: “*está entrando a nutricionista para trabalhar com os pais que têm a faixa do grupo de risco obesidade*” e “*então todo ano a gente tenta, na reunião com os pais, já trazer [e] mudar algumas coisas, ou ampliar de forma que a gente contemple aquele item que nós tínhamos antes do Programa*” (DIRETORA EMEI).

Em outra escola, a Professora afirmou que “*na verdade, quando a gente faz o primeiro conselho de classe, os pais recebem esse formulário com todas as informações do seu filho, aí é feita essa troca/diálogo com os pais*”. Assim sendo, é possível constatar que o Programa está conseguindo aproximar os pais da Escola, seja através de grupo para pais de crianças diabéticas, de informações em reunião de pais ou do retorno sobre o índice de massa corpórea. A participação da comunidade e, portanto dos pais, no Núcleo Gestor ainda é inexistente, acreditamos que em virtude da carga de horário de trabalho dos pais e das entrevistadas.

4.3.1 Expectativas iniciais e seus desdobramentos

A análise das expectativas iniciais em relação ao Programa pode ser traduzida de forma positiva. Com o andamento das entrevistas foi possível perceber que realmente o estopim do Programa no município foi a possibilidade de custeio financeiro para compra de insumos. Entretanto, com o não recebimento dessas verbas, o Programa teve continuidade e já é possível constatar mudanças, como veremos adiante.

Conforme mencionamos a Coordenadora Municipal tomou conhecimento do PSE em um evento que participou em Brasília, representando o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, quando foi informada de que o PSE supostamente “*jogava dinheiro nos postos, que tinha algum programa na Bahia que tinha comprado um carro, que tinha feito escovódromos nas escolas, tudo com o tal do dinheiro do PSE*”. A referida verba está de acordo com o previsto na Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, que redefiniu as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispôs sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. A Portaria estabeleceu incentivos financeiros para custeio das ações a serem realizadas no Distrito Federal e nos Municípios que aderissem ao PSE. O cálculo do valor a ser repassado é feito com base no número de educandos e nas atividades realizadas.

No município em questão, com o valor do recurso inicial a coordenação municipal adquiriu livros para as bibliotecas das Escolas e jogos educativos para as EMEIs. A opção pela compra desses materiais em nível municipal, e não nos Núcleos Gestores formados por profissionais das escolas e unidades de saúde de cada área (e que na área de realização das entrevistas infelizmente ainda não conta com a participação de representantes da comunidade), foi pautada no valor recebido. Como o valor era muito baixo para ser dividido, essa foi a melhor alternativa encontrada no momento. Posteriormente foi acordado que as

próximas verbas, que certamente seriam de um valor mais expressivo, ficariam sob a responsabilidade do Núcleo, para que esse decidisse em que deveriam ser investidas.

Com a possibilidade de recebimento de verba para aquisição de insumos, os Núcleos desenvolveram seus planejamentos de acordo com a realidade de cada Unidade Escolar e de Saúde: *“no planejamento deles, eles botaram muitas atividades a serem realizadas a partir do insumo que ia chegar. Eles planejaram escovódromo nas escolas, melhorias das bibliotecas...”* (COORDENADORA MUNICIPAL).

Entretanto, *“isso não aconteceu. [...] Porque o programa parou de mandar verba... e nunca tivemos verba por termos inserido os dados e atingirmos a produção”* (COORDENADORA MUNICIPAL), o que acarretou na desmotivação de algumas trabalhadoras. Cientes das restrições financeiras das escolas públicas, bem como das unidades públicas de saúde, a empolgação frente à possibilidade de recebimento de recursos torna-se compreensível. Entretanto, para a Coordenação, *“por falta de informação, não fui mais procurá-los. E sabe, quando não há uma cobrança, uma visita, a coisa esfria”* (COORDENADORA MUNICIPAL). Especialmente para as escolas, essa quebra de compromisso do Ministério da Saúde gerou frustrações, desmotivação e rompimento das expectativas, uma vez que muitas das atividades planejadas estavam relacionadas à aquisição dos insumos.

A Coordenadora Municipal afirma não possuir tempo disponível para buscar novas informações a respeito do repasse financeiro, bem como de outros elementos sobre o PSE, pois possui apenas 5 horas semanais para atuação no programa. Tendo em vista a extensão das atividades burocráticas, inerentes à execução do programa no município, o tempo restante a ser destinado às atividades de campo do Programa e captação de informações torna-se quase ausente. Então, dependendo da demanda, se estabelecem as prioridades. Ainda que lamentável, a fala da Coordenadora Municipal do Programa, bem como das demais trabalhadoras entrevistadas, reflete a realidade vivenciada: a supervalorização do aspecto econômico, o aumento da sobrecarga de trabalho que direta ou indiretamente acarreta na desvalorização das profissionais.

4.4 As práticas de formação para o trabalho no Programa Saúde na Escola

Inicialmente abordaremos a formação inicial das trabalhadoras (curso técnico e graduação) bem como suas especializações (pós-graduações em nível de especialização e

mestrado). Posteriormente apresentaremos a formação complementar realizada para atuação no Programa. Optamos pela denominação “formação complementar” para nos referirmos à Educação Permanente em saúde, Educação Continuada e Educação em Serviço. Iremos tratar ainda das dificuldades apresentadas pelas trabalhadoras quanto à formação para o trabalho no Programa.

Retomamos brevemente a formação das entrevistadas, que apresentamos na tabela a seguir:

FORMAÇÃO DAS ENTREVISTADAS			
SUJEITA	FORMAÇÃO ACADÊMICA	ESPECIALIZAÇÃO/OUTRO CURSO	MOTIVO DA ESPECIALIZAÇÃO
Sujeita A	Educação Física- Licenciatura	1. Gestão do esporte – Futebol 2. Metodologia do ensino da Educação Física	Interesse Pessoal
Sujeita B	Psicologia	1. Saúde da família 2. Saúde pública	Interesse pessoal
Sujeita C	Odontologia	Odontologia em saúde coletiva	Interesse pessoal
Sujeita D	Auxiliar de Saúde Bucal	Técnico em enfermagem	Interesse pessoal
Sujeita E	Enfermeira	1. Enfermagem na atenção básica 2. Saúde da família	Interesse pessoal
Sujeita F	Matemática	Orientação educacional	Interesse pessoal
Sujeita G	Pedagogia	Currículo por atividade nos anos iniciais	Demanda de serviço
Sujeita H	Pedagogia	1. Psicopedagogia – Gestão educacional 2. Transtornos do desenvolvimento da infância e adolescência (Cursando) 3. Mestrado em políticas públicas na Gestão Educacional (Iniciando)	Interesse pessoal Demanda de serviço Interesse pessoal

Quadro 4 – Formação das trabalhadoras entrevistadas.
Quadro elaborado pela pesquisadora.

Entre as oito trabalhadoras, sete possuem formação de nível superior e uma de nível técnico. Todas as trabalhadoras de nível superior possuem especialização de algum tipo. Cinco delas realizaram exclusivamente por interesse pessoal, uma por demanda de serviço e uma por ambos os motivos. É possível afirmar ainda que todas as especializações estão de algum modo relacionadas à ocupação das entrevistadas.

4.4.1 Formação inicial: ponto de partida

Ao elaborar o roteiro da entrevista, iniciamos nossas interrogações questionando-nos em que medida a formação inicial havia realmente capacitado as profissionais para a atuação

no Programa. Cientes de que a formação inicial das entrevistadas é pré-existente à implantação do PSE, julgamos ser necessária sua análise, para, posteriormente, estabelecer de que forma essa formação foi e está sendo considerada para a formação complementar dessas trabalhadoras. Ressaltamos que uma das entrevistadas concluiu sua graduação 28 anos antes da implantação do PSE no município em que foi realizada a pesquisa.

TEMPO DE FORMAÇÃO			
SUJEITA	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	ANOS DE ATUAÇÃO NA ÁREA
Sujeita A	26	5 anos	4 anos
Sujeita B	51	27 anos	27 anos
Sujeita C	39	16 anos	15 anos
Sujeita D	32	8 anos	8 anos
Sujeita E	36	11 anos	11 anos
Sujeita F	42	18 anos	2 anos como coordenadora e 18 anos como docente
Sujeita G	65	30 anos	30 anos
Sujeita H	28	6 anos	6 anos

Quadro 5 – Tempo de formação das trabalhadoras entrevistadas.

Quadro elaborado pela pesquisadora.

Questionamos abertamente as entrevistadas: O curso superior lhe preparou para este trabalho? Que coisas você viu na universidade que ajudam nesse trabalho? Entre as quatro trabalhadoras da área da educação entrevistadas, é consenso que a formação tradicional não as preparou para a atuação no Programa, conforme ilustram os depoimentos abaixo:

Acho que não. Foi bem específico: educação física, atividade física. Não tenho lembrança de algo relacionado à saúde. Claro que teve muitos comentários, muitos exemplos em relação a isso, mas específico, me preparar pra isso, não (PROFESSORA);

Quando a gente faz o curso, a graduação, a pós-graduação, a gente aprende a teoria. Agora a prática, acho que é no dia-a-dia. Eu acho que é na prática que a gente realmente aprende. A teoria tu buscas lá. Mas, para pegar mesmo, é na prática (ORIENTADORA 1 EMEF);

Não preparou. Porque foi justamente nesses anos que era direcionada a questão de orientação educacional. Seria mais para a parte de relacionamento, comportamentos, emoções, mais a parte afetiva do aluno. [...] Mais fechado também (ORIENTADORA 2 EMEF);

Não teve disciplina específica sobre saúde (DIRETORA EMEI).

A graduação dessas trabalhadoras foi concluída num período de 5 a 30 anos, os currículos evoluíram, as prioridades mudaram. Entretanto, as trabalhadoras possuem uma mesma perspectiva em relação a não existência de formação para a Educação em Saúde, mesmo que a LDB 5.692 inserisse a Educação em Saúde no contexto escolar já na década de 70. Ainda que centrado inicialmente na disciplina de educação física, desportiva e recreativa escolar, em 1977 o Parecer CFE nº 2.264/74 ressaltou a importância da Lei nº 5.692 em relação ao programa de saúde, estabeleceu que a aprendizagem deveria se processar, prioritariamente, através de ações e não de explicações, portanto, em todas as disciplinas. Sendo assim, as profissionais deveriam ter tido formação para tal atuação. Entre as quatro trabalhadoras, três realizaram sua graduação na mesma universidade, no município onde foi realizada a pesquisa. Apenas a Diretora da EMEI realizou sua graduação em uma universidade diferente, no mesmo município.

Para a Auxiliar de Saúde bucal, única profissional de nível técnico entrevistada, a inexistência de formação está relacionada à curta duração do curso e à ausência de estágios direcionados à essas ações. Tendo em vista que este é um curso de curta duração, significativamente menor que os cursos de graduação da área da saúde, a ausência de formação nessa área talvez se torne compreensível. Entretanto, uma vez que tanto nas unidades de Saúde Pública quanto nas privadas as trabalhadoras exercem função de apoio aos dentistas, acreditamos que deveriam ser capazes de desenvolver a conscientização dos usuários individual e coletivamente.

Segundo o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), enquanto o curso superior “é caracterizado pelo domínio de princípios científicos e tecnológicos próprios, com ênfase em determinado ramo de atividade humana”, com maior tempo de duração e uma estratégia de formação mais generalista, o curso técnico “tem como objetivo capacitar o participante para atuar no setor produtivo, com um ensino focado e rápido. [...] O curso técnico é focado na empregabilidade. O participante tem acesso imediato ao mercado de trabalho”, pois está mais voltado às necessidades imediatas, através de formação específica que possibilita a rápida inserção no mercado de trabalho. No entanto, acreditamos que o diminuto tempo de formação e os objetivos do programa não preparam os profissionais de forma ampla como ocorre no Ensino Superior.

Entre as três trabalhadoras da área da saúde de nível superior, incluindo aqui a Coordenadora Municipal do programa, obviamente o cenário é distinto. Seria inconcebível que profissionais da área da saúde não fossem preparados para trabalhar com saúde. Ressalta-se que as graduações foram realizadas em três instituições distintas num período de 11 a 27

anos anteriormente à realização dessa pesquisa, sendo que apenas uma entrevistada realizou o curso na Universidade existente no município. As falas a seguir demonstram a percepção das trabalhadoras:

Na minha graduação, que já faz bastante tempo, eu tive que cumprir um ano de estágio em escola. Nós tivemos uma cadeira de psicologia escolar e um ano de estágio em escola (COORDENADORA MUNICIPAL);

Sim, [...] a gente tinha uns três semestres de saúde coletiva e tinha estágios que a gente fazia em escolas, tinha atendimento em escola, tinha a parte de educação pra saúde, a gente teve bastante contato com isso. [...] Bastante até se fosse pensar: eu entrei em 95 na faculdade (ODONTÓLOGA);

Durante a graduação sempre tive, a gente teve uma cadeira que a gente fazia na escola: capacitação, teatro, palestras. É que na verdade a gente [enfermagem] já é preparado para os grupos de educação em saúde, a gente já está meio preparado para isso (ENFERMEIRA).

Entretanto, conforme mencionado anteriormente, o que falta para as trabalhadoras da área da saúde é a didática para trabalhar com os alunos. Reconhecemos que nesse estudo pecamos ao nos abstermos desse questionamento. Caberia o questionamento mais claro sobre suas dificuldades nesse âmbito. Na entrevista realizada na EMEF com as duas Orientadoras, elas referem de que forma sanam essa carência: “... *eles não têm aquele jeito com o aluno. Então a gente sempre tem que acompanhá-los. Vem o pessoal da saúde, mas nós temos que acompanhar por causa da nossa didática, da nossa pedagogia, que para eles falta*” (ORIENTADORA 1 EMEF).

Tendo em vista as carências oriundas dessa formação, ressaltamos que todas as trabalhadoras, inclusive as da área da saúde, destacaram a importância da educação não formal e da educação informal para a construção de conhecimentos necessários para a atuação no Programa.

Usualmente observamos o aprisionamento da educação ao processo de escolarização, considerada a única forma de educação possível: “embora a produção do conhecimento não se restringisse à instituição ou a lugares determinados, a transmissão regular e disciplinar desses conhecimentos foi sendo, com o tempo, delegada à escola, ou melhor, à educação formal” (GASPAR, 1990, p. 172). Assim sendo, a educação formal é aquela que possui reconhecimento oficial, conteúdos previamente demarcados e sistematizados em currículos, ambientes normatizados, tempo estabelecido, oferecida nas instituições escolares, organizadas em cursos com níveis, graus, programas, currículos e diplomas. Marcada pela transmissão de conhecimento em que cabe ao professor educar, objetiva, além de uma aprendizagem efetiva, a certificação e titulação dos indivíduos (GADOTTI, 2005; GASPAR, 1990; GOHN, 2006).

A esse tipo de formação todas as trabalhadoras entrevistadas foram submetidas obrigatoriamente em seu processo de escolarização.

A educação não formal é anterior e contemporânea à instituição escolar. Mais difusa, menos burocrática e menos hierárquica, ocorre através do compartilhamento de experiências por meio de processos interativos intencionais, sem que seus objetivos sejam dados a priori. Diferentemente da educação formal, não é organizada em séries, faixa etária, estrutura curricular: “a questão da intencionalidade é um elemento importante de diferenciação” (GOHN, 2006, p. 29). Pode possuir disciplinas, currículos e programas, porém sem a oferta de diplomas considerados oficiais (GASPAR, 1990). As práticas de educação com a comunidade, por exemplo, feitas por educadores em projetos sociais, pela Igreja, ONGs etc., são exemplos desse tipo de educação. Para Gadotti (2005, p. 2), nesse tipo de educação o espaço e o tempo são categorias importantes, assim como a “flexibilidade tanto em relação ao tempo quanto em relação à criação e recriação de seus múltiplos espaços”.

No caso das trabalhadoras entrevistadas para nosso estudo, esse tipo de educação é expresso pelas capacitações realizadas presencialmente ou via EAD, em que as trabalhadoras possuem a intencionalidade de aprender. Entretanto, as ações não são organizadas em séries ou faixa etária bem como não possuem a oferta de certificados oficiais.

A educação informal, frequentemente confundida com a educação não formal, é considerada por Gaspar (1990) como a “escola da vida, de mil milênios de existência”. Não possui reconhecimento oficial, espaço, período ou horários delimitados, os conteúdos não são demarcados e/ou sistematizados. Marcada pela interação cultural, consiste em um compartilhamento entre quem sabe e quem queira e/ou precise aprender, pois “ensino e aprendizagem ocorrem espontaneamente, sem que, na maioria das vezes, os próprios participantes no processo deles tenham consciência” (GASPAR, 1990, p. 173). Ainda para a autora, os resultados não são esperados, eles simplesmente acontecem, através das socializações realizadas na família, na igreja, na comunidade.

Esse tipo de educação foi mencionado por todas as entrevistadas desse estudo, referido por elas como “aprendizado na prática”. Sua importância é ressaltada, uma vez que, conforme mencionamos, não possuíam formação inicial para atuação no Programa. Portanto, é a formação informal que possibilita a realização das atividades do PSE.

Um conflito constantemente observado em nossa sociedade é a atribuição da formação moral, que deveria ser realizada pela sociedade, à instituição escolar. É função da família “a educação moral, ou seja, a transmissão de costumes e valores de determinada época torna-se, nesta perspectiva, seu principal objetivo” (OLIVEIRA, 2002, p. 16). Para Saviani (2011, p.

14), é função da escola “propiciar a aquisição dos instrumentos que possibilitam o acesso ao saber elaborado (ciência), bem como o próprio acesso aos rudimentos desse saber. As atividades da escola básica devem organizar-se a partir dessa questão”. O que presenciamos, entretanto, é o crescente envolvimento da família com atividades fora do lar (trabalho, estudo, recreação, entre outros) e o distanciamento dos pais em relação à educação dos filhos. Esses, por sua vez, passam a ter na escola mais do que um espaço de aquisição de saber, confundindo-a com uma instituição responsável por educar moralmente e cuidar das crianças para que possam trabalhar, conforme descrito anteriormente pela Diretora da EMEI.

4.4.2 A busca constante de qualificação pessoal e profissional

A formação das trabalhadoras do PSE pode ser expressa de duas formas: através da educação formal por meio da Educação Continuada, e através de educação não formal e informal, por meio da Educação em Serviço. Conforme já afirmamos, compreendemos que a Educação Continuada das trabalhadoras é anterior e contemporânea à inserção no Município em questão. Apenas a Diretora da EMEI, iniciou um curso formal após o trabalho no PSE e, mesmo que a motivação inicial tenha sido “*demanda pessoal*” da trabalhadora, o curso está diretamente relacionado não somente à sua atuação profissional de base, mas também às atividades do Programa. O mestrado profissional em Políticas Públicas na Gestão Educacional a ser realizado na Universidade Federal de Santa Maria “*tem ligação com o local de trabalho, justamente para que o projeto seja aplicado no local de trabalho*” (DIRETORA EMEI). Assim, é possível constatar que embora a demanda tenha sido pessoal, o curso não está desvinculado de sua atuação profissional.

Nesse momento cabem algumas reflexões: a primeira, acerca da distância entre o pessoal e o profissional, partindo especialmente de uma colocação pela trabalhadora: “*Foi bem tranquilo. Eu recebi apoio, tanto que a aula é amanhã à noite e na quarta de manhã. Eu tenho que compensar essas horas nesse turno, mas foi bem visto, bem bom*” (DIRETORA EMEI). Partimos do pressuposto de que, possivelmente, se a trabalhadora decidisse realizar outro curso, por interesse pessoal, e esse curso não estivesse relacionado à sua atuação profissional atual, o apoio institucional seria inexistente.

Silva et al (1989), apresentam a Educação Continuada como um benefício oferecido ao trabalhador, que assim possuirá mais conhecimentos, estará mais motivado e, havendo o retorno desses benefícios para a instituição, na medida em que ele produzirá em maior quantidade e de forma otimizada. Logo, a formação das trabalhadoras não pode estar

desvinculada de sua atuação profissional, uma vez que, para além do benefício oferecido à trabalhadora perante a possibilidade em aperfeiçoar-se, estão os benefícios almejados pela instituição: o aumento na produção e na qualidade dos serviços. Por fim, é importante constatar que, a sujeita entrevistada terá que “compensar” as horas destinadas a tal formação. O que nos parece, nesse momento, é que o único “incentivo” que a trabalhadora possuirá será o de cumprir sua carga horária em outro momento. Em contrapartida, a instituição terá uma profissional mais qualificada.

Questionamos as entrevistadas sobre sua formação específica para este trabalho, conteúdos abordados, carga horária, responsáveis pela formação, onde ela foi realizada e se depois de iniciado o Programa tiveram alguma formação. Antes de analisar as falas, ressaltamos que segundo o instrutivo do Ministério da Saúde para os Profissionais do Programa Saúde na Escola, a Educação Continuada deve se fazer presente através do curso de especialização “formação em educação e saúde”:

Trata-se de um curso de formação continuada para professores, gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE). A carga horária total é de 180 horas. O curso pretende atingir: todas as prefeituras municipais que aderirem ao PSE que possibilitarem algum tipo de acesso à internet banda larga, seja na própria Secretaria de Educação, em polos da Universidade Aberta do Brasil (UAB), com computadores disponíveis para usuários da rede de ensino e profissionais da ESF (BRASIL, 2011, P. 19).

Essas informações, por sua vez, devem ser repassadas às demais trabalhadoras através da prática de multiplicadores, conforme explicitamos anteriormente. A Coordenadora Municipal do PSE explicou de que modo ocorreu (e ainda ocorre) a formação das trabalhadoras. Inicialmente, após a adesão do município ao Programa, foi chamado “*um representante de cada local, seja Unidade de Saúde, ou escola, ou EMEI*”, para participar de um processo de capacitação e multiplicar em seu ambiente de trabalho. As responsáveis pelas Unidades Escolares e Unidade de Saúde entrevistadas reiteram esse processo em suas falas. Na Unidade de Saúde as informações são repassadas aos demais profissionais nas reuniões de equipe que ocorrem semanalmente.

Questionada sobre a periodicidade dessas reuniões envolvendo os representantes das Unidades Escolares e unidades de saúde, a Coordenadora Municipal afirmou inexistir. Segundo relato seu, sempre quando *recebe “via PSE ou via SPE capacitações, principalmente em EAD, são encaminhadas para os gestores da atenção básica pra eles multiplicarem, e também para a representante da educação, pra ela multiplicar isso para as suas Unidades Escolares também*”. Observamos aqui a educação não formal realizada,

segundo a Coordenadora Municipal, como “... *cursos EAD sobre o uso abusivo de drogas, sobre grupo, sobre a saúde do adolescente, coisas bem específicas de adolescente*”. Assim, o que se observa são eventos isolados, geralmente encaminhados para serem realizados (ou não) via EAD conforme a disponibilidade de tempo das profissionais. Uma vez que o tempo é inexistente, acreditamos que a participação nesses cursos também o é.

Para a coordenadora local do PSE na área de realização desse estudo, a participação em eventos especialmente na capital do estado é realizada na medida do possível, mas uma vez que a Unidade de Saúde não pode fechar as portas para tais atividades, uma ou algumas profissionais participam e, conforme mencionamos, as informações são repassadas nas reuniões de equipe, realizadas semanalmente.

Reiteramos que o fato da Coordenadora Municipal do PSE ser também Coordenadora Municipal de AIDS, atender paciente enquanto psicóloga e coordenar o programa de adolescentes que inclui o PSE e o SPE, propicia que algumas atividades programadas e realizadas para determinado Programa envolvam os profissionais dos outros dois Programas, configurando-se assim uma rede de aprendizado. É o caso de uma capacitação realizada paralelamente ao início do PSE em locais onde existiam trabalhos com adolescentes, com participação majoritária das agentes de saúde, onde o objetivo consistiu em capacitar as profissionais para trabalharem cotidianamente com adolescentes sem a dependência da coordenação municipal. Assim sendo, para além da formação dessas trabalhadoras que participaram das capacitações, os benefícios se estendem para a Coordenadora Municipal através da descentralização de conhecimentos, uma vez que quando algum profissional do município solicita uma capacitação sobre determinado assunto trabalhado nessa capacitação, ela repassa essa tarefa a alguma profissional das imediações que tenha participado da capacitação e, se essa pessoa precisar de ajuda, recorre à Coordenadora Municipal.

Em outros momentos, durante a realização de estágios curriculares e extracurriculares da graduação, a realidade observada foi a mesma: a ampla participação das ACS nas ações educativas realizadas no município. Acreditamos que isso está relacionado à maior facilidade de interromper suas atividades cotidianas, por não possuírem uma agenda pré-determinada de atendimentos. Cabe salientar ainda que algumas profissionais atuam em mais de um dos Programas, ampliando assim suas atividades de formação.

A maior dificuldade apresentada pela Coordenadora Municipal são as localidades onde não há profissionais que tenham participado dessa capacitação, especialmente no interior do município e em que “*a escola não consegue ir ao posto ou o posto não consegue atender [a escola]*” (COORDENADORA MUNICIPAL). Nessas situações, ela dirige-se à unidade para

trabalhar com os educandos. Entretanto, exige que os professores participem da atividade para dar continuidade ao trabalho e poder, então, descentralizar o Programa, permitindo que todos os profissionais do município sejam capazes de trabalhar cotidianamente com os adolescentes. Possibilitando, assim, um crescimento supervisionado dos profissionais, uma vez que eles não estão desamparados e podem contar sempre que necessário com o auxílio da coordenação municipal.

As trabalhadoras da área da saúde entrevistadas afirmaram que, na área onde estão alocadas, a participação das professoras nas atividades promovidas pela área da saúde é positiva, pois não esperam que as profissionais da saúde cheguem para poderem se ausentar da sala. Segundo a Enfermeira, *“isso eu acho bacana para integrar. Não adianta professor falar só daquilo e nós só daquilo. Eu acho que tem que integrar os professores com os profissionais”*.

Assim, algumas estratégias de formação estão sendo disponibilizadas, seja através de cursos EAD, presenciais, ou da educação informal. Porém, o fator tempo, determinante do processo de trabalho, reaparece também como determinante do processo de formação das profissionais, conforme demonstra a fala da Odontóloga: *“eu acho que a maior dificuldade é o tempo. Porque boa vontade todo mundo tem. A maioria dos que estão aqui já trabalham há anos em Saúde Coletiva, é mais a questão do tempo mesmo de conseguir dar conta de tudo”*. Na medida do possível, as trabalhadoras usufruem de eventos realizados pelas secretárias de educação e saúde, pela Universidade e por demais entidades, para a sua capacitação. Entretanto, as trabalhadoras não conseguem participar de todos os eventos, uma vez que a Unidade de Saúde não pode ser fechada, repetindo-se assim o esquema de multiplicadores: quem vai à reunião/curso/evento repassa aos demais colegas nas reuniões de equipe.

Nas escolas, a realidade vivenciada é análoga. Segundo a Diretora da EMEI, as capacitações ofertadas pelo PSE resumiram-se aos dois encontros realizados um no primeiro ano, com o intuito de apresentar o Programa e um no segundo ano, com o intuito de apresentar os resultados do primeiro ano e realizar a entrega dos jogos pedagógicos e dos livros. Ao ser questionada sobre a existência de outra capacitação, a Diretora afirmou não ter sido informada.

Assim como na Unidade de Saúde, as escolas usufruem de atividades externas ao programa para capacitação das trabalhadoras. Porém, da mesma forma que na área da saúde, lamentavelmente nem todos os professores conseguem participar: *“porque a gente não tem como dispensar todo mundo para participar. Quando possível, eles passam para o restante do grupo nessas reuniões que a gente tem. Mas a gente não consegue dispensar todo mundo,*

infelizmente” (DIRETORA EMEI). Reiteramos mais uma vez a prática do esquema de multiplicadores adotada.

Paralela à formação ofertada (ou a inexistência de formação ofertada) pelo Programa e as formações realizadas em ambientes externos, a EMEI participante desse estudo realiza formações internas, conforme apresentado por sua Diretora, através do almoço pedagógico constituído de reuniões bimestrais das 11h30 às 13h30, por faixa etária: *“então a gente geralmente tem duas ou três turmas de cada faixa etária. Nós nos reunimos e conversamos. A gente conseguiu ver que esses dois meses é um tempo tranquilo, não precisa ser de mês em mês”* (DIRETORA EMEI). Nesses encontros são discutidos temas relevantes à faixa etária atendida pelos professores, conforme demanda estabelecida por eles mesmos. Essa iniciativa, desenvolvida pela EMEI, mesmo não estando diretamente direcionada às atividades do PSE, parece ser a mais apropriada para o adequado desenvolvimento das atividades do Programa, uma vez que considera especialmente a realidade onde as trabalhadoras estão inseridas, suas experiências e as necessidades das mesmas.

A Diretora ressaltou também que anualmente a Secretaria Municipal da Educação realiza uma Jornada para todas as profissionais da educação do município em questão, com o intuito de ampliar a formação das trabalhadoras. Em 2015 (ano em que foram realizadas as entrevistas), a referida Secretaria solicitou que cada Unidade Escolar desenvolvesse sua jornada de forma independente. Na EMEI, a Jornada teve duração de um dia (uma segunda-feira) e optou-se por trabalhar o tema *“brincar”*. Participaram dessa jornada, segundo a Diretora da EMEI, professores, monitores da EMEI e atendentes de EMEI; infelizmente ainda não observamos a participação de todas as profissionais, uma vez que não foram citadas auxiliar de higienização, merendeiras e vigilante. Novamente, a entrevistada ressalta a positividade em realizar a Educação Continuada em nível local. Destacamos a relevância dessas atividades, pois se constituem momentos de aperfeiçoamento e crescimento profissional, bem como pessoal. Por ser realizado no ambiente de trabalho, com as peculiaridades da realidade local, ampliam-se as possibilidades de resolução das carências e necessidades locais.

Mesmo que os documentos oficiais determinem que seja desenvolvida a Educação Continuada, acreditamos que, na prática, com exceção dessas duas últimas ações voltadas diretamente às necessidades das trabalhadoras, e das duas reuniões em nível municipal com o intuito de apresentar o PSE e seus resultados no primeiro ano de implantação, o que de fato se desenvolve é a Educação em Serviço, descrita por Silva et al (1989, p. 10) como *“um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar*

mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição”. Nesse tipo de educação, as metodologias mais utilizadas são os treinamentos, mais centrados nas técnicas (habilidades) do que nos conhecimentos teóricos. A Educação em Serviço pode ser compreendida como a educação para a atividade dentro de uma concepção fragmentada e com divisão de tarefas (FARAH, 2006).

Portanto, a Educação em Serviço aparece como um ajustamento dos funcionários às necessidades e interesses das instituições, enquanto a Educação Continuada preocupa-se inicialmente com o indivíduo. Mesmo cientes da Política Nacional de Humanização, o que se observa na prática é que a Educação em Serviço sobressai em relação à Educação Continuada, uma vez que, no atual contexto capitalista, as ações desenvolvidas são organizadas sob a forma de ações pontuais, com o intuito de tornar as ações das trabalhadoras mais eficazes.

4.4.3 Limitações das práticas de formação

Julgamos imprescindível analisar as necessidades e dificuldades relacionadas à formação das entrevistadas. Iremos nos pautar nos questionamentos: “Quais os conhecimentos que você acha que seriam necessários serem trabalhados para a realização de seu trabalho no Programa?”, “Quais são as dificuldades relacionadas à formação acadêmica que refletem no desempenho das atividades do Programa Saúde na Escola?”, “Que outras necessidades de formação você sente para trabalhar no Programa?”, e “Como pensa que poderia ser a formação para trabalhar essas necessidades?”.

Para a coordenadora local do PSE (Odontóloga), todo e qualquer processo de capacitação é positivo, pois apesar das profissionais da saúde possuírem experiência em trabalhar com Educação em Saúde e Saúde Coletiva cotidianamente, mesmo antes da inserção da ESF no PSE, alguns assuntos ainda demandam maior capacitação: “*capacitação sempre é bem vinda [...]. O PSE envolve educação sexual, cigarro, álcool, drogas, e são temas que eles, de 10, 11 anos, se bobear sabem mais do que a gente. Poderia ter mais gente de fora vindo nos capacitar, a gente ter mais aperfeiçoamento*” (ODONTÓLOGA).

A entrevistada ressalta que a formação das trabalhadoras, como no seu caso, que possui especialização em Saúde Pública e em Saúde da Família, ainda é muito voltada para a sua área de graduação, nesse caso, Saúde da Família e Saúde Pública, voltadas para a área da odontologia. Refere ainda não ter ocorrido capacitações sobre assuntos específicos, principalmente sobre a questão da saúde coletiva. A mudança do Sistema Fly (sistema computacional para lançamento de dados) também ocorreu sem que as profissionais fossem

capacitadas para tal ação: *“quando começou, que o e-sus entrou dentro do fly, do nosso sistema, a gente foi mais ou menos pelo que a gente já preenchia. Não teve [capacitação]”* (ODONTÓLOGA).

Para as trabalhadoras da educação, que não possuem formação em saúde, essa demanda é mais expressiva. Conforme demonstram as falas das profissionais, as carências são mais significativas em alguns temas, especialmente os que envolvem a questão da sexualidade e uso de drogas. Nesses casos, as Unidades Escolares e de saúde costumemente recorrem à Coordenadora Municipal do PSE devido à sua extensa atuação com adolescentes (incluindo os que se encontram em situação de vulnerabilidade), e DSTs. Essa, por sua vez, conforme descrito anteriormente, na medida do possível descentraliza as atividades para as demais profissionais da rede.

A primeira entrevistada é professora numa escola localizada nas dependências de uma Universidade. Desse modo, possui acesso à variadas ações que facilitam o desenvolvimento das atividades do Programa: *“a gente tem bastante acompanhamentos por estar aqui onde estamos [...] Os estagiários vêm aplicar palestras, vêm falar com os alunos sobre determinada área. Então, eu acho que aqui a gente está bem munido dessas informações”* (PROFESSORA). Cabe salientar que a entrevistada tem pleno conhecimento de que essa realidade não se aplica às demais Unidades Escolares do município. Porém, grande parte das demais escolas possui algum tipo de apoio da Universidade, seja pela realização de palestras, por estágios de alunos, ou com atividades esportivas, entre outros, mesmo que a localização dessa escola (localizada nas dependências da Universidade) em relação às demais (localizadas em outra área do município), bem como a relação oriunda do vínculo institucional, crie um abismo entre as possibilidades de formação.

A Professora relata que algumas carências persistem e poderiam ser trabalhadas *“através de palestras, práticas... uma mistura. Porque eu acho que a prática sempre é válida, como um seminário que tivesse palestras, que tivesse parte prática, ou alguma coisa relacionada a isso”* (PROFESSORA).

Outro fator mencionado pela Professora diz respeito à idade de inserção no curso superior e às expectativas geradas. Acreditamos que grande parte dos alunos inicie sua graduação pensando na parte prática do curso. No caso da educação física, praticar esportes. Desse modo, não valorizam as disciplinas teóricas, geralmente centradas no início do curso, e que embasam todo o restante da graduação. Na fala da entrevistada presenciamos essa angústia:

Eu acho que a gente entra muito novinho na graduação, e eu sinto falta agora... Inclusive eu vou começar de novo a fazer outro curso e eu acho que com outra cabeça... com mais experiência. A gente entra muito cru, sem informações. Vou dizer assim, as informações faltavam, vamos dizer assim. E aí o básico do básico que tu aprendeu lá no primeiro ano... lá no quarto eu tinha esquecido. Então, vamos dizer assim, que eu acho que agora eu acho que seria mais bacana (PROFESSORA).

Nas duas outras escolas, EMEI e EMEF, as carências apresentadas também são significativas, possivelmente mais expressivas em virtude da localização da primeira escola. Na EMEF, as entrevistadas afirmaram existirem alguns temas que elas não conseguem desenvolver adequadamente e que sentem falta de mais formação:

não sei se esse programa Saúde na Escola consegue investir mais em profissionais, fazer cursos para trabalhar sobre determinados assuntos. Acho que é isso: é preparar a pessoa, os profissionais, para nos ajudar aqui na escola também. Às vezes, falta o preparo (ORIENTADORA 1 EMEF).

As falas demonstram que as maiores carências estão relacionadas a temas considerados tabus pela sociedade, especialmente a sexualidade, uso de contraceptivos, gravidez na adolescência e drogas.

Na EMEI, as principais carências são sanadas através dos almoços pedagógicos e das jornadas explicitadas anteriormente. Entretanto, segundo a Diretora da unidade, muitas dúvidas permanecem.

Eu acho que nós teríamos que saber mais. Se a gente soubesse melhor qual a finalidade [do PSE], para quê? Por quê? Como? Se houvesse uma proposta mais coerente, mais voltada para nosso local, nosso estado, nosso município, uma coisa não tão ampla, não tão geral [em nível] de Brasil inteiro. E um acompanhamento eu acho que também falta. [...] Faltam muitas questões do desenvolvimento da criança que a gente não sabe, que a gente não faz por desconhecimento. Estas questões de saúde que eu coloco, mas que eu penso no desenvolvimento da criança, e que se a gente, por conta própria, não estuda um pouco mais, a gente não sabe. [Falta] capacitação dos professores. E os professores sentem sim que faltam algumas explicações de por que as coisas acontecem dessa forma e não de outra forma. (DIRETORA EMEI).

Nesta fala é possível constatar que algumas necessidades são extremamente básicas e refletem as apresentadas também por outras profissionais. Mesmo que os objetivos do Programa sejam de parcial conhecimento das entrevistadas, conforme abordamos anteriormente, muitas dúvidas permanecem. Na EMEI, as maiores dificuldades estão relacionadas à compreensão do Programa e ao desenvolvimento da criança e, segundo a profissional entrevistada, “*tu ainda tem que ter o olhar de alguém, e a orientação de alguém.*

As coisas não acontecem, não caem do céu. E se não tiver alguém ali, muito junto, orientando, não vai acontecer” (DIRETORA EMEI).

Nos casos mais difíceis, as escolas contam com o apoio da Unidade de Saúde, dos docentes e estagiários da Universidade, da coordenação municipal do Programa e até mesmo da secretaria municipal de educação. Muitas das dificuldades são sanadas no dia a dia, com os aprendizados práticos que analisaremos mais adiante.

4.4.4 O aprendizado na prática profissional

Julgamos ser de extrema relevância o estudo do aprendizado das profissionais ocorrido de modo informal no dia a dia de trabalho, através de reuniões, conversas informais, entre outros. Uma vez que, nas perguntas da entrevista, não especificamos qual tipo de aprendizado estávamos nos referindo, acreditamos ser esse o aprendizado desenvolvido mais mencionado pelas trabalhadoras. Algumas delas mencionaram que esse tipo de aprendizado ocorria entre as colegas de serviço, outras, que envolvia os estagiários e docentes da universidade, e outras, que envolvia as profissionais da educação e as da saúde.

O mais significativo, entretanto, foi a menção ao aprendizado decorrente da troca de informações entre elas e com os alunos, constatando-se, desse modo, que alguns docentes estão conseguindo superar o paradigma da educação centrada no papel de um professor *transmissor* e um ou vários alunos *receptores*, e romper com o processo mencionado pela Coordenadora Municipal do PSE:

[...] professor lida com adolescente, mas lida com adolescente numa situação de hierarquia. Onde tem que lidar, formar vínculo, trabalhar alguns assuntos mais íntimos do adolescente, o professor muitas vezes não consegue, não tem essa habilidade (COORDENADORA MUNICIPAL).

Conforme demonstra a fala da Coordenadora, o aprendizado com os adolescentes é significativo e indispensável, pois é através da convivência com esse público que se aprende a trabalhar com adolescentes. Certamente, com o trabalho desenvolvido no PSE, o contato constante com os adolescentes e as atividades de Educação Permanente, o trabalho das profissionais com os adolescentes se tornará mais fácil. Segundo a entrevistada, o que lhe propiciou essa facilidade foi a experiência vivida ao longo dos anos: *“Na prática, no dia a dia, aprendi com os próprios adolescentes, como lidar com eles. Vivendo com adolescentes, convivendo com adolescentes, através da minha prática profissional e extraprofissional [...] é que eu aprendi como chegar melhor neles”* (COORDENADORA MUNICIPAL).

Num segundo momento, observamos que as profissionais entrevistadas estão conseguindo compreender os estagiários não mais como meros aprendizes, mas sim como fontes renováveis de conhecimento, conforme ressalta a Professora: “*são cinco anos trabalhando agora, só focada nisso. Então, eles nos ensinam muito, eles trazem muitos problemas... É fora de série o que a gente aprende com a prática*”.

As duas Orientadoras da EMEF, que fizeram suas formações iniciais a 18 e 30 anos, respectivamente, ressaltam o aprendizado na prática, especialmente os que envolvem discentes e/ou docentes da Universidade. Possivelmente, o tempo de realização das formações, aliado à alta demanda de trabalho mencionada anteriormente, que impede a ampliação da educação formal, seja o motivo desencadeador da busca e do enaltecimento do aprendizado na prática. As falas a seguir demonstram a empolgação das duas profissionais ao falar do aprendizado na prática:

*Eu acho que é na prática que a gente realmente aprende. [...] com os acadêmicos novos, que sempre vêm com alguma ideia diferente, que acrescenta. A gente precisa muito do que vem de fora pra gente não ficar tão bitolada aqui, senão a gente fica sempre na mesmice (ORIENTADORA 1 EMEF);
Isso eu fui adquirindo depois, na prática. Com colegas, na prática do dia a dia, nós aprendemos uma com a outra. Porque no momento que eu sempre faço uma troca eu já penso: ah! Eu posso fazer assim, eu posso fazer diferente, entende? Então, é um constante aprender... (ORIENTADORA 2 EMEF).*

A diretora da EMEI, enalteceu não somente as trocas de informações entre estudantes e docentes da Universidade com as trabalhadoras da escola, mas também o aprendizado entre as trabalhadoras da escola nas reuniões setoriais, nas atividades de Educação Permanente mencionadas anteriormente e no dia a dia de trabalho. A Odontóloga e a ASB também exaltaram o aprendizado na prática, realizado através do contato com as Unidades Escolares e com as demais profissionais de saúde, e as atualizações trazidas pelos discentes e docentes da Universidade.

Apenas uma entrevistada referiu não ter obtido aprendizado na prática com as atividades desenvolvidas no PSE. A Enfermeira da Unidade de Saúde, referiu que “*não vou te dizer que eu aprendi muita coisa diferente do que eu já tinha. É que, assim, eu não vejo um diferencial. Porque trabalhar com grupos, isso eu já venho fazendo, e é a parte que eu mais atuo. Porque, se eu atuasse como coordenação, acredito que seria diferente*”. Uma vez que essa profissional possui 11 anos de formação inicial e atuação na área, sendo grande parte em Saúde Pública, é lamentável constatar a percepção da trabalhadora.

4.4.5 Algumas questões pedagógicas: saberes da saúde e da educação

Outro tema considerado importante pelos Ministérios da Educação e Saúde é destacado pela Coordenadora Municipal: *a relação entre professor e aluno*. Trata-se de uma das dificuldades vivenciadas no PSE: a dificuldade na formação de vínculo entre professor e aluno: *“isso parece um cacófago, professor lida com adolescente, mas lida com adolescente numa situação de hierarquia. Onde tem que lidar, formar vínculo, trabalhar alguns assuntos mais íntimos do adolescente, o professor muitas vezes não consegue, não tem essa habilidade”*. Acreditamos ser de extrema importância a existência desse vínculo entre professor e aluno, não somente por ser almejado pelo Programa, mas também por ser fator fundamental na relação ensino–aprendizagem especialmente quando se trabalha com adolescentes em situação de vulnerabilidade. Recorremos ao fragmento do texto “Saber em Jogo”, de Alicia Fernandez (2011), oriundo de uma conversa entre duas meninas, sem interferência de adultos, escutada pela autora, para exemplificar a qual aprendizado nos referimos:

- Vou *aprender* a nadar – diz Silvina com a alegria de seus seis anos recém-feitos.
 - Vai nadar? – intervém a irmã, três anos mais jovem.
 - Não, vou *aprender* a nadar.
 - Eu também vou brincar na piscina.
 - Não é o mesmo. Eu vou *aprender a nadar*, diz Silvina.
 - *O que é aprender?*
 - Aprender é... como quando papai me ensinou a andar de bicicleta. Eu queria muito andar de bicicleta. Então... papai me deu uma bici... Menor do que a dele. Me ajudou a subir. A bici sozinha cai, tem que segurar andando...
 - Eu fico com medo de andar sem rodinhas.
 - Dá um pouco de medo, mas papai segura a bici. Ele não subiu na sua bicicleta grande e disse “assim se anda de bici”... não, ficou correndo ao meu lado sempre segurando a bici... muitos dias e, de repente, sem que eu me desse conta disso, soltou a bici e seguiu correndo ao meu lado. Então, eu disse: Ah! Aprendi!
- Uma mulher que escutava a conversa de longe não pôde deixar de ver a alegria com que foi pronunciado “aprender”, que se transfere para o corpo da mais moça e surge no brilho dos seus olhos.
- Ah! Aprender é quase tão lindo quanto brincar – respondeu.
 - Sabe, papai não fez como na escola. Ele não disse “Hoje é o dia de aprender a andar de bicicleta”. Primeira lição: andar direito. Segunda lição: andar rápido. Terceira lição: dobrar. Não tinha um boletim onde anotar: muito bem, excelente, regular... Porque, se tivesse sido assim, não sei, algo nos meus pulmões, no meu estômago, no coração não me deixaria aprender (FERNANDEZ, 2011, p. 28).

Não é objetivo do Programa, bem como não julgamos ser pertinente a nenhum tipo de aprendizagem, a mera transmissão de conhecimento do professor ao aluno. Nesse trabalho,

quando nos referimos ao processo de ensino aprendizagem, pensamos duas ou mais pessoas que são capazes de ensinar e aprender simultaneamente, sem que uma única transmita o saber e a outra seja a receptora.

Para Fernandez (2011), devemos atentar ainda para a diferença entre o ensinar e o aprender. Os ensinamentos podem ser difundidos simultaneamente, e do mesmo modo, a várias pessoas (como ocorre na sala de aula). Entretanto, a possibilidade que cada um compreenda de modo diferente, ou ainda que não compreenda, deve ser observada. Para isso, torna-se imprescindível o vínculo entre professor e aluno para que o aprendizado seja prazeroso, para que o professor seja capaz de perceber as fragilidades e para que o aluno tenha abertura para questionar sempre que necessário. No PSE não se almeja um calendário sobre temas específicos a serem trabalhados, mas sim que um tema seja inserido de outras tantas formas, seja através de uma redação na disciplina de português, do estudo em ciências, ou das peculiaridades na educação física, entre outras tantas formas.

Para o público mencionado pelas entrevistadas, não basta o vínculo. É necessário ainda ter o que as entrevistadas referem como “jogo de cintura” e conhecimento, conforme demonstra a fala da Orientadora 1 na EMEF:

Tem alguns temas que a gente fica meio assim, como vou dizer, não consegue desenvolver... Até a [Coordenadora Municipal] veio dar uma palestra sobre sexualidade e os alunos amaram a palestra dela. Então, têm alguns temas que a gente não consegue contemplar bem. Daí a Coordenadora Municipal veio e deu uma palestra maravilhosa. Mas, às vezes, a gente não consegue profissional assim tão bem... (ORIENTADORA 1 EMEF).

A Coordenadora Municipal trabalha há 14 anos com a questão da sexualidade, DSTs e vulnerabilidade social. Por ser psicóloga, comunicativa e possuir afinidade com o assunto, ela mantém uma boa relação com esse público. Em outro momento, durante o período de nossa graduação, quando houve o privilégio de escutá-la, sua capacidade de comunicação e desenvoltura para o fornecimento de respostas, às vezes consideradas embaraçosas por muitas pessoas, de forma sutil, divertida e séria, foram pontos passíveis de admiração.

Estamos cientes de que os professores não possuem formação acadêmica para trabalhar essas questões, bem como de que os profissionais de saúde possuem essa formação, mas não possuem a didática para esse tipo de atividade e de público. A solução encontrada na EMEF para solucionar essa limitação foi explicada pela Orientadora 1 na EMEF: “*por isso que sempre quando vêm os acadêmicos, uma de nós acompanha. [...] Vem o pessoal da*

saúde, mas nós temos que acompanhar por causa da nossa didática, da nossa pedagogia que para eles falta”.

Apesar de algumas fragilidades, acreditamos que o PSE esteja, por meio do diálogo entre saúde e educação, estimulando os profissionais para que, em breve, todas sejam capazes de trabalhar a questão da saúde com os adolescentes de forma corriqueira.

4.5 Educação Permanente enquanto um repensar da prática das trabalhadoras

Para concluir, apresentamos alguns questionamentos sobre o significado, para as trabalhadoras, da Educação Permanente em saúde, e se as mesmas acreditam que o Programa concretiza a Educação Permanente. É consenso entre elas que o Programa está realizando a Educação Permanente e que isto está sendo positivo no cotidiano de suas atividades. Para a Coordenadora Municipal do PSE:

Existem componentes do programa que vislumbram a educação permanente. Eles têm que estar sempre trabalhando o componente, alguns componentes do Programa. Não é pontual, uma vez por ano. Ou, pelo menos, uma vez por ano, ele tem que entrar naquela turma e falar sobre aquilo. Pra contemplar o Programa. E, pra falar sobre aquilo, exige planejamento, exige encontro, existe planejamento criativo e isso puxa a educação permanente (COORDENADORA MUNICIPAL).

Ressaltamos que a Enfermeira, que anteriormente referiu não ter aprendido nada na prática, inicialmente afirma que o PSE não consegue contemplar a Educação Permanente. Entretanto, no decorrer da mesma fala demonstra compreender o que seria uma Educação Permanente e cita ações desencadeadas em virtude de sua participação no Programa: *“porque tem o tal tema pra gente trabalhar na escola: [então] a gente busca. Na verdade, é uma educação porque tu vai buscar aquele tema, tu vai preparar o material, tu vais atrás, tu vais te informar melhor sobre aquele tema”* (ENFERMEIRA).

O que se observa na prática são alternativas criadas pelas trabalhadoras para suprir as necessidades de formação, uma vez que o fator tempo e a demanda influenciam diretamente não somente na (não)realização de todas as atividades, mas também nas (im)possibilidades de formação as profissionais. Desse modo, as entrevistadas adaptam-se a realidade ao criarem esses dispositivos descritos por Micas e Batistas (2014) como fundamentais para aprender “no trabalho” e “para o trabalho”.

Conforme mencionamos anteriormente, muitas atividades são realizadas sob a ótica da Educação Continuada e da Educação em Serviço, enquanto a Educação Permanente, pelo que

observamos, está iniciando seus primeiros passos de forma bastante discreta. Para as duas trabalhadoras da EMEF entrevistadas nesse estudo, as condições de trabalho influenciam significativamente na possibilidade de uma Educação Permanente. Também a odontóloga e coordenadora local do Programa refere-se à positividade da Educação Permanente, ainda que esteja parcialmente comprometida pelas condições de trabalho a que as profissionais estão submetidas: “*eu acho que é tu estar sempre envolvida: ou fazendo um curso, ou lendo um artigo, sempre procurando ir atrás. E também tentar transmitir, porque [não adianta] só tu ler, aprender e não passar*”. A partir de sua fala, bem como das demais entrevistadas, é possível constatar que o que de fato ocorre na prática é uma busca constante das profissionais para suprir suas necessidades e carências.

Reservamos para o final a fala da Diretora da EMEI, por nos fazer perceber os primeiros frutos de mudanças nas profissionais que atuam no PSE. Toda sua entrevista encantou-nos. Se não conhecêssemos o Programa, certamente suas falas teriam nos seduzido para descobri-lo, estudá-lo e implantá-lo. Inicialmente apresenta-nos o que seria uma Educação Permanente em relação às crianças e familiares, para posteriormente concluir afirmando que “*falta conhecimento*”. Essa profissional foi a que melhor conseguiu captar o sentido de Educação Permanente para além de uma mera transmissão de conhecimentos. Nessa fala, a profissional consegue ainda expressar a importância do trabalho em equipe, permitindo-nos perceber a complexidade do processo.

Hoje eu vou te dizer que é uma visão que eu não tinha. Uma Educação Permanente em saúde é prevenção, é acompanhamento, da família, da criança, da mãe, do pai. E não é só a saúde corporal, eu vejo muito da saúde mental, saúde do desenvolvimento. Quando a gente vê outros países que têm esse trabalho de prevenção, tu vê que os gastos com especialista não são tão grandes. E isso eu não entendo muito, só de conversas que a gente tem. Mas assim, atividades de prevenção se a gente tivesse [...] as mães não fazem mais a puericultura, que se diz, nos postos de saúde. Se tu não tens na rede particular, se no convênio a mãe não tem, elas não procuram mais os postos de saúde nos bairros aqui que a gente tem. A gente está com muita criança com doenças sérias de tuberculose, porque elas não fazem mais aquela ida mensal ao posto pra ver o peso e a medida. E aí a gente vê que são doenças graves que acometem [a criança]. E na área da educação a gente vê que ela não vai para medir a cabeça da criança, essa criança pode ter qualquer coisa, a moleirinha fechada, por exemplo, e vir a ter uma doença mental, um retardo mental, muito grave porque o cérebro está crescendo e a cabeça não, que é uma coisa simples. Então isso é saúde permanente, é programa de saúde permanente. Só que para isso tem que se gastar dinheiro, tem que ter gente para trabalhar. E tem que se ter conhecimento. E conhecimento a gente não tem. [...] E os professores sentem sim que faltam assim algumas explicações de porque as coisas acontecem dessa forma e não de outra forma. (DIRETORA EMEI)

Assim, ao término da análise do processo de formação de conhecimentos das trabalhadoras, é plausível afirmar que o curso superior não as preparou para a atuação no

PSE: as profissionais da área de saúde carecem de didática para trabalhar com educação; as profissionais da educação carecem de formação em saúde. Esse não seria um problema significativo se educação e saúde conseguissem superar e/ou modificar as condições de trabalho para poderem trabalhar mais conjuntamente e através da Educação Permanente ampliar suas condições de atuação no PSE. Ressaltamos ainda a impotência por parte das gestoras, também relacionadas às condições de trabalho a que estas estão submetidas, para proporcionar momentos de integração entre educação e saúde. Certamente, se não fossem as alternativas criadas pelas trabalhadoras para suprir as necessidades da (inexistência) de uma Educação Permanente efetiva, o Programa não estaria alcançando os primeiros resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos nossa pesquisa com questionamentos que foram parcialmente desvendados. Essa parcialidade está relacionada à percepção de que esse estudo possa ser concebido como um norteador de possíveis caminhos a serem seguidos, na medida em que muitos questionamentos permanecem e outros tantos surgem, bem como considerando que o processo de pesquisa deve ser compreendido como uma sequência contínua de estudo, sem um final engessado.

Apresentamos aqui algumas considerações e reflexões oriundas dos estudos realizados até o momento. Destacaremos também possíveis caminhos a serem seguidos por outros pesquisadores.

Observamos, inicialmente, a predominância feminina nas áreas de educação e da saúde. A ampla jornada de trabalho a que as mulheres estão submetidas, quando considerada a jornada de trabalho mercantil e não mercantil, nos permitiu atentar para o fato de que as trabalhadoras possuem menor disponibilidade de tempo para as práticas de formação abordadas nesse estudo, se comparadas ao público masculino. Observamos assim que a emancipação das mulheres em relação à sua atuação pessoal e profissional ainda não obteve o mesmo limiar que o público masculino. Caberia um estudo aprofundado sobre o impacto das atividades não mercantis sobre a formação dessas trabalhadoras, especialmente as que estão envolvidas com processos de trabalho que geram serviços e que a sociedade ainda perpetua como profissões de cuidado e amor incondicional.

Percebemos que as condições de trabalho a que as entrevistadas estão submetidas consistem no principal condicionante das ações realizadas, bem como dos processos de formação no trabalho. A sobrecarga de trabalho oriunda do processo capitalista revelada pelas trabalhadoras, em virtude da extensa relação de tarefas inerentes às suas atividades principais, quando adicionadas às ações propostas pelo PSE, impede a realização não somente de todas as atividades propostas pelo Programa, como também de algumas atividades intrínsecas à sua contratação profissional. A grande quantidade de alunos frente à pequena quantidade de profissionais para atendê-los impede que as atividades de PSE atinjam de fato a totalidade de educandos.

O embate entre as atividades principais e as propostas pelo Programa é constante, tanto nas Unidades Escolares quanto na ESF. A ampla relação de atividades das profissionais na rede pública de saúde, a quem cabe prevenção de agravos, promoção da saúde e ações curativistas compete diretamente com as ações propostas pelo PSE. Realizadas na maioria das

vezes no ambiente escolar, as trabalhadoras precisam “arranjar uma brecha” em suas agendas para planejar as atividades e se deslocarem às escolas para desenvolvê-las.

Na rede pública de ensino a conjuntura é análoga. O currículo escolar compete diretamente com as atividades do Programa, uma vez que ainda não se obteve o adequado entrelaçamento entre as atividades previstas em tal currículo e as propostas pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. A quantidade de alunos a ser atendida pelas entrevistadas e a ausência de ampliação do número de profissionais, aliados à extensa relação de atividades burocráticas subordinadas às profissionais da educação e da saúde, também aparece como aspecto fundamental para a sobrecarga de trabalho e consequente interferência na realização das atividades. Acreditamos que se houvesse, pelo menos, uma pessoa em nível municipal com dedicação exclusiva ao PSE, isso aliviaría a sobrecarga dos demais profissionais envolvidos no Programa. Essa pessoa poderia resolver os problemas administrativos, esquadrihar informações a respeito do PSE, divulgar o Programa, incentivar a participação da comunidade, oferecer um suporte técnico às unidades de saúde e escolares, promover capacitações, captar parceiros para o Programa, entre tantas outras atividades que sobrecarregam as profissionais rotineiramente nas unidades de saúde e escolares.

O apoio externo, realizado especialmente pela Universidade, através de seus discentes e docentes, bem como a boa relação entre profissionais da educação e da saúde propiciada pelo trabalho em equipe são mencionados pelas entrevistadas como cruciais para amenizar essa sobrecarga. Possivelmente o recente tempo de implantação do Programa no município reflita nesse panorama de organização e realização de atividades. Caberia um estudo centrado na sobrecarga de trabalho para mensurar sua dimensão e seus possíveis desdobramentos.

Tendo ainda em vista essa recente implantação, é possível afirmar que as trabalhadoras entrevistadas possuem parcial conhecimento sobre os objetivos do PSE na íntegra. As expectativas iniciais sobre sua implantação, centradas especialmente na obtenção de recursos financeiros, estão sendo superadas.

Apesar da formação inicial não ser capaz de abranger todas as necessidades do programa, algumas estratégias foram criadas pelas trabalhadoras. Em suas formações iniciais (curso técnico e graduação) a grande maioria das trabalhadoras teve parcial preparação para atuação em ações como as previstas pelo PSE. A sobrecarga de trabalho a que as profissionais estão submetidas em suas jornadas mercantis e não mercantis influenciaram negativamente suas possibilidades de formação. As formações complementares realizadas através de qualificação pessoal e/ou profissional por meio de ações de Educação Continuada e Educação em Serviço ampliaram parcialmente o potencial de atuação. A Educação Permanente ainda

não conseguiu alcançar os patamares objetivados pelo Programa. Assim, a formação das trabalhadoras para o trabalho no Programa, tema central do estudo, pode ser considerada parcialmente satisfatória se consideradas as alternativas criadas pelas mesmas: aprendizado na prática, encontros informais, busca pessoal, entre outros.

Assim, é plausível afirmar que as trabalhadoras carecem de formação formal para a realização de suas atividades. Com o intuito de contornar essa realidade, a principal estratégia adotada por elas é o “aprendizado na prática”, que ganha vida através das trocas de conhecimentos e experiências realizadas cotidianamente, e consiste no melhor desdobramento para o enfrentamento das carências de formação. A Educação Permanente, que deveria se fazer presente cotidianamente em todas as fases do trabalho, desde o planejamento até a avaliação das atividades realizadas pelas entrevistadas, é diretamente afetada pela sobrecarga de trabalho.

Em que pesem as limitações apontadas, ao término desse estudo é possível observar mudanças positivas decorrentes da implantação do Programa nas estruturas físicas das unidades, e, sobretudo, na atuação das trabalhadoras. Os educandos estão sendo melhor assistidos e se tornando agentes contribuintes para o aprendizado das trabalhadoras. Para além da diferença observada em relação à percepção e compreensão dos alunos no que se refere à saúde, é possível afirmar que o Programa está transformando não somente as Unidades de Educação e saúde, mas também as trabalhadoras, os educandos e a comunidade. Algumas profissionais mencionaram a diferença no modo como o trabalho está sendo organizado e destacam os crescimentos profissionais alcançados, enquanto outras ressaltaram as transformações observadas nos alunos.

Na Unidade de Saúde, as mudanças observadas foram parcialmente significativas. Já nas Unidades Escolares as mudanças alcançadas foram significativas, especialmente pelo fato do local pesquisado ser considerado uma área carente do município, em que os educandos estão expostos a inúmeras vulnerabilidades. Além da ampliação do vínculo entre Unidade de Saúde e Unidade Escolar, ressalta-se o maior envolvimento dos educandos com a saúde. As duas entrevistadas na EMEF reiteraram que os educandos estão sendo mais assistidos nas ações relacionadas à saúde.

Na EMEI, foram importantes as mudanças físicas na unidade, na organização do processo de trabalho e na formação das trabalhadoras. Menciona-se ainda a percepção das profissionais em relação ao cuidado não somente relacionado à saúde, mas também um cuidado integral em relação aos educandos. Entretanto, o que mais nos encantou, como dissemos, foi a fala da Diretora da EMEI em que afirma que embora algumas coisas não

tenham avançado conforme esperado, existem sim mudanças significativas, especialmente no que se refere às condições que consideram essenciais para a saúde dos educandos, objetivo do Programa:

“têm mudanças! Têm mudanças, porque algumas coisas começam a ser discutidas, que antes a gente só falava... mas daí tem toda uma apresentação de fantoches, tem toda uma elaboração de uma cartilha, de um folder, tem diferença... Na escovação também tem diferença!” (Diretora EMEI).

REFERÊNCIAS

- ABREU, Ana Rosa; PEREIRA, Maria Cristina Ribeiro; SOARES, Maria Tereza Perez; NOGUEIRA, Neide. *Saúde*. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2014.
- ALBORNOZ, Suzana. *O que é trabalho*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ALMEIDA, Milton José de. *Texto de apresentação*. São Paulo: Cadernos Cedes, 1985.
- ARROYO, Miguel G. *Ofício de Mestre: imagens e autoimagens*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- _____. *Ciclos de desenvolvimento e formação de educadores*. Educação & Sociedade, ano XX, nº 68, Dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301999000300008>. Acesso em: 22 fev. 2015.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas Faria. *História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde*. In: MATTA, G. C. e PONTES, A. L. M. (orgs.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARBOSA, Vanessa Baliego de Andrade; FERREIRA, Maria de Lourdes Silva Marques e BARBOSA, Pedro Marco Karan. *Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde*. Revista Gaúcha de Enfermagem, vol.33, p.56-63, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100008>. Acesso em: 01 mai. 2015.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS FILHO, Clóvis; DAINEZI, Gustavo Fernandes. *Devaneios sobre a atualidade do Capital*. [s.l.], CDG Editora, 2014.
- BAZ, Erika Infante. *Integração sensorial e distúrbios escolares*. In Sociedade Brasileira de Neurociência. Disponível em <<http://www.sbneurociencia.com.br/erikainfante/artigo3.htm>>. Acesso em: 19 out.2014
- BERGSON, Henri. *A evolução criadora*. In: Cartas, conferências e outros escritos. São Paulo: Abril Cultural, 1979.
- BERNARDO, João. *Estado: a silenciosa multiplicação do poder*. São Paulo: Escrituras, 1998.
- BÍBLIA. Português. 1967. *Bíblia Sagrada*. 11ª. ed. São Paulo: Ave Maria, 1967.
- BONZATTO, Eduardo Antonio. *Tripalium: O trabalho como maldição, como crime e como punição*. Revista eletrônica Direito em Foco, 2011. Disponível em: <http://www.unifia.edu.br/projetorevista/edicoesanteriores/Marco11/artigos/direito/Direito_e_m_foco_Tripalium.pdf. 2009>. Acesso em: 17 set. 2014
- BOTTOMORE, Tom. *Dicionário do Pensamento Marxista*. RJ: Jorge Zaar editora, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil* (de 24 de fevereiro de 1891). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em: 31 ago. 2014

_____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei N° 3.071, de 1° de janeiro de 1916*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071.htm>. Acesso em: 25 set. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto N° 4.682, de 24 de janeiro de 1923*– Lei Eloy Chaves. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto n° 19.402, de 14 de Novembro de 1930*. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei N° 4.121, de 27 de agosto de 1962*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4121.htm>. Acesso em: 25 set. 2015.

_____. *Decreto-Lei n. 369, de 12 de setembro de 1969*. Brasília: 1969.

_____. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Lei n°. 5.692, de 11 de agosto de 1971. Brasília: 1971.

_____. *Decreto N° 69.450, de 1 de novembro de 1971*. Brasília: 1971b– Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/decreto/D69450.htm>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. Conselho Federal de Educação. *Parecer CFE, n° 2.264/74*. Brasília: 1974.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 27 set. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 31 ago. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Brasília: 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 31 ago. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: 1990b. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 31. Ago. 2014.

_____. *Lei de Diretrizes e Bases*. Lei n° 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: 1996

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: 1997. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais*. Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. BRASIL, Ministério da Educação. Parâmetros Curriculares Nacionais: Saúde. s.d. <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>> Acesso em 28 jun. 2015. 19h19.

_____. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CEB 04/98*. Brasília: 1998b. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/1998/pceb004_98.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids*. 1ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Coordenação Nacional de DST e Aids / Secretaria de Políticas de Saúde Ministério da Saúde - *Ações na área de Aids e drogas - Relatório Final (versão preliminar): Projeto de Prevenção às DST/HIV/Aids e ao Uso Indevido de Drogas*. Brasília: 1999b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aids_drogas.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *As cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: MS, 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004*. Brasília, v. 141, n. 32, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde e prevenção nas Escolas: Atitudes pra curtir a Vida*. Brasília: 2005. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/folder-CENSO-ARTEbaixa_0.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implantacao_dez_grandes centros_urbanos.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. *Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006*. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Departamento de Atenção Básica. *Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais*. Brasília: 2007. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/orientacoespse.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2014

_____. *Decreto nº 6.286 de 05 de Dezembro de 2007*. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde – Gabinete do ministro. *Portaria Nº 1.861, de 4 de setembro de 2008*. Brasília: 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html>. Acesso em: 31 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Cronologia Histórica da Saúde Pública*. Brasília: 2011. Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrutivo PSE / Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passos_a_passos_pse.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: 2012.

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde / Ministério da Educação e Cultura. *Portaria Interministerial nº 1.413/MS/MEC, de 10 de julho de 2013*. Brasília: 2013. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html>. Acesso em: 19 out. 2014.

_____. Ministério da Educação. TV Escola. *Salto para o futuro*. Disponível em <<http://tvescola.mec.gov.br/tve/salto/sobre?tab=tab-28-0>>. Acesso em: 15 set. 2014.

BUENO, Ruth. *Regime jurídico da mulher casada*. 3. ed., rev. e aum. Rio de Janeiro: Forense, 1972. 230 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, Ago.2010.

CARTA DE OTTAWA. *1ª conferência internacional sobre promoção da saúde*. Canadá, 1986. Disponível em <www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm>. Acessado em 19 set. 2014.

CECCIM, Ricardo Burb. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Botucatu: Interface, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013>. Acessado em 10 out. 2014.

CHAPLIN, Charles. *Tempos modernos = Modern times*. São Paulo: Continental Home Video, 1936. 1 DVD vídeo (ca. 87 min): NTSC : son., p&b

CHIAVEGATO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lucia. *A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista*. Revista Pegada, vol. 13, nº 4. América do Norte, 2013.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima, e MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. *Educação ou saúde? Educação X saúde? Educação e saúde*. In: _____. *Fracasso Escolar: Uma Questão Médica?*São Paulo: Cortez/Cedes, 1985.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE - DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em<<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

CORTEZ, Elaine Antunes et al. *Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos*. Revista eletrônica trimestral de Enfermeira, nº 29. Enero 2013. Disponível em<<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144121>>. Acessado em 20 out. 2014.

COSTA, Florença Ávila de Oliveira, eMARRA, Marlene Magnabosco. *Famílias brasileiras chefiadas por mulheres pobres e monoparentalidade feminina: risco e proteção*. Revista brasileira psicodrama, vol.21, n.1, 2013.

COTRIM-GUIMARÃES, IzaManuella Aires. *Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

COTTA, Rosangela Minardi Mitre et al. *Políticas de Saúde: Desenhos, Modelos e Paradigmas*. Viçosa, MG: Editora UFV, 2013.

CUNHA, Luiz Antônio. *O ensino profissional na irradiação do industrialismo*. 2ª Ed. São Paulo: Editora da Unesp, 2000.

CUNHA, Luiz Antonio; GÓES, Moacyr de. *O golpe na educação*. 7ª Ed. Rio de Janeiro, 1991.

DEDECCA, C. S. Tempo, trabalho e gênero. In: COSTA, A. A. et al. (Org.). *Reconfiguração das relações de gênero no trabalho*. São Paulo: CUT Brasil, 2004. p. 21-51.

DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2003.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO: Origem das Palavras. Disponível em: <<http://www.dicionarioetimologico.com.br/trabalho/>>. Acesso em: 19 out. 2014.

DILLY, Cirlene Maria Lessa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. *Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional*. São Paulo: Robe, 1995.

ENGUITA, Mariano Fernández. *A face oculta da escola: educação e trabalho no capitalismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ESCORES, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista*. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ESTEVE, J.M. *Mudanças sociais e função docente*. In: NÓVOA, António. et. al. (Org.). *Profissão Professor*. Porto: Porto Editora, 1991.

FARAH, Beatriz Francisco. *A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora (MG)*. Juiz de Fora: 2006.

_____. *Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?* Revista Aps, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p.123-125, 2003. Disponível em <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

FARIA Horácio. *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

FERNÁNDEZ, Alicia. *O Saber em jogo: a psicopedagogia propiciando autorias de pensamento*. Trad. Neusa KernHickel. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde da UNA-SUS Universidade Aberta do SUS, 2013. Disponível em<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

FONTINELE Junior, Klinger. *Programa saúde da família PSF: comentado*. 2ª edição, revisada, atualizada e ampliada. Goiânia: AB, 2008. 194 p.

FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. 12ª edição. Petrópolis: Vozes, 2013.

GAMA, Andréa de Souza. *Trabalho, Família e Gênero: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil*. 1ª edição. São Paulo: Cortez, 2014.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; MARTIN, Sandra Haueisen; RABELO, Flávia Cristina Paolinelli. *Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios*. Ciência e enfermagem. Vol.16, nº. 2, pp. 25-33, 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200004>>. Acesso em: 13 out. 2014.

HAHNER, June Edith. *Honra e distinção das famílias*. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Orgs.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2013.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Daniele. *Novas configurações da divisão sexual do trabalho*. In: Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez., 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2015.

_____. *Censo demográfico 2010: Nupcialidade, fecundidade e migração: Resultados e amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao_amostra.pdf>. Acesso em: 05 set. 2015.

ILLICH, Ivan. *A convivencialidade*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1976.

KLINGER, Fontinele Junior. *Programa saúde da família PSF: comentado*. 2ª edição, revisada, atualizada e ampliada. Goiânia: AB, 2008.

KUENZER, Acácia Zeneida. Ensino de 2o Grau. *O Trabalho como Princípio Educativo*. São Paulo. Cortez, 1992.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: UFSC, 1999.

LINO, Mônica Motta, et. al. *A realidade da Educação Continuada na Enfermagem nos Serviços Públicos de Saúde de Florianópolis*. Online Brazilian Journal of Nursing, vol.15, nº 1, 2007. Disponível em <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/619/147>>. Acesso em: 25 set. 2014.

MACHADO, Roberto, et. al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGALHÃES, Patrícia Lima. *Programa saúde da família: uma estratégia em construção*. Trabalho (conclusão de curso, especialização em atenção básica em Saúde da Família),

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

MANACORDA, Mario Alighiero. *História da educação: da Antiguidade aos nossos dias*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1989.

MARX, Karl. *O Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

_____. *O capital*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1968.

_____. *Trabalho alienado*. Manuscritos econômico-filosóficos de 1844 de Karl Marx. Apêndice. In: FROMM, Erich. *Conceito marxista do homem*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã: teses sobre Feuerbach*. São Paulo: Moraes, 1994.

MATOS, Maria Izilda e BORELLI, Andrea. *Espaço feminino no mercado produtivo*. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (orgs.). *Nova história das mulheres*. São Paulo: Editora Contexto, 2013.

MATTOS, Magda de; VERONESI, Camila Lucchese; SILVA JUNIOR, Aristides José da (Org.). *Enfermagem na educação em saúde*. Curitiba: Prismas, 2013. 255 p.

MELLES, Adriana Meneghini; ZAGO, Márcia Maria Fontão. *Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto: 1999.

MENDES, Eugênio Vi laça. *Uma agenda para a saúde*. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MEYER, Dagmar Ester Mann; PARAÍSO, Mar Lucy Alves. *Metodologia de pesquisas pós-críticas ou Sobre como fazemos nossas investigações*. In: MEYER, Dagmar Ester Mann; PARAÍSO, Mar Lucy Alves. *Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2014.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. *Educação permanente em saúde: metassíntese*. Revista Saúde Pública, vol.48 n° 1. São Paulo: 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170>. Acesso em: 13 out. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MOHR, Adriana. *A natureza da educação em saúde no ensino fundamental e os professores de ciências*. Tese (Doutorado em Educação – Ensino de Ciências Naturais), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NÓVOA, António (Org.). *Profissão professor*. 2ª edição. Porto: Porto Editora, 1995.

OLIVEIRA, Jaime Antonio de Araujo; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. (In) *Previdência Social no Brasil - 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989.

OLIVEIRA, Newton Ramos de. *Reflexões sobre a educação danificada*. In: ZUIN, Antônio Álvares Soares; PUCCI, Bruno; RAMOS-DE-OLIVEIRA, Newton (Org). *A Educação danificada: contribuições à teoria crítica da educação*. Petrópolis, RJ: Vozes; São Carlos, SP: Universidade Federal de São Carlos, 1997.

OLIVEIRA, Lélia de Cássia Faleiros. *Escola e família numa rede de (des)encontros: um estudo das representações de pais e professores*. São Paulo: Cabral Editora, 2002.

OLIVEIRA, Cynthia Bisinoto Evangelista de, MARINHO-ARAÚJO, Claisy Maria. *A relação família-escola: intersecções e desafios*. Estudos de psicologia. Campinas: janeiro – março, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. 1948. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

PASCHOAL Amarilis Schiavon. *O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal*. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. *Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2007. Disponível em <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 30 de set de 2014.

PINSKY, Carla Bassanezi. *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2013.

PINTO, Geraldo Augusto. *A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo*. 2ª edição. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PIRES, Denise Pires de. *A estrutura objetiva do trabalho em saúde*. In: LEOPARDI, Maria Tereza. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: UFSC, 1999.

REIS, Marcos Aurélio Seixas dos, et al. *A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas*. *Interface*, vol.11, nº.23. Botucatu, 2007. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300022>> Acesso em: 22 mai. 2014.

REIS, Dener Carlos dos; et al. *Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência*. Revista Latino-Am. Enfermagem, março/abril 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0586.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

RODRIGUES, Marie Azuma. *Educação continuada em enfermagem de Saúde Pública*. Revista da Escola de Enfermagem USP, v.18, n°.2, São Paulo:1984.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho, LABATE, Renata Curi. *Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência*. Revista Latino-americana de Enfermagem, novembro-dezembro, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

ROSEMBERG, Fúlvia. *Mulheres educadas e a educação das mulheres*. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria Pedro (Orgs.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2013.

RUA, Maria das Graças. ABRAMOVAY, Miriam. *Avaliação das ações de prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras*. Brasília: 2001. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001252/125251por.pdf>>. Acesso em:31 ago. 2014.

SANTANA, Rita de Cácia Hora. *Família monoparental: na sociedade contemporânea: breves reflexões*. Anais do V EPEAL, Maceió, 2011. Disponível em <<http://dmd2.webfactional.com/media/anais/FAMILIA-MONOPARENTAL-NA-SOCIEDADE-CONTEMPORANEA-BREVES-REFLEXOES.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

SAVIANI, Dermeval. *Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos*. Revista Brasileira de Educação, v. 12, n. 34, jan./abr. 2007.

_____. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. 11ª edição. Campinas, SP: Autores Associados, 2011.

SCHWARTZMAN, Simon. *A Igreja e o Estado Novo: o Estatuto da Família*. Cadernos de Pesquisa Fundação Carlos Chagas, vol. 37. São Paulo: 1981. Disponível em <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1600/1589>>. Acesso em: 24 mai 2015.

SCOTT, Ana Silvia. *O Caleidoscópio dos arranjos familiares*. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (orgs.). *Nova História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2013.

SILVA, Daniella Neves da. *A desmotivação do professor em sala de aula, nas escolas públicas do município de São José dos Campos – SP*. Universidade tecnológica federal do Paraná, Especialização em Gestão Pública Municipal. Curitiba, 2012.

SILVA, Maria Júlia Paes da; PEREIRA, Luciane Lúcio; BENKO, Maria Antonieta. *Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, [1989].

SMELTZER, S. C. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 12ª edição. Rio de Janeiro: GEN, 2011.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. *Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do sistema único de saúde – SUS*. Palmas: 2012. Disponível em <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

SOUZA, Sabrina Silva de; et. al. *Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2010. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a05.htm>. Acesso em: 13 set. 2014.

SPIRI, Wilza Carlaand; LEITE, Maria Madalena Januário. *O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita*. Revista escolar de enfermagem USP. Volume 38, nº3. São Paulo: 2004.

TARDIF, Maurice. *Saberes docentes e formação profissional*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

TARDIF, Maurice; LESSARD, Claude. *O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo*. São Paulo: Atlas, 1987.

UNESCO. *Ensinar e Aprender: alcançar a qualidade para todos*. Relatório de Monitoramento Global de Educação para Todos - Relatório Conciso. 2014. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002256/225654por.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada “FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA” se propõe a analisar e compreender como são desenvolvidas as práticas educativas de formação dos trabalhadores atuantes no Programa Saúde na Escola em um município de médio porte do Vale do Rio Pardo para atuação no Programa, segundo os sujeitos envolvidos.

Tem ainda como objetivos: analisar a formação acadêmica e continuada dos profissionais atuantes no Programa Saúde na Escola em um município de médio porte do vale do Rio Pardo; explicar as estratégias de apoio e qualificação desses profissionais para o desenvolvimento das atividades do Programa Saúde na Escola; compreender, descrever e analisar as habilidades necessárias a esses profissionais para o desenvolvimento dessas atividades. Para tanto, a pesquisa terá como metodologia a realização de entrevistas com uso de roteiro semiestruturado e o desenvolvimento de grupo focal.

Os participantes serão profissionais de nível técnico e superior de uma Unidade de Saúde e professores de Unidades Escolares que desenvolvem as atividades do Programa em seu dia-a-dia de trabalho, sendo que os mesmos serão selecionados de forma intencional pela pesquisadora. A identificação dos participantes será preservada e estes estarão protegidos pela Resolução 466/12. O presente projeto será financiado pela pesquisadora responsável.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente

projeto de pesquisa;

- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

A Pesquisadora Responsável por este Projeto de Pesquisa é a mestranda Andreza Legramanti Gomes (Fone 051 93136200).

O Pesquisador Orientador desse Projeto é o Professor Doutor Moacir Fernando Viegas (Fone 051 37177543).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Nome e Assinatura do Voluntário

Nome Assinatura do Responsável pela
obtenção do presente Consentimento

APÊNDICE B – VISUALIZAÇÃO DOS DADOS DA ADEÇÃO

Visualização dos dados da adesão

Apresentamos aqui as escolas escolhidas pelo município e o total de educandos selecionados em cada uma delas.

Você selecionou 8597 educandos.

Dados Consolidados Nessa tabela é possível relacionar a cobertura das equipes de atenção básica no PSE e o número de educandos selecionados.

Composição da Unidade Gestora do Projeto

	Escola	Tot. Educ.	Tot. Cre	Tot. Pre	Tot. Fund	Tot. Med	Tot. Eja	Equipe
1	EMEI	204	98	106	0	0	0	PSF 1
2	EMEF	684	0	0	569	0	115	PSF 1
3	EMEI	248	111	137	0	0	0	PSF 2
4	EMEI	201	146	55	0	0	0	PSF 3
5	EMEI	233	131	102	0	0	0	PSF 4
6	EMEI	100	52	48	0	0	0	PSF 5
7	EMEF	479	0	37	442	0	0	PSF 2
8	EMEF	248	0	18	230	0	0	ESF 1
9	EMEF	362	0	20	342	0	0	PSF 6
10	EMEF	324	0	29	295	0	0	ESF 2
11	EEEEF	241	0	0	241	0	0	PSF 7
12	EEEM	1072	0	0	537	191	344	PSF 2
13	EEEM	400	0	0	318	82	0	PSF 5
14	EEEEF	136	0	0	136	0	0	PSF 8
15	EMEF	123	0	0	123	0	0	PS 1
16	EEEM	391	0	0	391	0	0	PSF 9
17	EEEEF	316	0	0	316	0	0	PS 1
18	EEB	41	0	41	0	0	0	PS 1
19	EMEI	129	85	44	0	0	0	PSF 10
20	EMEF	259	0	29	230	0	0	ESF 3
21	EMEI	175	116	59	0	0	0	PSF 3
22	EMEF	567	0	57	455	0	55	PSF 3
23	EEEM	831	0	0	357	474	0	PSF 3
24	C. COOPERATIVADA	58	58	0	0	0	0	PSF 6
25	EMEF	602	0	0	536	0	66	PSF 11
26	CRECHE COOPERATIVADA	12	12	0	0	0	0	ESF 4
27	EEI	49	49	0	0	0	0	ESF 2
28	EMEI	112	63	49	0	0	0	PSF 7
	TOTAL DE EDUCANDOS	8597						

APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM A COORDENADORA MUNICIPAL DO PROGRAMA

ROTEIRO DA ENTREVISTA – Coordenadora Municipal

DATA DA COLETA DOS DADOS: ____/____/____

LOCAL E HORÁRIO DA COLETA DE DADOS: _____

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO ACADÊMICA

1.1 Idade: _____ 1.2 Sexo: _____

1.3 Estado civil: _____ 1.4 N. de filhos: _____

1.5 Formações em: _____

1.6 Locais da formação: _____

1.7 Tempos/Ano de formação: _____

1.8 Anos atuação na área: _____

1.9 Tempo que atua no Programa: _____

1.10 Local(is) de Atuação: _____

1.11 Carga horária de trabalho(s): _____

1.12 Atuação em algum outro local em que não desenvolva atividades relativas ao Programa?

1 ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA NO MUNICÍPIO (adesão, organização, articulações)

1.1 Quando o município aderiu ao Programa? De que forma ocorreu essa adesão? Quais os sujeitos participaram do processo de adesão? Qual o papel de cada um desses sujeitos nesse processo?

1.2 Quem seleciona as unidades (de saúde e de educação) a ser inseridas no Programa? De que forma essas unidades são informadas da sua inserção? Qual o processo inicial para inserção dessas unidades (reuniões/capacitações)?

1.3 Quem participa do Programa nas unidades de Educação? E nas unidades de Saúde? Existe algum coordenador do Programa dentro de cada unidade (educação e saúde)? De que forma é selecionado?

1.4 De que forma os profissionais inseridos no programa são informados de sua inserção e suas atribuições.

1.5 De que forma o Programa está articulado no município? Em quais unidades funciona melhor? A que pode ser atribuído esse maior sucesso?

2. EXPECTATIVAS E QUESTÕES SOBRE O PROGRAMA (o que é, como acontece, etc.);

2.1 Como você ficou sabendo do Programa?

2.2 O que achou do trabalho que iria realizar quando ficou sabendo do Programa?

2.3 Especificamente quais são as suas atribuições no Programa?

2.4 De que forma ocorrem as articulações entre educação e saúde?

2.5 De que forma se dá a comunicação entre unidade escolar e unidade de saúde?

2.6 Como se dá o planejamento do trabalho no Programa? Quem participa desse planejamento? Com que periodicidade esse planejamento acontece?

2.7 A comunidade é envolvida? De que forma?

3 QUESTÕES SOBRE A FORMAÇÃO

3.1 Você teve alguma formação específica para este trabalho? Que conteúdos foram abordados? Quantas horas? Quem foram os responsáveis pela formação? Em que lugar?

3.2 Você cursou alguma disciplina sobre Educação em Saúde? Que conteúdos foram abordados?

3.3 Pode-se dizer que aprendes algumas coisas na prática? Quais? De que forma? Fale sobre esses momentos de aprendizagem?

3.4 Quais os conhecimentos que você acha que seria necessário serem trabalhados?

4 NECESSIDADES E PERSPECTIVAS/DIFICULDADES/DESAFIOS

4.1 Quais são as dificuldades relacionadas à formação acadêmica que refletem no desempenho das atividades do Programa Saúde na Escola?

4.2 Que outras necessidades de formação tu sentes para trabalhar no Programa?

5 QUESTÕES SOBRE A GESTÃO DO PROGRAMA

5.1 Possui algum contato/encontro com demais unidades de saúde inseridas no Programa? Com que periodicidade?

5.2 Como avalia a formação acadêmica dos demais profissionais inseridos no Programa? Quais são as dificuldades relacionadas a formação acadêmica que observa nesses profissionais? Que outras necessidades observa neles para trabalhar no Programa?

5.3 De que forma as dificuldades dos profissionais inseridos no Programa são trabalhadas? Com que periodicidade?

5.4 Existe alguma troca de informação entre as diversas unidades escolares e/ou de saúde? De que forma isso ocorre? Com que periodicidade? Qual a importância desses momentos?

5.5 Pessoas externas ao programa participam dos processos formativos? Quais? De que forma esses processos ocorrem?

PARA FINALIZAR... O que diferencia a Unidade (de educação) a partir da inserção no programa? Você acredita que o Programa concretiza a Educação Permanente? Por quê?

APÊNDICE D – ROTEIRO DAS DEMAIS ENTREVISTAS ROTEIRO DA ENTREVISTA

DATA DA COLETA DOS DADOS: ____/____/____

LOCAL E HORÁRIO DA COLETA DE DADOS: _____

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO ACADÊMICA

1.1 Idade: _____ 1.2 Sexo: _____

1.3 Estado civil: _____ 1.4 N. de filhos: _____

1.5 Formações em: _____

1.6 Locais da formação: _____

1.7 Tempos/Ano de formação: _____

1.8 Anos atuação na área: _____

1.9 Tempo que atua no Programa: _____

1.10 Local(is) de Atuação: _____

1.11 Carga horária de trabalho(s): _____

1.12 Atuação em algum outro local em que não desenvolva atividades relativas ao Programa?

2. EXPECTATIVAS E QUESTÕES SOBRE O PROGRAMA (o que é, como acontece, etc.);

2.1 Como você ficou sabendo do Programa?

2.2 O que achou do trabalho que iria realizar quando ficou sabendo do Programa?

2.3 Especificamente quais são as suas atribuições no Programa?

2.4 Com quem você trabalha no Programa? Na escola e na Saúde. O que essas pessoas fazem?

2.5 De que forma ocorrem as articulações entre educação e saúde?

2.6 De que forma se dá a comunicação entre unidade escolar e unidade de saúde?

2.7 Como se dá o planejamento do trabalho no Programa?

2.8 Quem participa desse planejamento?

2.9 Com que periodicidade esse planejamento acontece?

2.10 A comunidade é envolvida? De que forma?

3 QUESTÕES SOBRE A FORMAÇÃO

3.1 O curso superior lhe preparou para este trabalho? Que coisas você viu na universidade que ajudam nesse trabalho?

3.2 Você teve alguma formação específica para este trabalho? Que conteúdos foram abordados? Quantas horas? Quem foram os responsáveis pela formação? Em que lugar?

3.3 Você cursou alguma disciplina sobre Educação em Saúde? Que conteúdos foram abordados?

3.4 Pode-se dizer que aprendes algumas coisas na prática? Quais? De que forma? Fale sobre esses momentos de aprendizagem?

3.4.1 Quais os conhecimentos que você acha que seria necessário serem trabalhados?

4 NECESSIDADES E PERSPECTIVAS/DIFICULDADES/DESAFIOS

4.1 Quais são as dificuldades relacionadas à formação acadêmica que refletem no desempenho das atividades do Programa Saúde na Escola?

4.2 Que outras necessidades de formação tu sentes para trabalhar no Programa?

4.3 Como pensa que poderia ser a formação para trabalhar essas necessidades?

PARA FINALIZAR... O que diferencia a Unidade a partir da inserção no programa?

Para você o que é Educação Permanente em Saúde? Você acredita que o Programa concretiza a Educação Permanente? Por quê?

APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

Sujeitas da pesquisa

	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DE FILHOS	FORMAÇÃO ACADÊMICA	TEMPO DE FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO / OUTRO CURSO
SUJEITA A	26 anos	Feminino	Solteira	0	Educação Física Licenciatura	5 anos	1. Gestão do Esporte – Futebol 2. Metodologia do ensino da Educação Física
SUJEITA B	51 anos	Feminino	Divorciada	3 (7, 20 e 24 anos)	Psicologia	27 anos	1. Saúde da Família 2. Saúde Pública
SUJEITA C	39 anos	Feminino	Solteira	0	Odontologia	16 anos	Odontologia em Saúde Coletiva
SUJEITA D	32 anos	Feminino	Casada	2 (9 e 12 anos)	Auxiliar de Saúde Bucal	8 anos	Técnico de Enfermagem
SUJEITA E	36 anos	Feminino	União estável	0 (está gestante)	Enfermeira	11 anos	1. Enfermagem na Atenção Básica 2. Saúde da Família
SUJEITA F	42 anos	Feminino	Casada	2 (8 e 11 anos)	Matemática Pedagogia-orientação educacional	18 anos	Orientação Educacional
SUJEITA G	65 anos	Feminino	Viuva	2 (34 e 40 anos)		30 anos	Currículo por atividade nos anos iniciais
SUJEITA H	28 anos	Feminino	Solteira	1 (1 ano e 11 meses)	Pedagogia	6 anos	1. Psicopedagogia - Gestão Educacional 2. Está fazendo especialização em Transtornos do Desenvolvimento da Infância e da Adolescência. 3. Está começando o Mestrado em Políticas Públicas na Gestão Educacional

	MOTIVO DA ESPECIALIZAÇÃO	ANOS DE ATUAÇÃO NA ÁREA	TEMPO QUE ATUA NO PROGRAMA	LOCAL DE ATUAÇÃO NO PROGRAMA	CARGA HORÁRIA DE TRABALHO NESTE LOCAL	ATUAÇÃO EM OUTRO LOCAL	CARGA HORÁRIA NO OUTRO LOCAL
SUJEITA A		4 anos	4 anos	Escola Educar-se	13 horas como professora e 23 horas como auxiliar administrativo	Não	N/A
SUJEITA B	Interesse pessoal	27 anos	2 anos	Coordenação	20 horas, sendo 5 no Programa	Não	N/A
SUJEITA C		15 anos	2 anos	ESF	40 horas	Não	N/A
SUJEITA D		8 anos	2 anos	ESF	40 horas	Não	N/A
SUJEITA E	Interesse pessoal	11 anos	2 anos	ESF	40 horas	Não	N/A
SUJEITA F	Interesse pessoal	2 anos como coordenadora e 18 como docente	2 anos	Escola Bom Jesus	40 horas	Docente na Rede Estadual	20 horas
SUJEITA G	Demanda do Serviço	30 anos	2 anos	Escola Bom Jesus	40 horas	Não	N/A
SUJEITA H	Interesse pessoal / Demanda do Serviço / Interesse pessoal	6 anos	2 anos	EMEI Paraíso Infantil	40 horas	Não	N/A