

Entrevista com **Adriana Castro** (CRP 05/23086), psicóloga, mestre em psicologia (UFF) e consultora técnica do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Promoção da Saúde.

1) Que balanço você faz desse um ano de PSE? Que avanços e que recuos ocorreram? O que você ressalta de mais importante no programa nesse 1 ano de vida?

O Programa Saúde na Escola foi criado pelo Decreto Presidencial nº 6286 em 5/12/2007. No Decreto Presidencial encontramos objetivos e diretrizes gerais sobre o PSE bem como ele estabeleceu um prazo para que os Ministérios da Saúde e da Educação construíssem uma proposta técnica do Programa. Assim, o PSE não tem um ano de implementação na “ponta”, ou seja, nas unidades de saúde e nas escolas, mas um pouco menos.

Desde o Decreto Presidencial, então, as equipes técnicas do MS e do MEC trabalharam na elaboração da proposta de trabalho, na definição de critérios de priorização dos municípios para a primeira fase de implementação, nos protocolos de adesão dos municípios ao PSE e no lançamento do Programa.

A proposta de trabalho do PSE foi desenvolvida a partir das concepções de atenção integral à saúde e educação integral. Assim, dividiu-se o Programa em diferentes componentes da linha de cuidado e de gestão: (1) avaliação das condições de saúde (Clínica e Psicossocial, Atualização do Calendário Vacinal, Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica, Oftalmológica, Auditiva, Nutricional e de Saúde Bucal); (2) promoção da saúde e prevenção (Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável, Promoção das Práticas Corporais e Atividade Física, Educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco e outras Drogas e Promoção da Cultura de Paz e Prevenção das Violências), (3) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; (4) Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens.

Para a definição dos municípios e/ou escolas prioritárias trabalhou-se com indicadores da saúde e da educação e com a sinergia de ações nas diferentes cidades. Deste modo, foram priorizados municípios com baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e com cobertura de 100% das Equipes de Saúde da Família. Além disso, foram identificadas escolas de baixo IDEB em municípios de grande porte populacional que integram o Programa Mais Educação do MEC e estão em áreas de abrangência da Saúde da Família.

Considerando que o processo de trabalho depende da priorização e planejamento locais, vinculando Equipes de Saúde da Família e profissionais das escolas num determinado território vivo, propôs-se a criação de um grupo intersetorial local que será responsável pela estruturação de um projeto de trabalho conjunto. É esse projeto de trabalho conjunto, que deverá ser aprovado na Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite para que o município receba o repasse de recursos financeiros do MS para fortalecimento da Atenção Básica/Saúde da Família, correspondente ao número de equipes que se co-responsabilizarão junto às escolas pela população de escolares, e, também, aos materiais didático-pedagógicos produzidos por MEC/MS para dar suporte às atividades.

Após o lançamento do PSE pelo Senhor Presidente da República, em 3 de setembro de 2008, e da publicação da portaria que estabelece os critérios para a adesão e repasse de recursos financeiros em setembro, mesmo considerando o período eleitoral, tivemos manifestação de interesse de implementar o PSE de aproximadamente 90% dos municípios elencados.

Assim, podemos afirmar que para um primeiro ano os avanços foram mais do que expressivos construímos toda uma proposta intersetorial, pactuamos com gestores da educação e da saúde dos três níveis de gestão e já temos trabalhando na formulação de projeto locais um total de 700 municípios.

2) Você acha que, de forma geral, os objetivos do programa têm sido conquistados?

Ainda é cedo para dizer que alcançamos os objetivos de melhoria a qualidade de vida dos escolares. Porém, já podemos afirmar que o PSE significa um passo decisivo para a educação e a saúde no sentido de trabalhar políticas públicas de forma sinérgica e, conseqüentemente, mais efetiva e produtora de cidadania. A intersetorialidade deixou de ser uma intenção retórica para materializar-se na construção e gestão da política e isso por si só é uma importante conquista.

3) Que tipo de atuação as diretrizes do PSE exigem do profissional psi?

Não diretrizes específicas vinculadas às categorias profissionais no PSE. O tempo todo trabalhou-se com a perspectiva de equipes de saúde da família e equipes de profissionais da educação que deverão coletivamente construir uma ação local. No entanto, o PSE prevê uma avaliação da condição de saúde clínica e psicossocial na qual o profissional psi estará envolvido à medida que esteja inserido no Sistema Único de Saúde e no setor educação.

No SUS, considerando a composição das equipes de saúde da família e a lógica de apoio matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, onde o psicólogo pode estar inserido, há todo um trabalho de co-gestão do cuidado e de planejamento das ações de promoção da saúde que demandará sua atenção e envolvimento.

4) De forma geral, que melhorias poderiam ser feitas para aprimorar o PSE?

Acho que ainda precisamos avançar muito em direção a concretizar estratégias de formação para profissionais de saúde e de educação e de jovens. A formação é decisiva para o sucesso do PSE já que o Programa exige uma perspectiva diferente na organização do processo de trabalho e na abordagem de temas complexos que não podem ser vinculados a aspectos normativos, moralizadores e/ou segregacionistas, como: os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, o uso de álcool e outras drogas ou a violência.

Além disso, é preciso caminhar em direção a uma ação que não focalize somente os escolares e sim abarque a comunidade escolar, entendida como todos aqueles que freqüentam o espaço da escola.

5) Você acredita que o estabelecimento de critérios prévios por parte do governo para o repasse de verbas a determinados municípios seja um fator limitador?

O estabelecimento de critérios foi absolutamente necessário para que pudéssemos implementar o PSE ainda este ano e, na verdade, entendemos que a priorização é apenas uma fase do Programa, a primeira. Inclusive é importante dizer que pela Portaria nº 1861 de 4/9/2008 não há impedimento para que os municípios não priorizados apresentem projetos locais para adesão.

Além disso, devemos destacar que os municípios e escolas priorizados representam àqueles locais onde há alto grau de vulnerabilidade, mapeado pelo IDEB. Assim, a priorização também marca o compromisso do Governo Federal com políticas redutoras de iniquidade.

6) Você poderia falar um pouco mais detalhadamente sobre o PSE no estado do Rio?

No Estado do Rio de Janeiro tínhamos 3 municípios prioritários – Cantagalo, Carapebus e Rio das Flores, e todos eles manifestaram interesse em aderir ao PSE.

Tínhamos ainda municípios de maior porte e do Mais Educação com indicação do número máximo de equipes da saúde da família que poderiam ser cadastradas para o PSE, como: Belford Roxo, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti e Volta Redonda, que também manifestaram interesse.

No entanto, é preciso dizer que a implementação do PSE está diretamente vinculada ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família. Assim, necessariamente o Estado precisa trabalhar pela ampliação da cobertura populacional da Saúde da Família e na melhoria da articulação intersetorial.

Cabe destacar que um dos temas que integram o componente da Promoção da Saúde – os direitos sexuais e reprodutivos, operado pelo Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, de responsabilidade do Programa Nacional de DST/AIDS, já vem sendo implementado no Estado do Rio há alguns anos com muito sucesso, envolvendo profissionais de saúde, de educação, jovens e ONGs. Esta articulação é importante para o sucesso do PSE no Estado uma vez que não partimos do zero.

7) Para concluir, qual é a principal contribuição que a Psicologia tem a dar na Educação?

É muito difícil falar de uma forma genérica e totalizante de “a” Psicologia ou “a” Educação. Ambos os campos de saberes tem formas distintas de abordar e trabalhar no espaço da escola e fora dele, as quais falam e materializam determinadas apostas ético-políticas. O que quero dizer é que vou falar de uma determinada perspectiva e compreensão da Psicologia e da Educação, que é minha (pessoal) e, ao mesmo tempo, é institucional à medida que tanto o MS quanto o MEC trabalham por políticas públicas inclusivas e produtoras de cidadania e qualidade de vida.

Nesse sentido, a Psicologia articulada à concepção freiriana da Educação contribui para a compreensão de que a produção de subjetividades é tanto mais emancipatória quanto for plena de sentido, marcada pela experimentação no viver e garantidora de participação efetiva nas decisões sobre si e o mundo. Tradicionalmente e, infelizmente, ainda de forma hegemônica, a escola é vista como espaço fora da comunidade onde se insere que deve disciplinar corpos e mentes, produzindo subjetividades reprodutoras de conhecimentos instituídos. É justamente na mudança desta perspectiva, organizando relações de construção coletiva e compartilhada de saberes, que integrem o conhecimento vivido pelos escolares à experiência de aprendizagem “formal” que certa Psicologia pode ajudar. Trata-se, então, de uma aposta ético-política de que Educação e Psicologia componham um modo de fazer educação e saúde voltado para a produção de subjetividades autônomas, críticas em relação ao mundo em que vivemos e à miríade de informações que nos bombardeiam todo o tempo. Subjetividades potentes em fazer escolhas que favoreçam a vida.

8) Como têm sido estabelecidas as ações de promoção da saúde no contexto escolar?

As ações de promoção da saúde vinculadas às escolas acontecem no Brasil há vários anos por iniciativas de políticas de saúde específicas e de gestores municipais e estaduais de saúde e de educação, assumindo grande diversidade de formatos: desde palestras educativas com temas de saúde até a existência de agentes comunitários de saúde escolar.

No âmbito do PSE o que se pretende é trabalhar no alinhamento conceitual e metodológico das ações de promoção da saúde, sem que isso signifique acabar ou parar os programas ou projetos já existentes e em curso no país. Assim, têm-se trabalho no Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, onde estão reunidas as diversas áreas técnicas, fundações e agências que integram o MS, com a identificação de materiais e estratégias já desenvolvidas e implementadas para organizar uma “caixa de ferramentas” de promoção da saúde. Nosso trabalho, é disponibilizar aos gestores municipais e estaduais a maior quantidade e a melhor qualidade de metodologias, estratégias e materiais didático-pedagógicos em cada tema da promoção da saúde bem como organizar os processos de cooperação técnica e formação necessários para a efetividade das ações.

Nossa aposta é subsidiar gestores e profissionais para o planejamento local participativo.

9) Como garantir a intersetorialidade como estratégia geradora de redes no PSE?

Nenhum dispositivo ou arranjo institucional pode garantir que seu efeito será o esperado ou programado porque a realidade é sempre diversa, há atores envolvidos com diferentes interesses bem como a ação de muitas forças técnico-políticas em disputa. No PSE nós estabelecemos que o projeto de ação para ser aprovado deve ser feito intersetorialmente e que a gestão da implementação e do acompanhamento também será intersetorial. No entanto, sabemos que todo e qualquer instrumento de planejamento e/ou espaço coletivo de deliberação pode ser cooptado por perspectivas normatizadoras e burocratizantes. Ou seja, não há garantias. Existem, por outro lado, estratégias de fortalecimento da produção de redes, que se vinculam diretamente a formação, a um trabalho de “contágio” que agregue as pessoas para produzir outra saúde outra educação, dentre as quais destaco a importância da militância de adolescentes e jovens e da educação entre pares.

10) Como fazer o PSE funcionar como um dispositivo com capacidade de gerar mais efeitos de diferenciação e menos efeitos de medicalização e psicologização?

Mais uma vez não podemos fazer totalizações nem dar garantias. Podemos sim apostar na construção coletiva, no “contágio”, na educação permanente de professores, profissionais de saúde e gestores. Evidente que este é um processo demorado, um moto-contínuo que deve envolver as pessoas na construção de outros modos de relação. Aliás, modos de relação nada hegemônicos porque são marcados pela não rotulagem do vivido e pela compreensão de uma educação e de uma saúde integrais, amplas e determinadas sócio-historicamente. Trata-se de mudar não só o jeito PSE, mas de mudar o jeito de levar e encarar a vida.

Não tenho uma resposta única ou pronta, porém creio que devemos rever currículos e modos de aprender/ensinar que estão hoje em nossas universidades que muitas vezes distanciam profissionais da realidade e, principalmente, das políticas públicas e seus usuários (que deveríamos ser todos nós!). Uma boa conversa com um aluno e sua família, que se desapegue da queixa ou sintoma, que produza vínculo e compromisso, pode várias vezes falar outras ordens de sofrimento, ligados à discriminação, à ausência de direitos, de perspectivas de futuro dentre outras necessidades. A escuta para um sujeito integral, atravessado por valores, pressões sociais e políticas, determinado socialmente e determinante de uma nova sociedade parece-me ser a chave da mudança e para isso precisamos, claro, de um profissional bem menos onipotente e bem mais disponível para a diversidade.