

Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil

Elementary and lower secondary school students' perceptions of the Health at School Programme: a case study in Belo Horizonte, Brazil

Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira¹

Andrea Maria Duarte Vargas²

Zulmira Hartz³

Sônia Dias⁴

Efigênia Ferreira e Ferreira²

Abstract *The Health at School Programme is a Brazilian inter-sector policy resulting from a partnership between the Ministries of Health and Education to expand health actions to public school students, with a view to the comprehensive education of primary and lower middle school students. This qualitative study was carried out in 2016 to investigate Brazilian schoolchildren's perceptions of activities under the Health at School Programme. Data were collected from schoolchildren eleven to fourteen years of age using the written report (essay) as the instrument. Analysis of the reports highlighted two themes: 1. the Health at School Programme as care, and 2. the Health at School Programme as benevolence. For some, the activities meant the possibility of health care, of identifying problems and arranging solutions, and the opportunity for gaining information and learning that may be beneficial in maintaining health – the offer was received passively, however; for others, they were a blessing, a favour, for which they showed their gratitude. The schoolchildren were passive and receptive, without being proactive enough to produce their own health. Co-responsibility seems to be a seed that is still germinating.*

Key words *School health services, Perception, Qualitative research*

Resumo *O Programa Saúde na Escola é uma política intersetorial brasileira, sendo resultado da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com a finalidade de ampliar as ações de saúde aos alunos da rede pública, com vistas à formação integral dos estudantes da Educação Básica. Estudo qualitativo realizado em 2016, com o objetivo de investigar a percepção que os escolares brasileiros possuem em relação às atividades desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola. A coleta de dados foi realizada com escolares de onze a quatorze anos, e, como instrumento de coleta, foi utilizado o relato escrito (redação). A partir da análise dos relatos, foram identificados dois temas: 1. O Programa Saúde na Escola como cuidado, e 2. O Programa Saúde na Escola como bem-estar. Para alguns, as atividades significam a possibilidade do cuidado na área de saúde, para identificar os problemas e encaminhar as soluções, ter a possibilidade de ter informações e algum aprendizado que poderá ser benéfico na manutenção da saúde. No entanto, para uns, foi uma oferta recebida passivamente. Para outros uma benesse, um favor, para o qual mostram a sua gratidão. Os escolares se mostraram passivos e receptivos sem, no entanto, o protagonismo necessário à produção da própria saúde. A corresponsabilização parece ser uma semente ainda germinando.*

Palavras-chave *Saúde escolar, Percepção, Pesquisa qualitativa*

¹ Faculdades Integradas Pitágoras. Av. Professora Aínda Mainartina Paraiso 80, Ibituruna. 39408-007 Montes Claros MG Brasil. fernandapiana@gmail.com

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Universidade Nova de Lisboa (UNL). Lisboa Portugal.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Centro de Investigação em Saúde Pública, GHTM, UNL. Lisboa Portugal.

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial brasileira, instituída em 2007, resultado da parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, tendo como objetivo a melhoria da saúde dos escolares da rede pública de ensino, com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde¹.

As escolas participantes do PSE devem incluir em seu projeto político pedagógico os temas das atividades em saúde desenvolvidas, os quais devem ser debatidos em sala de aula pelos professores, assessorados pelos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de referência (critério de proximidade), com agendas programadas para esse fim².

O Programa Saúde na Escola em Belo Horizonte (PSEBH) teve seu início em 2008 e, a partir de 2010, todas as Escolas de Ensino Fundamental diurno foram incluídas, iniciando-se então a expansão para as Unidades Municipais de Educação Infantil - UMEI³.

O PSE desenvolve suas ações em três áreas denominadas componentes: I, avaliação das condições de saúde; II, promoção de saúde e prevenção de agravos; III, formação e/ou capacitação de profissionais².

A inclusão de atividades de promoção da saúde no ambiente escolar é desejável e necessária. Pretende-se melhorar conhecimentos e desenvolver habilidades que permitam a opção por comportamentos saudáveis⁴.

Com foco na educação integral e melhor saúde dos escolares, a inclusão de atividades de prevenção de doenças e agravos à saúde pretende intervir em possíveis riscos ao adoecimento, relacionados a esta faixa etária. Em casos de presença da doença, o PSE procura avaliar as condições de saúde dos escolares e encaminhar ao centro de tratamento mais adequado a cada patologia².

Sendo o escolar o sujeito desses programas, considera-se adequado que ele participe das avaliações empreendidas, preocupação demonstrada em estudos dedicados ao bem-estar infantil e em pesquisas sociais relacionadas a este grupo etário. No entanto, as crianças/adolescentes ainda são pouco consideradas nos processos de avaliação e tomada de decisão, mesmo se a ação afeta diretamente suas vidas.

Segundo Komulainen⁵, existe a disposição dos profissionais em ouvir essa população e o modo como essa escuta seria realizada. Ao mesmo tempo, existe a preocupação em avaliar se a “voz” da criança/adolescente poderia ter credibilidade, e a partir de quando isso seria possível

considerando as competências, idade, maturidade e credibilidade das declarações, o que o autor considera como “ambiguidade ética e prática”.

Segundo Bubadué *et al.*⁶, deveria existir uma mobilização para se pensar a voz dessa população no processo de tomada de decisão, principalmente em países com sistemas universais de saúde onde o acesso aos serviços possui ampla extensão de cobertura.

Nesse contexto, surge a indagação: Qual tem sido a participação dos escolares, como atores, no PSEBH? Qual o significado deste programa, para eles?

Deste modo, o presente estudo teve como objetivo investigar a percepção de escolares em relação às atividades desenvolvidas pelo PSEBH nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental.

Método

Neste estudo de caso, adotou-se a abordagem qualitativa, utilizando-se relatos escritos (redação) como instrumentos de coleta de dados.

Optou-se por procurar a resposta à questão inicial por meio da avaliação da percepção dos escolares sobre o PSE, entendendo-a como o modo com que os indivíduos interpretam a realidade social, ou seja, o significado elaborado a partir dos sentidos, sensações e relações estabelecidas. A percepção é tratada segundo a teoria sociocultural de Vygotsky⁷, ou seja, é a interação social a responsável pela recriação, reinterpretação e ressignificação de informações e conceitos. Dessa forma, existe uma relação entre a percepção e outras funções mentais (sensação, atenção, memória, pensamento, imaginação, linguagem), recordando e categorizando experiências para a produção de suas próprias significações, sendo a percepção de elementos do mundo real confrontada com informações presentes no aparato psicológico.

Para a realização do estudo, foram selecionadas duas Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), tendo como critérios de inclusão: estar inserida na mesma Regional Administrativa (Pampulha), apresentar cenários diferentes de desenvolvimento das atividades do PSE e possuir a concordância das direções e da Gerência Regional de Educação (GERBES).

As escolas se situam na Regional Administrativa Pampulha e estão classificadas como de média/média-alta vulnerabilidade.

Dados sobre o PSEBH foram obtidos na Secretaria Municipal de Educação (SMED), sendo que, para caracterizar as escolas da amostra, foram utilizados os dados dos portfólios onde são

anotadas todas as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em cada escola, além do consolidado anual da Coordenação Municipal do PSE da Secretaria Municipal de Educação (SMED)⁹ e Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC), todos relacionados ao ano de 2015¹⁰.

A coleta de dados incluiu escolares de onze a quatorze anos de idade, adolescentes¹¹, tendo relatos escritos (redações) como instrumento. Segundo Kishimoto et al.¹², a linguagem escrita permite a expressão de significados, representando integralmente a visão do mundo, sobretudo de crianças e adolescentes. É uma forma de investigar o ser humano porque traz parte de suas experiências, constituindo um referencial daquilo que o indivíduo se apropriou durante sua história de vida.

Foram selecionadas, intencionalmente, duas salas de aula em cada escola. Todos os escolares, das salas selecionadas, receberam os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que sua participação fosse autorizada pelos responsáveis, além do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), para sua própria autorização. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, caráter voluntário e garantia de anonimato, na presença do professor.

Apesar de todos os escolares participarem em sala de aula das atividades propostas para cada grupo, somente foram incluídas no estudo as redações daqueles em que houve a devolutiva do TCLE, assinado pelo responsável, e do TALE, assinado pelo próprio estudante, totalizando 44 relatos para análise.

A coleta de dados ocorreu dentro da sala, durante o horário de aula (50 minutos), tanto no turno da manhã quanto no da tarde, nos meses de maio e junho de 2016. Todo o material necessário para as atividades foi entregue pelo pesquisador e incluiu: folha A4 branca, lápis preto, borracha, caneta e régua. Os escolares poderiam solicitar quantas folhas fossem necessárias e poderiam utilizar, caso desejassem, sua própria caneta ou lápis preto.

No primeiro momento, os estudantes foram informados sobre o contexto da investigação e, a fim de criar um ambiente de descontração, o pesquisador principal colocou algumas questões para uma conversa inicial: *Aqui, nesta escola há um programa que se chama Programa Saúde na Escola, conhecido como PSE. Esse programa desenvolve atividades aqui na escola. Quem conhece o PSE? Quem já participou de alguma coisa?*

Após esse momento, o pesquisador principal transmitiu as informações do que deveria ser re-

alizado: *Agora eu quero que vocês façam uma redação, escrevam um texto, dizendo o que pensam sobre o PSE aqui, na escola. Não se esqueçam de escrever seu nome, idade e turma atrás da folha.*

Informações foram reformuladas e/ou acrescentadas, de acordo com o grau de entendimento observado, até que ficasse claro o que foi solicitado, sempre com a preocupação de deixar os escolares livres para escrever o que desejassem. A pesquisadora principal permaneceu na sala de aula até que todos tivessem concluído a redação, sem se furtrar de dar novos esclarecimentos, se necessário. Permaneceu a preocupação da não indução ao que seria relatado.

Na análise, foi utilizado o método da Análise de Conteúdo Temática, tendo todo o material sido examinado e lido sistemática e exaustivamente, por dois pesquisadores, permitindo uma organização dos temas emergidos, para a compreensão das estruturas de relevância e construção de dimensões e unidades de sentido¹³, na tentativa de identificar fatos que persistiram em relação à variedade dos que apareceram nos dados. A partir daí foram definidos os temas a serem analisados.

Para organizar e sistematizar os dados, foi utilizado o programa computacional ATLAS.TI 7.5.4[®], que possibilitou a organização dos relatos escritos, por cada escola, por meio de *codes*, o que permitiu aos pesquisadores identificar e agrupar trechos representativos escritos e proceder a tipificação.

Para garantir o anonimato, as falas foram identificadas pelo número do entrevistado (1-44), seguido da sigla EMEF (Escola Municipal de Ensino Fundamental) e numeração 1 ou 2 (localização da escola).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (COEP/PBH), em 23 de dezembro de 2014.

Resultados e discussão

Implantado em toda a Rede Municipal de Ensino Fundamental, o PSEBH desenvolve atividades de avaliação de saúde, prevenção de agravos e promoção de saúde, que são pactuadas nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental, para crianças e adolescentes.

O município de Belo Horizonte contava, em 2015, com 173 escolas municipais de ensino fundamental, distribuídas nas nove regionais, com

um total de 157.201 escolares matriculados, na faixa etária de 6 a 15 anos (51,25% do sexo masculino), sendo 122.463 (84,74%) pactuados pelo município, isto é, os pais autorizaram sua participação em qualquer atividade do PSEBH^{9,10}.

Quanto às áreas de ação do PSEBH, as atividades desenvolvidas nas duas escolas do estudo se encontram descritas na Tabela 1, mostrando que o PSE esteve presente nas escolas do estudo, em maior ou menor grau.

Nenhuma das duas escolas realizou ações relacionadas à cultura de paz/combate à violência e saúde ambiental/desenvolvimento sustentável, temas constantes da área Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos.

A análise de conteúdo permitiu a identificação de dois temas, surgidos nos relatos dos adolescentes: O Programa Saúde na Escola como cuidado e o Programa Saúde na Escola como bem-estar?

O Programa Saúde na Escola como cuidado

Um dos aspectos, talvez o mais relatado, apresentado pelos escolares foi a possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Para Andrade e Minayo¹⁴, o conceito de acessibilidade deve considerar vários pontos de vista de caráter social e político, sendo um conceito complexo e relacionado com as condições de vida, com a educação, com os gastos com saúde, hábitos culturais e, ainda, com a adequação e a qualidade da oferta de serviços.

Os escolares destacaram os exames feitos na escola, sobretudo com relação à acuidade visual e saúde bucal. O fato de o profissional de saúde

ir à escola foi bem recebido por eles, sobretudo quando o desfecho era a solução do problema, deixando explícito o reconhecimento do cuidado, o acolhimento, a preocupação do outro com cada um deles¹⁵.

[...] o programa me ajudou com o meu problema de vista [...] além do oculista, o programa também tem vários outros recursos como o dentista [...] (E9-EMEF 1)

[...] sempre vem uma mulher que passa de sala em sala vendo se tem cáries nos dentes e se eles virem cáries nos seus dentes eles irão encaminhar você para um posto de saúde [...] (E27-EMEF 2)

[...] também examina a garganta, peso e altura entre outras coisas [...] (E13-EMEF 1)

[...] ajudou muito meu irmão no ano passado [...] descobriu que meu irmão estava com dificuldade para enxergar [...] (E44-EMEF 2)

Percebeu-se uma grande presença de ações de assistência à saúde nos relatos, levando-se a pensar na existência da priorização pelos serviços assistenciais com foco nas avaliações clínicas. Os estudos de Sousa et al.¹⁶ e Lotta e Favareto¹⁷ levantaram essa questão, relacionando-a principalmente a repasses de recursos. Por outro lado, não se pode desconsiderar o significado do atendimento para a população, que tem como crença que o atendimento profissional garante a saúde por si só, desconsiderando os outros fatores. Além disto, nos relatos transparece a necessidade do encaminhamento e solução do problema detectado, na própria escola.

Estudos sobre acesso/uso dos serviços concluem pela sua associação a fatores socioeconômicos e psicossociais^{18,19}. Embora pareça razoável, somente a expansão dos serviços não garante

Tabela 1. Atividades do PSE dirigidas aos escolares, desenvolvidas nas duas escolas participantes do estudo, em Belo Horizonte, 2015.

Componente/área	Atividade	EMEF 1	EMEF 2
Avaliação das condições de saúde (%)	Acuidade Visual	45,78	15,39
	Saúde Bucal	47,98	58,38
	Situação vacinal	43,44	31,98
	Avaliação antropométrica	51,86	72,82
Promoção da saúde e prevenção de agravos (pelo menos uma atividade no ano)	1ª dose contra o HPV	sim	sim
	Escovação diária supervisionada	sim	não
	Segurança alimentar/promoção de alimentação saudável	sim	sim
	Práticas corporais/atividades físicas	sim	sim
	Educação para a saúde sexual	sim	não
	Saúde reprodutiva/prevenção das DST/AIDS	sim	não
	Combate ao uso de álcool, tabaco e outras drogas	sim	sim
Combate à dengue	não	sim	

Fonte: PBH, 2015⁸.

a melhoria do acesso/uso²⁰, apesar de que esta expansão precisa ser priorizada nos grupos populacionais com maiores dificuldades no acesso e uso desses serviços²¹.

Menores de idade, normalmente, comparecem aos serviços de saúde acompanhados, ou mesmo conduzidos, pelos pais. Essa questão é um dificultador para o comparecimento às consultas odontológicas, fato observado entre escolares. A avaliação de saúde na escola significa, para os escolares, a solução de problemas.

Alguns escolares destacaram em seu relato, as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos desenvolvidas na escola.

Todos os anos eles dão um bilhete para as meninas de 9 a 12 anos com encaminhamento para tomar vacina no posto do lado da escola. Essa vacina se refere a vacina HPV [...] (E15-EMEF 2)

Na minha escola tem um funcionário do PSE. Ele cuida dos alunos vistoriando a escovação [...] ensina fazer o mesmo em casa [...] (E8-EMEF 2)

[...] ajudam a prevenir doenças como obesidade, gripe, e auxilia vários projetos como Zika zero, todos contra dengue [...] (E13-EMEF 1)

A percepção dos escolares com relação a prevenção e promoção de saúde é limitada, em maior grau, ao que os outros podem fazer por eles. Existe a informação (isto que é feito, é bom) mas não se identifica o desenvolvimento de habilidades que conduzam a comportamentos saudáveis⁴. Percebem como um atendimento e, portanto, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos são ações aplicadas para evitar problemas.

Em apenas uma das escolas foram observados relatos relacionados ao aprendizado e cuidado adquirido pelos escolares.

Na cantina colocam placas ou folhetos evitando o desperdício dos alimentos [...] (E27-EMEF 2)

[...] ele ensina várias coisas sobre saúde e as doenças que estamos tendo perigo de pegar no momento [...] (E25-EMEF 2)

[...] eu aprendi a ser mais saudável, agora eu caminho toda terça--feira e eu espero que sempre continue. E eu aprendi a combater a dengue, zica e chicungunha [...] (E39-EMEF 2)

[...] aprendi que ninguém deve parar de escovar os dentes; se parar de escovar, você fica com cárie [...] (E40-EMEF 2)

A questão da proximidade física entre a escola e a Unidade Básica de Saúde é apontada na literatura como um facilitador e um gerador de maior efetividade das atividades relacionadas à saúde desenvolvidas na escola¹⁶. A proximidade física pode ser a justificativa da presença desses relatos na escola², com melhor integração entre saúde-educação. A integração entre setores per-

mite visualizar soluções capazes de superar os obstáculos relacionados à efetividade e sustentabilidade das ações^{17,22}.

Os autores Faial et al.²³ complementam, ainda, que o ambiente escolar é promissor para a multiplicação das ações de promoção da saúde à juventude. As práticas educativas devem promover a participação ativa dos escolares, membros da escola e da comunidade, com o objetivo de garantir hábitos e comportamentos saudáveis, sendo as ações intersetoriais responsáveis pela assistência ampla e completa, de modo interdisciplinar e com o envolvimento de todos.

Além disso, a escola deve conhecer o nível de desenvolvimento de seus alunos, a fim de direcionar o ensino de acordo com os estágios de desenvolvimento para o alcance de etapas intelectuais ainda não alcançadas. Ou seja, devem ser adequados à faixa etária e ao nível de conhecimentos e habilidades. As ações educativas devem ser integradas ao conhecimento e à experiência do escolar, para que haja o desenvolvimento de uma identidade. Dependendo de como as ações educativas são realizadas, podem apenas transmitir informações, sem proporcionar qualquer mudança de comportamento²⁴⁻²⁶.

Todas essas informações reforçam a importância da possível integração dos profissionais envolvidos para o desenvolvimento das atividades nessa escola, já que os relatos parecem mostrar o despertar da autonomia e da consciência dos escolares com relação à adoção de comportamentos seguros.

Outra questão está relacionada à falta do conhecimento, pelos profissionais que atuam no desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, do modo como os escolares interpretam determinados assuntos, com base em seu nível de desenvolvimento cognitivo e suas experiências pessoais. Isso pode prejudicar as abordagens realizadas pelos professores, enfermeiros e médicos, além de dificultarem a educação pelos pais²⁷.

Os profissionais da saúde e da educação podem não perceber as falhas existentes na educação preventiva, mas devem refletir como os escolares articulam seus pontos de vista sobre aspectos de sua própria aprendizagem, com a finalidade de direcionar esforços para maximizar esse potencial^{25,28}.

O estudo de Faial et al.²³ esclarece que o fortalecimento de instituições que formam sujeitos como a família e a escola, e a adoção de práticas pedagógicas em saúde, perpassam o simples ato de transmitir informações. É primordial que se desperte a articulação de pensamentos, permitindo a apreensão do saber e a aquisição de atitudes

e comportamentos diante dos riscos e vulnerabilidades.

O Programa Saúde na Escola como bem-estar?

Alguns relatos demonstraram que os escolares não reconhecem a saúde como direito, bem como não têm a prática de cidadania, e recebem as ações do PSE como benesses (favores), exibindo uma postura de gratidão. O estudo de Trad e Esperidião²⁹ levantou essas e outras questões relacionadas à construção da responsabilização mútua, estimulando, para isso, a implementação dos preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH).

Isso mostra que as pessoas que querem nos ajudar, eles dão as coisas como os óculos, creme dental, escova dental. Espero que este programa cresça cada vez mais e que ajude mais alunos. (E9-EMEF 1)

[...] eles cuidam de nós e isso eu chamo de bondade com as pessoas que precisam deles [...] muito obrigado, pessoas do PSE, por cuidar das pessoas das escolas [...] (E35 – EMEF 2)

[...] Eu sou muito grata a esse programa. (E15-EMEF 1)

Eu e minha família estamos muito felizes que eles fazem tantas coisas só para nos proteger de doenças [...] (E25-EMEF 2)

Os relatos podem refletir o que os escolares ouvem dentro do próprio contexto familiar, social, ou mesmo no espaço escolar. Mas, atividades educativas devem ser implementadas e desenvolvidas visando ao estímulo do *empowerment* dos escolares e familiares envolvidos. Parece existir um desvio com relação ao conceito de cidadania, dados os relatos que contêm expressões relacionadas ao agradecimento e à bondade das pessoas que realizam as ações.

No Brasil, a saúde é um direito universal, e o Estado é responsável por fornecer condições materiais, políticas públicas e programas de atenção à saúde por meio do acesso a ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. São muitas as dificuldades em se manter e concretizar o Sistema Único de Saúde (SUS) como direito universal, contudo a assistência integral em saúde deve ser assegurada pelo acesso da população a serviços nos diversos níveis³⁰. Nesse sentido, o jovem tem o direito à informação sobre sua saúde e, ainda, o de expressar seus desejos com relação aos devidos cuidados, ou seja, precisa ser incluído como participante ativo de seus cuidados em saúde⁶.

O sentimento de igualdade em relação aos direitos civis, políticos e sociais deve estar presente em todos os cidadãos, sendo que efetivar os di-

reitos de cuidado em saúde nos adolescentes está nas diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente e nas políticas públicas do país¹⁵.

Em dois relatos, alguns integrantes se aproximaram do significado da corresponsabilização, relacionadas ao papel do escolar e da família.

[...] Acho que deveria haver uma palestra de como é importante usar óculos, se necessário [...] Tem uma garota que foi fazer exame e tem 5 graus de miopia, eu acho; ganhou o óculos e não usa. (E10-EMEF 1)

[...] Claro que os pais têm que cuidar e se preocupar com os seus filhos, mesmo a escola tendo esse cuidado com todos nós. (E11-EMEF 1)

Pareceu existir, nos relatos, uma preocupação com a corresponsabilidade nas questões da saúde³¹. A decisão por uma ou outra terapêutica é individual, e sofre influência da rede familiar e social, destacando a comunicação por meio do diálogo como possibilidade de produção de entendimento e cuidado em saúde. O estudo de Mello et al.¹⁵ reforça que a educação em saúde deve ser dialógica e emancipatória, para que ocorra disseminação de conhecimentos. As ações direcionadas para a mudança são relacionadas ao *empowerment*, sendo o processo de educação responsável por escolhas e tomadas de decisões que visam à responsabilidade sobre a própria vida³².

No estudo de Karasimopoulou et al.³³, os resultados mostraram que escolares que seguiram o programa de educação em saúde para habilidades sociais melhoraram suas percepções em áreas relacionadas ao bem-estar físico, vida familiar, recursos financeiros, amigos, vida escolar, aceitação social e lazer. Ainda citam que, embora em outros estudos a percepção dos escolares sobre dimensões econômicas de suas vidas raramente fosse levada em consideração, essa percepção apresentou melhora significativa e esse fato poderia ser atribuído a uma melhoria do relacionamento deles com seus pais. Ao garantir o sentimento de apoio e oportunidades para a utilização de habilidades sociais e emocionais de várias maneiras e significados para suas vidas, os escolares mostram-se mais interessados em aprender.

Considerações finais

Não se pretendeu avaliar as ações do PSE nessas escolas, ou seja, ir além de compreender o que o programa significa para os sujeitos de suas ações. No contexto deste estudo, o PSE está implantado há algum tempo, e isto possibilitou o reconhecimento de seu significado para os escolares adolescentes.

Todas as atividades relacionadas à assistência à saúde desenvolvidas foram relatadas pelos escolares, porém não se observou o mesmo padrão com relação às atividades relacionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Os escolares relataram sobre as dificuldades para realizar consultas com dentista, oftalmologista ou mesmo outro profissional, devido à distância entre a Unidade Básica de Saúde e a residência, à falta de tempo dos pais para levá-los à consulta, dentre outros. Essa é uma realidade frequente em comunidades em que se observa o grau de vulnerabilidade média/média-alta, caso dos locais do estudo.

Para alguns, as atividades significam a possibilidade do cuidado na área de saúde, ter alguém para identificar os problemas e encaminhar as soluções, ter a possibilidade de acesso às informações e algum aprendizado, que poderá ser benéfico na manutenção da saúde. No entanto, uma oferta de mão única, recebida passivamente, com distanciamento do que poderia ser visto como direito. Para outros uma benesse, um favor, para o qual mostram a sua gratidão. Para poucos, ações que exigem uma corresponsabilidade, um esforço conjunto para um final acertado.

Apesar da atitude passiva na maioria dos relatos, percebeu-se uma boa receptividade entre os escolares sem, no entanto, o protagonismo necessário à produção da própria saúde. A cor-

responsabilização parece ser uma semente ainda germinando.

Deve-se ter em mente que a percepção relaciona sensações, memória, pensamento, imaginação e os achados não podem ser considerados como resultado exclusivo e estático, como uma reação direta a uma ação.

Ouvir as “vozes” dessa população pode ser um bom ponto de partida para um estudo social de suas vidas, considerando a existência de ambiguidades envolvidas na comunicação resultantes das interações, discursos e práticas humanas.

Outras pesquisas devem ser realizadas com o objetivo amparar práticas pedagógicas em saúde que ultrapassem o simples ato de transmitir informações ou oferecer o cuidado sob a forma de tratamento. Pode-se promover, desse modo, o fortalecimento da escola e da família, pois articulam-se pensamentos, adquirem-se saberes, atitudes e comportamentos seguros, diante de riscos e vulnerabilidades.

A pesquisa realizada somente no espaço escolar pode ser uma limitação deste estudo. O espaço escolar pode incentivar os escolares a fornecer a “resposta certa”³⁴. De maneira oposta, o estudo de Angell et al.³⁵ traz o espaço escolar como ambiente onde os escolares estão mais à vontade e podem revelar mais em suas redações do que realmente desejavam, apesar de ser, também, um espaço onde não se sintam capacitados em recusar a participação.

Colaboradores

FPSL Oliveira e EF Ferreira participaram da concepção, delineamento, análise, redação e interpretação dos dados. FPSL Oliveira, EF Ferreira e AMD Vargas fizeram a revisão crítica da literatura sobre o tema. S Dias e Z Hartz participaram da análise e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa do programa institucional Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE), às escolas participantes e aos escolares voluntários.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 5 dez.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portal da Saúde. Programa Saúde na Escola. *Caderno do Gestor do PSE. Política Nacional de Atenção Básica. Saúde na Escola*. Brasília: MS; 2015.
3. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Manual Operacional do Programa Saúde na Escola (PSE)*. Belo Horizonte: SMS; 2014.
4. Bonell CP, Fletcher A, Jamal F, Wells H, Harden A, Murphy S, Thomas J. Theories of how the school environment impacts on student health: Systematic review and synthesis. *Health Place* 2013; 24:242-249.
5. Komulainen S. The ambiguity of the child's 'voice' in social research. *Childhood* 2007; 14(1):11-28.

6. Bubadué RM, Cabral IE, Carnevale F, Asensi FD. Normative analysis of the voice of children in Brazilian child protection legislation. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016; 37(4):e58018.
7. Vygotsky LS. *Teoria e Método em Psicologia*. 3th ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
8. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação (SME). *Portfólio do Programa Saúde na Escola*. Belo Horizonte: SME; 2015.
9. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação (SME). *Consolidado Anual da Coordenação Municipal do PSE*. Belo Horizonte: SME; 2015.
10. Brasil. Ministério da Educação (MEC). *Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação* (SIMEC). [accessed 2016 Aug 1]. Available at: <http://simec.mec.gov.br/>
11. World Health Organization (WHO). *Young People's Health - a Challenge for Society*. Geneva: WHO; 1986. (Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731).
12. Kishimoto TM, Santos MLR, Basílio DR. Narrativas infantis: um estudo de caso em uma instituição infantil. *Educação e Pesquisa* 2007; 33(3):427-444.
13. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.
14. Andrade LOM, Minayo MCS. Access to health services: a right and a utopia. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2566-2567.
15. Mello DF, Wernet M, Veríssimo MLOR, Tonete VLP. Nursing care in early childhood: contributions from intersubjective recognition. *Rev Bras Enferm* 2017; 70(2):446-450.
16. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. Intersectorality in the 'Health in Schools' Program: an evaluation of the political-management process and working practices. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1781-1790.
17. Lotta G, Favareto A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Revista de Sociologia e Política* 2016; 24(57):49-65.
18. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):999-1010.
19. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health* 2013; 13:60.
20. Ely HC, Abegg C, Celeste RK, Pattussi MP. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1607-1616.
21. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):1063-1072.
22. Pinto BK, Soares DC, Cecagno D, Muniz RM. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. *Rev. Min. Enferm.* 2012; 16(4):487-493.
23. Faial LCM, Silva RMCR, Pereira ER, Souza LMC, Bessa RT, Faial CSG. Saúde na escola: contribuições fenomenológicas a partir da percepção do aluno adolescente. *Rev. Enferm.* 2017; 11(1):24-30.
24. Koll MO. *Vygotsky: Aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione; 2010.
25. Higa EFR, Bertolin FH, Maringolo LF, Ribeiro TFSA, Ferreira LHK, Oliveira VASC. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(Supl. 1):879-891.
26. Bezerra IMP, Machado MFAS, Souza OF, Antão JYFL, Dantas MNL, Reis AOA, Martins AAA, Abreu LC. Professional Activity in the Context of Health Education: a Systematic Review. *Journal of Human Growth and Development* 2014; 24(3):255-262.
27. Plattner IE. Children's conceptions of AIDS, HIV and condoms: a study from Botswana. *AIDS Care* 2013; 25(11):1418-1425.
28. Burke A. Empowering children's voices through the narrative of drawings. Memorial University of Newfoundland. *The Morning Watch Education and Social Analysis* 2012; 40(1-2):1-14.
29. Trad LAB, Esperidião MA. Participative management and co-responsibility in healthcare: limits and possibilities within the scope of the Family Health Strategy. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):557-570.
30. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):181-190.
31. Deslandes SF, Mitre RMA. Communicative process and humanization in healthcare. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):641-649.
32. Tuohimaa H. In search of an empowering and motivating personal wellbeing pathway for Finnish heart patients. *SpringerPlus* 2014; 3:475.
33. Karasimopoulou S, Derri V, Zervoudaki E. Children's perceptions about their health-related quality of life: effects of a health education-social skills program. *Health Educ. Res.* 2012; 27(5):780-793.
34. Spyrou S. The limits of children's voice: From authenticity to critical, reflexive representation. *Childhood* 2011; 18(2):151-165.
35. Angell C, Alexander J, Hunt JA. 'Draw, write and tell': A literature review and methodological development on the 'draw and write'research method. *Journal of Early Childhood Research* 2015; 13(1):17-28.

Artigo apresentado em 04/10/2017

Aprovado em 26/02/2018

Versão final apresentada em 15/06/2018