

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**ANA PAULA MACAN DAMIANI
Dr^a. JANINE MOREIRA.**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENSINO FUNDAMENTAL:
UMA REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**CRICIÚMA (SC), AGOSTO DE 2012.
ANA PAULA MACAN DAMIANI**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENSINO FUNDAMENTAL:
UMA REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada para à Banca Examinadora da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da Professora Dr^a. Janine Moreira.

CRICIÚMA (SC), ABRIL DE 2012.

ANA PAULA MACAN DAMIANI

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENSINO FUNDAMENTAL:
UMA REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada para à Banca Examinadora da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da Professora Dr^a. Janine Moreira.
Criciúma, 02 de Abril de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Janine Moreira – (UNESC).

Prof^a. Dr^a. Maria Tereza Leopardi – (UNIVALI).

Prof^a. Dr^a. Giani Rabelo – (UNESC).

Dedico esse trabalho:

*A DEUS, à minha irmã
ALESSANDRA, por estar ao meu lado
sempre, seja para me ouvir, apoiar ou
chamar a atenção.*

AGRADECIMENTOS

À professora Janine Moreira, pela paciência e compreensão dos momentos difíceis e de transformação em minha vida acadêmica, profissional ou simplesmente de um ser humano cheio de indecisões, conflitos e medos. Muito obrigada por fazer parte desta fase da minha vida e me resgatar a simplicidade da vida, pois a professora, com todo o conhecimento, sempre generosa.

Ao meu esposo Talles Munari Damiani, pelo apoio, incentivo e compreensão da minha ausência em alguns momentos.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNESC. Em especial, aos companheiros Geraldo Miliolli e Vanessa Morona Dias, com quem pude dividir minhas angústias pessoais e teóricas.

Aos Professores e Secretários de Saúde e Educação, pois sem suas contribuições e colaborações, essa pesquisa não seria consolidada.

Obrigada!

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido em duas escolas municipais de Araranguá, SC - Brasil, com o problema de pesquisa: **De que forma a educação em saúde está presente no ensino fundamental sob a ótica da promoção de saúde?** O objetivo geral do estudo foi de compreender de que forma a educação em saúde está presente no ensino fundamental, especificamente no que se refere à promoção da saúde. Através dos objetivos específicos, que foram: compreender a concepção dos professores sobre a promoção da saúde; investigar como os professores trabalham (se trabalharem) questões de saúde em seu cotidiano de sala de aula; verificar se existe integração entre as políticas municipais de educação e de saúde em termos de ações educativas em saúde; verificar a integração da Estratégia de Saúde da Família com as escolas do ensino fundamental buscou-se responder ao problema de pesquisa. Metodologicamente, o estudo foi caracterizado como pesquisa qualitativa, exploratória e empírica. Os sujeitos da pesquisa foram 10 educadores e os secretários de educação e de saúde do município. Os instrumentos de coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada e um diário de campo. A análise dos dados se deu por categorias, que foram: promoção da saúde, temas de saúde trabalhados em sala de aula, integração entre as políticas municipais de saúde e de educação, integração da Estratégia da Saúde da Família (ESF) nas escolas. A análise seguiu os princípios da hermenêutica, à luz da teoria da educação libertadora de Paulo Freire. Constatou-se que o entendimento de promoção de saúde se limita à prevenção de doenças. Os sujeitos entendem saúde como resultante de múltiplos aspectos, porém vinculados a ações individuais, não considerando os demais determinantes, de ordem estrutural. Assim, em geral culpabilizam as pessoas, as famílias, os pais, por suas condições de saúde, pensando em saúde no sentido apenas curativista e hospitalocêntrico. Desta forma, mantêm uma visão “ingênua” das questões de saúde, o que os afasta de uma condição de sujeitos críticos que buscam seus direitos com base em escolhas feitas com autonomia. Esta visão se reflete nos temas de saúde trabalhados em aula, com base na alimentação, higiene pessoal e na segregação do lixo, não considerando aspectos estruturais da saúde. Ainda que os sujeitos pesquisados entendam a importância e as possibilidades de transformação na integração da saúde e educação, ela não ocorre na prática, pois estes encontros se dão de forma pontual e distante, nos momentos de campanhas de vacinação, palestras de prevenção de doenças. Da mesma forma, não ocorre a integração entre a ESF e a escola. Logo, faz-se necessário que profissionais da saúde e da educação, gestores tenham espaços para repensar suas práticas para que, dialogicamente, possam ir construindo uma consciência crítica sobre seus fazeres. A educação em saúde, com foco na promoção da saúde, assim pensada criticamente, seria um instrumento para a construção de uma sociedade democrática. Como resultado esperado deste estudo, está o de oferecer subsídios para a discussão sobre a promoção da saúde nas escolas de Ensino Fundamental e sua integração com a ESF.

Palavras-Chave: Educação em Saúde, Promoção da Saúde e Educação Problematicadora.

RESUMEN

Este estudio se realizó en dos escuelas públicas de Araranguá, Santa Catarina - Brasil, con el problema de investigación: **¿Cómo es la educación de la salud está presente en la educación primaria desde la perspectiva de promoción de la salud?** El objetivo general de este estudio era comprender cómo la educación de la salud está presente en la educación primaria, específicamente con respecto a la promoción de la salud. A través de objetivos específicos, los cuales fueron: para entender el concepto de los docentes en la promoción de la salud; investigar cómo trabajan los profesores (si se trabaja) los problemas de salud en su salón de clases todos los días, ver si hay una integración entre la educación y las políticas municipales salud en términos de actividades educativas en materia de salud, para verificar la integración de la Estrategia de Salud Familiar con las escuelas primarias intentado responder al problema de investigación. Metodológicamente, el estudio fue descrito como la investigación cualitativa, de tipo exploratorio y empírico. Los sujetos fueron 10 profesores y secretarios de educación y la salud de la ciudad. Los instrumentos de recolección de datos fueron la entrevista semiestructurada y un diario. Análisis de los datos tomó en categorías que incluyen: la promoción de la salud, los problemas de salud trabajaron en el aula, la integración entre las políticas municipales de salud y educación, la integración de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en las escuelas. El análisis siguió los principios de la hermenéutica a la luz de la teoría de la educación liberadora de Paulo Freire. Se encontró que la comprensión de la promoción de la salud es limitada a la prevención de enfermedades. Los sujetos entender la salud como resultado de múltiples aspectos, sino que está ligado a las acciones individuales, sin considerar los otros factores determinantes de orden estructural. La gente lo tanto, en general, las familias, culpando a los padres, por su salud, de planificación de la salud hacia el curativo y hospitalario. Por lo tanto, mantener una visión "ingenua" a los problemas de salud, lo que les separa de una condición crítica de la búsqueda de sus derechos sobre la base de decisiones tomadas de forma independiente. Esta opinión se refleja en temas de salud elaboradas en clase, sobre la base de la alimentación, la higiene personal y la segregación de la basura, sin considerar los aspectos estructurales de la salud. Aunque los sujetos de investigación comprenden la importancia y las posibilidades de transformación en la integración de la salud y la educación, no ocurre en la práctica debido a que estas reuniones se dan en forma ocasional y distante en tiempos de las campañas de vacunación, charlas sobre prevención de enfermedades. Del mismo modo, no hay integración entre el FSE y la escuela. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud y los administradores de la educación tienen espacios para repensar sus prácticas de manera que, dialógicamente, vaya a la construcción de una conciencia crítica de sus obras. Educación para la salud, centrándose en la promoción de la salud, y la crítica pensó que sería una herramienta para la construcción de una sociedad democrática. Como era de esperar los resultados de este estudio es dar una idea a la discusión sobre la promoción de la salud en las escuelas de educación primaria y su integración con el FSE.

Palabras clave: Educación Sanitaria , Promoción de la Salud y Educación Problematicadora.

ABSTRACT

This study was conducted in two public schools in Araranguá, SC - Brazil, with the research problem: **How does health education is present in primary education from the perspective of health promotion?** The overall objective of this study was to understand how health education is present in primary education, specifically with regard to health promotion. Through specific objectives, which were: to understand the concept of teachers on health promotion; investigate how teachers work (if working) health issues in their daily classroom; see if there is integration between the education and municipal policies health in terms of educational activities in health, to verify the integration of the Family Health Strategy with the elementary schools attempted to answer the research problem. Methodologically, the study was described as qualitative research, exploratory and empirical. The subjects were 10 teachers and secretaries of education and health of the city. The instruments of data collection were semi-structured interview and a diary. Data analysis took into categories that include: health promotion, health issues worked out in the classroom, integration between municipal health policies and education, integration of the Family Health Strategy (FHS) in schools. The analysis followed the principles of hermeneutics in the light of the theory of Paulo Freire's liberatory education. It was found that the understanding of health promotion is limited to disease prevention. The subjects understand health as a result of multiple aspects, but bound to individual actions, not considering the other determinants of structural order. Thus, generally blaming people, families, parents, for their health, health planning towards curative and hospital only. Thus, maintaining a vision "naive" to health issues, which separates them from a condition of critical seeking their rights based on choices made independently. This view is reflected in health issues worked out in class, based on food, personal hygiene and segregation of garbage, not considering structural aspects of health. Although the research subjects understand the importance and possibilities of transformation in the integration of health and education, it does not occur in practice because these meetings are given on an occasional and distant at times of vaccination campaigns, lectures on disease prevention. Likewise, there is no integration between the ESF and the school. Therefore, it is necessary that health professionals and education managers have spaces to rethink their practices so that, dialogically, go to building a critical awareness of their doings. Health education, focusing on health promotion, and critically thought it would be a tool for building a democratic society. As expected outcome of this study is to provide insight to the discussion on health promotion in schools of primary education and its integration with the Family Health Strategy (FHS).

Keywords: Health Education, Health Promotion and Problematizadora Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

PSF – Programa Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

PSE – Programa Saúde nas Escolas

PCN – Parâmetro Curriculares Nacional

LDB – Leis de Diretrizes e Base da Educação

MS – Ministério da Saúde

MEC- Ministério da Educação

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

OMS – Organização Mundial da Saúde

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DST/ AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da imunodeficiência Adquirida

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1- INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Problematização do Objeto de Investigação..... | 12 |
| 1.2 Percurso Metodológico | 20 |
| 1.2.1- LOCAL DE ESTUDO..... | 21 |
| 1.2.2- SUJEITOS DA PESQUISA..... | 22 |
| 1.2.3- COLETA DE DADOS..... | 22 |
| 1.2.4- ANÁLISE DOS DADOS..... | 25 |
| 1.2.5 – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA EM HUMANOS..... | 26 |
| 2- EDUCAÇÃO EM SAÚDE: a relação entre saúde e educação..... | 27 |
| 3- A DUALIDADE CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE..... | 55 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 69 |
| REFERÊNCIAS..... | 73 |
| REFERENCIAS COMPLEMENTARES..... | 77 |
| APÊNDICES..... | 78 |
| APÊNDICES A – Roteiro de entrevista com Educadores..... | 79 |
| APÊNDICES B – Roteiro de entrevista com Secretário da Educação e da Saúde..... | 80 |
| APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 81 |
| ANEXOS..... | 82 |
| ANEXO I - Quadro 2– Promoção da saúde: uma breve cronologia..... | 83 |
| ANEXO 2- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 85 |

Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

- D158e Damiani, Ana Paula Macan.
 Educação em saúde no ensino fundamental : uma
 reflexão acerca da promoção da saúde. / Ana Paula Macan
 Damiani ; orientadora : Janine Moreira. – Criciúma : Ed.
 do Autor, 2012.
 191 f. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo
 Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em
 Educação Criciúma (SC), 2012.
1. Ensino fundamental. 2. Educação em saúde.
 3. Promoção da saúde. 4. Ambiente escolar. I. Título.

CDD. 22ª ed. 372.37

Bibliotecária Eliziane de Lucca – CRB 1101/14ª -

1- INTRODUÇÃO

1.1 Problematização do Objeto de Investigação

No percurso de oito anos como enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Arroio do Silva, com a Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada, sentia que o dia-a-dia do trabalho na saúde deveria ter outra conotação no que tange à educação em saúde, seja para a recuperação da saúde, para a prevenção da doença ou mesmo para a promoção da saúde. Na prática, após reflexões e leituras, percebi que as atividades eram realizadas de forma verticalizada, tendo os profissionais uma visão a respeito da população apenas como adultos portadores de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, dentre outras, e não como sujeitos únicos, vistos de forma integrada. Nesses encontros de grupos com esta população, nós (médico, agentes comunitários, enfermeiro) íamos com o tema da palestra definido e somente nós, profissionais, falávamos, pois aprendemos na universidade que só o profissional da saúde possui o conhecimento, sendo quem repassaria às informações, os hábitos saudáveis, a alimentação correta para a população seguir. Percebia a pouca adesão aos grupos, ou seja, a pouca frequência das pessoas. Também, em outros momentos do trabalho na unidade de saúde, repetíamos essa prática de antidiálogo, ou seja, não trocávamos experiências com os usuários, não os deixávamos expressar o que tinham, comumente deixávamos bem claro que o profissional era quem sabia o que melhor seria para eles, determinando as datas, os horários, enfim, as agendas dos serviços.

Hoje, após a leitura do mundo com uma consciência crítica e não mais ingênua, conforme os escritos do educador Paulo Freire, o qual elucidou meus conhecimentos, acredito que essa prática inviabiliza o processo dialógico, por estar pautada em uma educação bancária. Há, agora, o desafio de encarar outra realidade, almejando uma caminhada diferenciada da atividade profissional de até então, na qual nós éramos cobrados pelo gestor municipal da saúde a produzir dados e a dar conta de atender à burocracia do processo de trabalho, inviabilizando, muitas vezes, a reflexão crítica e o planejamento de nossas práticas, inclusive as educativas. O Mestrado em Educação foi escolhido como espaço de construção de conhecimento sobre essa problemática.

Mudando o foco de atuação, penso que a escola de Ensino Fundamental pode ser um local mais explorado pelos profissionais de saúde da ESF, por ser esse um ambiente privilegiado para se trabalhar a educação em saúde, no âmbito da promoção da saúde.

A necessidade de entendimento do que representa trabalhar a promoção da saúde nas escolas do Ensino Fundamental sob a ótica do professor, foi um dos motivos de minhas reflexões e inquietações. Em especial, essas reflexões buscam a compreensão da importância da problematização da promoção da saúde na escola, entendida como uma maneira de contribuir no processo de educação e de formação mais reflexiva.

Parti do entendimento de que práticas baseadas na pedagogia libertadora de Paulo Freire podem possibilitar, a partir do conhecimento do educando e do estabelecimento do diálogo entre educando e educador, a transformação de ambos na construção do conhecimento crítico para a leitura do mundo e autonomia dos sujeitos.

Essa autonomia dos sujeitos para ler o seu mundo e posicionar-se nele é uma concepção freireana que serviu como uma das bases para a atual concepção de empoderamento (CARVALHO, 2004), bastante presente no âmbito da educação em saúde.

Foquei na promoção da saúde nas escolas porque na concepção das políticas públicas de saúde e educação há o estabelecimento de ações conjuntas. E a ESF pode ser a porta de entrada para que ocorra esta aproximação e integração entre as políticas de saúde e educação.

Assim, entendi que trabalhar com professores e educandos no espaço escolar seria uma circunstância privilegiada, pautando-me na tese de que a escola é um espaço reconhecido socialmente, em que as pessoas devem ter garantido o acesso ao conhecimento científico. E porque a população em geral reconhece a escola como um espaço de ensino e um ambiente de educação. Assim, neste espaço, a descoberta de novos saberes, condutores de reflexões críticas, pode ser mais constante, facilitando o entendimento de que o homem é um ser inacabado, que sua vocação, como diz Freire (2005), é o de “ser mais”, e que o ser mais implica sua humanização, o que requer, pode-se dizer, ver-se em condições de lutar pela igualdade de oportunidades enquanto ser humano nesta sociedade capitalista e desigual. Se o ser é inacabado, a educação sempre será eficaz, o que se necessita é ação para formar este ser mais, o que passa por uma concepção de educação.

Conforme Freire (2006, p.30),

[...] a conscientização é um compromisso histórico. É também consciência histórica: é a inserção crítica na história, implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Exige que os homens criem sua existência com um material que a vida lhes oferece [...].

Na ESF, o que se fazia como educação em saúde para o que pensava ser promoção da saúde com a população, regida pela consciência ingênua, eram apenas a repetição e a reprodução das prescrições fornecidas pelo Ministério da Saúde e pelo gestor municipal, para cumprimento da burocracia de metas pré-estabelecidas. Não se realizava reflexão, diálogo ou interação com a população, para despertar a crítica na construção de um sujeito com capacidade de reivindicar os seus direitos enquanto ser humano. Isso por que é de interesse do sistema capitalista manter as pessoas com uma consciência ingênua e não crítica, pois fica mais fácil massificar as pessoas em prol dos interesses produtivos. Tentando ultrapassar essa trajetória, busca-se uma educação promotora em saúde a partir da pedagogia problematizadora de Paulo Freire, em que o educando participa das aulas, das tomadas de decisões através do diálogo com o educador e com os demais educandos e ambos sofrem transformação. Ao despertar o interesse em desenvolver uma consciência crítica do educando frente à realidade social, pois se modificam no processo, em lugar da adaptação ao contexto onde estamos inseridos.

Faz-se necessário, então, pensar sobre nosso objeto, a promoção da saúde:

A promoção de saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. (BUSS, 2000, p.165).

A ESF está intimamente ligada à promoção da saúde. Seus objetivos seriam reduzir as internações hospitalares, controlar os problemas de saúde crônicos, isto é, diminuir as complicações que essas patologias causam ao sistema corpóreo, estabelecer vínculos com a comunidade, realizar uma interação com os líderes da comunidade e desenvolver educação em saúde nas unidades de saúde e, também, como uma estratégia de contribuição, aproveitar o ambiente privilegiado das escolas. Percebe-se que esses objetivos não estão sendo efetivados, seja por condições estruturais da saúde pública, seja pela pouca participação popular e controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), ou pela não interação entre as escolas e os serviços de saúde.

Segundo a Lei Federal 8.142, que preconiza a participação social e o controle social no SUS, estes se fazem através da constituição dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, ambos em âmbitos federal, estadual e municipal (o Conselho de Saúde ainda em âmbito local). As Conferências ocorrem a cada quatro anos, com a

representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nacional. Já os Conselhos de Saúde são compostos por representantes do governo, prestadores de serviços de saúde e também por usuários (população, comunidade). Os conselhos deveriam atuar na formulação de estratégias, no controle das ações de saúde e, inclusive, nos aspectos de financiamentos econômicos. Todavia, no dia-a-dia, o que mais encontramos é a formação de conselhos municipais de saúde figurativos, com vínculos com a gestão municipal no sentido partidário, o que desconfigura sua função. Essa situação nos faz pensar que a maior parte dos integrantes dos conselhos parece não assumir o papel a desempenhar e muito menos sua importância para as melhorias coletivas para a sua comunidade no setor da saúde pública.

Esse cenário da pouca participação e de pouco controle social é nacional e, no contexto das práticas educativas advindas das gestões federal, estadual e municipal, percebe-se que a educação em saúde que se realiza não é libertadora, e nem comprometida com os reais problemas da sociedade. Destacam-se as “cartinhas informativas”, que são prescrições prontas para todas as regiões do país, não respeitando as diversidades culturais e geográficas do mesmo. Essa “informação a ser depositada” e, ainda mais, igual para todos, independentemente de seu contexto, efetiva mais uma vez a verticalização do sistema e a imposição de hábitos saudáveis de modo de vida para as pessoas, desviando a atenção, muitas vezes, das reais necessidades da comunidade.

Também os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) elencam o tema saúde como um de seus eixos, em 2011, foi criado um programa chamado Programa Saúde nas Escolas (PSE) pelos Ministérios da Saúde e da Educação que contempla algumas ações em educação em saúde nas escolas do Ensino Fundamental, a partir da ESF. Para ser implantado o programa, é necessário que a Secretaria de Saúde faça um projeto e encaminhe ao Ministério da Saúde.

A educação em saúde é um conjunto de ações desenvolvidas em ambientes formais e informais, nas escolas, nas instituições de saúde e na comunidade, por profissionais para se ensinar meios à população de se promover a saúde, prevenir ou curar doenças. Educar em saúde de forma libertadora é interagir nesses espaços para, a partir da parceria entre os profissionais de saúde e a comunidade, criar-se condições para discussões, diálogo, informações, reflexões, debates para solucionar os problemas de saúde e/ou encaminhá-los para outras instâncias. Os profissionais de saúde, com enfoque aqui para o enfermeiro, se desejam uma prática educativa libertadora, durante seu trabalho de cuidado, de diagnóstico,

de possibilitar informações, precisam convencer-se de que sua prática não é somente enfocada na doença instalada no corpo do ser humano. Uma prática educativa libertadora implica visão de saúde-doença como um processo bio-psico-sócio-cultural-espiritual, distanciando-se do modelo biologicista e hospitalocêntrico de encarar a doença como um acontecimento biológico, curável na intervenção hospitalar. Implica visão da saúde como um processo amplo, que situa o indivíduo em seu contexto e olha-o como um sujeito que tem o que dizer sobre sua doença, sobre suas estratégias de enfrentamento desta e de manutenção de sua saúde. Essa prática educativa envolve fundamentalmente a comunicação dialógica, e não mais uma visão verticalizada de mudanças de comportamento, prescrição de tratamentos, controle, modificação de pessoas, pensamentos centralizados na doença e no conhecimento “salvador” do profissional. Nela, existe a necessidade de um ser humano o desencadeador de ações educativas em que esteja disposto a dividir, trocar, ensinar e aprender com outro ser humano (população).

Penso que, com essa visão, através da integração planejada entre educação e saúde mediadas por uma educação libertadora, poderíamos contribuir no processo de promoção da saúde em todos esses espaços, almejando o desenvolvimento total do sujeito: o corpo, a inteligência, a sensibilidade, o sentido estético, a responsabilidade pessoal, a espiritualidade. Isso implica que os seres humanos sejam preparados, pela educação que recebem, para agirem nas diferentes circunstâncias da vida. Para isso, cada um deveria ter pensamento autônomo e crítico, ou seja, ser capaz de realizar uma análise crítica da realidade de seu cotidiano, para uma ação na resolução dos problemas em saúde que o circundam. Resolução esta que não pode estar prescrita, não pode ser verticalizada e igual para todos, exigindo a criação conjunta dos seres envolvidos nela.

A partir do momento em que a população em geral tiver condições de refletir criticamente sobre o que lhe é imposto nos campos da saúde e da doença, poderá reivindicar que a resolução do problema não está apenas na mudança do seu comportamento para ter saúde ou adoecer, e sim na mudança também da organização social, pois o conceito de saúde está além do aspecto biológico de ser ou não portador de uma doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é o bem estar bio-psico-social, que envolve a moradia, o direito à saúde, à educação, ao lazer, ao saneamento básico e a outros que estão longe de ser contemplados para a maior parte da população brasileira. A esses fatores acrescentamos os aspectos cultural e espiritual, o que também dá lugar ao indivíduo como sujeito de seu processo saúde-doença, uma vez este também necessitar ser compreendido no âmbito destas

dimensões (VALLA, 1999). Por isso, necessitamos da educação – nos diversos espaços educativos - para possibilitar a análise crítica dos sujeitos que compõem a estrutura da sociedade desigual, que nega à maioria as condições concretas de viver com saúde.

Segundo Carvalho (2004, p.676.), “[...] a análise crítica levada a efeito conclui que o ideário da promoção à saúde pode contribuir para a ruptura entre velhas e novas práticas em saúde, fornecer elementos para transformação do *status quo* sanitário e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários”. Podemos acrescentar que, por intermédio da educação em saúde problematizadora, poder-se-ia trabalhar no sentido de as pessoas iniciarem um processo de reflexão, que irá contribuir para o entendimento da abordagem hegemônica em saúde, centrada no modelo curativista, hospitalocêntrico, inserida nos ideários da ordem neoliberal estabelecida, na qual participação social na tomada de decisões fica ao sabor do acaso, e o diálogo, majoritariamente, é marginalizado. Dessa forma, iniciaria uma utopia da promoção da saúde nas escolas de Ensino Fundamental como um instrumento que irá contribuir para a transformação dos sujeitos, na compreensão de que saúde não se faz apenas tomando remédio, em consultas médicas, nas internações hospitalares e nas intervenções imediatistas. Não negando, todavia, a necessidade dos cuidados hospitalares. Medidas educativas para a promoção da saúde, nessa ótica transformadora, devem ser permeadas sempre pelo diálogo que, para Freire, ocorre entre os seres humanos, para que estes descubram que existe seu eu e o dos outros e estes estão em constante procura do ser mais, que seria a busca pela humanização, que é “roubada” de alguns num mundo desigual e assimétrico.

Apesar de um dos sujeitos, naquela situação educativa, ter uma consciência ingênua (educando) e o outro uma consciência crítica (educador),

O diálogo feminiza e historiciza a essencial intersubjetividade humana; ele é relacional e, nele, ninguém tem iniciativa absoluta. Os dialogantes ‘admiram’ um mesmo mundo; afastam-se dele e com ele coincidem; nele põem-se e opõem-se [...]. O diálogo não é produto histórico, é a própria história. (FREIRE, 1993, p.16).

Pelo diálogo, os educandos passariam da consciência ingênua (aquela que não consegue situar-se) para a crítica (aquela que situa o ser na realidade). O educador “re-admiraria” o mundo a partir da “ad-miração” do mundo dos educandos. Por isso, na pedagogia freireana rompe-se a polaridade educador e educando, abrindo espaço para o educador-educando e para o educando-educador. Não significa, todavia, que o primeiro deixe de ter o compromisso de ter a consciência crítica sobre a situação estudada, mas sim, que esta

consciência crítica – que é seu compromisso ter – também se modifique mediante a consciência em transformação do segundo.

Entendo que são muitas as exigências que o professor necessita atender em sua prática de trabalho e, muitas vezes, sofre com problemas de ordem social, como agressões físicas e morais por alunos e pais. No que tange aos direitos trabalhistas, convivem com baixos salários, a logística e os materiais didáticos, muitas vezes, não atendem aos requisitos para realizarem uma aula com qualidade. Atualmente, também os professores possuem uma demanda reprimida de competências. Fala-se em professores-gestores, implicando que, além de suas responsabilidades de ensino, precisam criar mecanismos para driblar os problemas de ordem administrativa institucionais, como falta de climatização nas salas, espaço para todos os alunos devido às superlotações em salas de aula, “otimização” das turmas, e mesmo preocupar-se em trazer alunos para as escolas, no caso das particulares. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei 9.394/1996, não especifica o número exato de alunos por professor em sala de aula, deixando atualmente a critério do respectivo sistema de ensino estabelecer esse número, observando as condições disponíveis e as características regionais e locais onde se encontra o estabelecimento de ensino.

Nesse contexto, tenho dúvidas se os temas de saúde são abordados nas escolas do Ensino Fundamental, se eles têm importância para o professor e se estão no currículo escolar. Qual seria a possibilidade da inclusão da promoção da saúde na escola? Será que os próprios professores poderiam realizá-la ou seria necessária a presença do profissional da saúde nas escolas do Ensino Fundamental, em especial o enfermeiro, para trabalhá-la?

Nesse sentido, o presente estudo passa pelas concepções teóricas do que é a educação em saúde, a promoção da saúde e o atual modelo de saúde e a teoria pedagógica que nos orienta é a problematizadora, de Paulo Freire.

Este estudo mostra um proposto inédito na região, mas se aproxima das pesquisas realizadas em todo o âmbito nacional e nas Américas. Como exemplo, citamos alguns trabalhos que foram encontrados nas bases de dados reconhecidas em publicações científicas como “Scielo”, “Pubmed”. Os textos têm como temáticas: a nova promoção de saúde, educação em saúde, conceitos de educação e de promoção de saúde, normal-patológico, saúde-doença, entre outras. Cursando as disciplinas do mestrado, fui conhecendo alguns autores e trabalhos que se aproximavam dos objetivos e referenciais da pesquisa. Após redefinir o objetivo geral e os específicos refinei 150 (cento e cinquenta) artigos e aproveitei 50 (cinquenta) artigos, sendo referenciados 25 (vinte e cinco) neste trabalho. O estudo

dirigido com minha orientadora auxiliou-me também na busca dos textos e livros que focassem o tema.

Muitos destes estudos faziam sua contextualização ou referência a nova promoção de saúde. Autores como Sérgio Resende Carvalho, entre outros, traziam, em sua grande maioria, abordagens relacionadas apenas à discussão no âmbito dos profissionais da saúde, mas não abordando a relação entre educação formal e educação em saúde. Nesse caso, foi sendo um desafio para aproximar essas duas áreas, saúde e educação, na perspectiva da educação libertadora de Paulo Freire. E, apesar do Ministério da Saúde ter lançado o Programa de Saúde nas Escolas recentemente, como já falado, e o Parâmetros Nacional Curricular contemplar esse tema, ainda assim tem-se poucos trabalhos que abordam essa discussão.

A partir dessa contextualização, tentaremos responder às seguintes questões norteadoras da caminhada: Qual a compreensão dos professores da importância de se trabalhar promoção da saúde nas escolas? Como trabalham (se trabalham) as questões que envolvem a saúde com as crianças? Qual a integração dos gestores municipais da educação e da saúde?

Assim, o problema da pesquisa é: **De que forma a educação em saúde está presente no Ensino Fundamental sob a ótica da promoção de saúde?**

Em decorrência desse problema, apresentamos os objetivos que foram elaborados com base em nossas inquietações e que nortearam esta caminhada:

Objetivo Geral:

- Compreender de que forma a educação em saúde está presente no Ensino Fundamental, especificamente no que se refere à promoção da saúde.

Objetivos Específicos:

- Compreender a concepção dos professores sobre a promoção da saúde;
- Investigar como os professores trabalham (se trabalham) as questões de saúde em seu cotidiano de sala de aula;
- Verificar se existe integração entre as políticas municipais de educação e de saúde em termos de ações educativas em saúde;

- Verificar a integração da Estratégia de Saúde da Família com as escolas do Ensino Fundamental pesquisadas.

1.2 - Percurso Metodológico

Para Minayo (2000, p. 16), “[...] a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”.

Esta foi uma pesquisa qualitativa, exploratória e empírica, a qual visa, como resultado esperado, a oferecer subsídios para a discussão sobre a promoção da saúde nas escolas de Ensino Fundamental.

A pesquisa qualitativa objetiva, em geral, provocar o estabelecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar os meios e estratégias de resolvê-los. (CHIZZOTTI, 1998, p.104).

Para Minayo (1994, p. 21), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”.

As pesquisas exploratórias, segundo Gil (1999), visam a proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo.

Um trabalho de natureza exploratória tem a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. (GIL, 1999, p. 43).

A valorização desse tipo de pesquisa é pela

[...] possibilidade que oferece de maior concretude às argumentações, por mais tênue que possa ser a base fatural. O significado dos dados empíricos depende do referencial teórico, mas estes dados agregam impacto pertinente, sobretudo no sentido de facilitarem a aproximação prática. (DEMO, 1994, p. 37).

1.2.1- LOCAL DE ESTUDO

Desenvolvi a pesquisa nas escolas da rede municipal do município de Araranguá, pertencente à Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC). Tive como critérios de escolha do município o mesmo em que resido, e as escolas que aceitaram participar do estudo. Escolhi as duas escolas públicas municipais com base na possibilidade de realizar um comparativo de escolas localizadas em contextos diferenciados. Apesar de pertencerem a uma mesma rede municipal, a localização em bairros distintos lhes confere uma caracterização diferente: a maior localiza-se próximo ao centro da cidade; a menor, na periferia.

Uma das escolas escolhidas foi a Escola Básica Municipal João Matias, situada na Rua Pedro Rosalina Correa, 200 – Coloninha, Araranguá – SC. Essa instituição possui, no seu quadro funcional, 33 (trinta e três) professores, 1 (uma) diretora, 1 (uma) auxiliar de direção, 1 (uma) secretária, 1 (uma) supervisora escolar, 1 (uma) orientadora educacional, 1 (uma) merendeira, 3 (três) trabalhadoras de serviços gerais. Trata-se de uma escola municipal de médio porte. No momento, em 2011, estão matriculados 480 (quatrocentos e oitenta) alunos nas séries que são oferecidas pela instituição, do primeiro ao nono ano.

Sua estrutura física é composta por dez salas de aulas (comportando, em média, vinte a vinte e cinco alunos), um auditório com data show, uma sala de informática, uma biblioteca, três salas de oficinas pedagógicas, uma sala de educação física, uma sala de dança, uma sala de TV e vídeo, um refeitório, uma cozinha, uma sala de professores, uma sala de orientação, uma sala de supervisão, uma sala de direção, uma secretaria, uma sala de artes, quatro sanitários masculinos, quatro sanitários femininos, um sanitário para funcionários.

A segunda escola foi a Escola Básica Municipal Deputado Adhemar Guisi, situada na Rua Manoel Francisco Machado, 230 - Cidade Alta, Araranguá – SC. Essa instituição possui em seu quadro funcional 9 (nove) professores, 1 (uma) diretora, 1 (uma) auxiliar de serviços gerais e visitas da Nutricionista da rede uma vez por mês. É uma escola de pequeno porte. Anteriormente, funcionava como escola multiseriada. Iria fechar, mas com o movimento da comunidade e a municipalização das séries iniciais permanecerá aberta. Possui 64 (sessenta e quatro) alunos, distribuídos do primeiro ao quinto ano. A estrutura física é composta por três salas de aulas, uma sala para biblioteca, uma de informática, uma de professores, onde fica, também, a TV com vídeo.

1.2.2- SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos da pesquisa 10 (dez) professores, 6 (seis) da primeira instituição e 4 (quatro) da segunda. Foram escolhidos os professores das primeiras séries do Ensino Fundamental – portanto, formados em Pedagogia -, os da disciplina de Ciências das séries finais do Ensino Fundamental e de Educação Física das séries iniciais e finais desse nível de Ensino. Embora conceba a educação em saúde e a promoção da saúde como atividades interdisciplinares, é fato que, tradicionalmente, são essas disciplinas que enfocam mais as questões consideradas de saúde; assim como também se aprendem essas questões nas primeiras séries do Ensino Fundamental, com a “professora da turma”.

Também foram sujeitos da pesquisa os gestores de saúde e de educação do município de Araranguá, ou seja, o Secretário de Saúde e o Secretário de Educação.

Todos estes sujeitos manifestaram o aceite formal em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1.2.3- COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram às entrevistas semi-estruturada e gravada, cujos roteiros estão nos Apêndices A e B, e as anotações do diário de campo. Para Camurra (2010), a entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante.

Segundo Minayo (1996, p.109),

o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

O trabalho de campo foi organizado da seguinte forma:

1º Momento: Fase exploratória e apresentação do projeto para os responsáveis pelas escolas. Nesse momento, colocar em pauta o tema da pesquisa e seus objetivos. Posteriormente, o projeto foi apresentado aos professores.

2º Momento: Durante toda a pesquisa foi realizada anotação em um diário de campo, o qual é a expressão de que a atividade do pesquisador não se resume em ver e ouvir, mas prestar atenção aos fatos relacionados ao estudo que está sendo desenvolvido.

O diário de campo é um instrumento essencial ao qual recorre-se em qualquer momento durante a pesquisa, pois diariamente colocam-se nele nossas percepções, angústias, questionamentos e informações.

Para Neto (1994, p 63–64),

O diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição do objeto estudado.

3º Momento: Entrevistas. Na primeira escola, fiz contatos telefônicos em dezembro de 2010, pedindo autorização para a diretora para realizar a pesquisa; a mesma foi bem receptiva, questionou o assunto e autorizou. Após desenvolver os capítulos da dissertação e estar embasada cientificamente para ir a campo, fiz um novo contato para agendar uma visita no dia 13 de maio, na escola, e apresentar o projeto aos professores escolhidos. Naquele dia, já deixei agendado com os seis professores que retornaria dia 27 de maio, visto que coincidiria com o dia das horas atividades¹ dos professores. No dia 13, também realizei um reconhecimento de campo da instituição, conversei com a orientadora pedagógica e com a diretora sobre os projetos que se desenvolvem na escola. No dia 27 de maio, retornei à escola e já encontrei um pouco de dificuldade para iniciar as entrevistas: um professor não veio e uma professora me viu e foi embora, dizendo à diretora que teria que resolver alguns assuntos. Nesse dia, todos estavam discutindo problemas sobre o sindicato dos funcionários municipais. Aguardei uma professora em sua hora atividade e iniciamos a entrevista na sala dos professores, com uma duração de quinze minutos, sem interrupção. A segunda professora não tinha sido abordada ainda, mas apresentei o projeto e, por me conhecer, penso, demonstrou interesse em realizar a entrevista, a qual se efetivou no mesmo ambiente, com

duração de trinta minutos. A terceira professora deixou uma estagiária em seu lugar na sala de aula para realizarmos a entrevista, tendo duração de uma hora. Com a última professora desse dia realizei a entrevista com duração de quarenta e cinco minutos, na sala da orientadora pedagógica, sem interrupção, pois estava em hora atividade. Nesse dia, acordei com a diretora que ligaria novamente para agendar outro dia para terminar as entrevistas, visto que faltaram dois professores.

Além desse agendamento ser importante para a organização da escola, para mim também foi necessário, uma vez que necessitava de dispensa no horário de trabalho para realizar a pesquisa. Após contato telefônico, agendamos o dia para 27 de junho, em função de minha disponibilidade. Nesse dia, a mesma professora que na primeira visita tinha acordado em participar, foi embora. Então, outra professora aceitou participar, sendo da mesma área. Após a minha abordagem e a da diretora para explicar sobre o trabalho, é que foi realizada a entrevista na sala da orientadora pedagógica, em sua hora atividade, com duração de quarenta minutos.

Outro professor que iria participar também não veio. Então, a diretora conversou com outra professora da mesma área e realizei a entrevista na sala de aula com os alunos, com tempo de duração de uma hora e trinta, com interrupções dos alunos e, em alguns momentos, com conversas dos mesmos. Estas substituições ocorreram com duas professoras pedagogas que inicialmente aceitaram participar, mas não disponibilizaram de tempo para tal. Logo, como dito, abordei duas outras pedagogas que se disponibilizaram e realizaram as entrevistas. As professoras de Educação Física e de Ciências participaram.

Na segunda escola, como a opção pela mesma se deu após a Banca de Qualificação da Dissertação (inicialmente, pensava em fazer com uma escola municipal e outra particular, mas na referida banca foi colocada a preocupação em se abrir um leque grande de variáveis com esta heterogeneidade, razão pela qual optei por fazer em duas escolas municipais, mas de portes e localizações diferenciados), ocorrida em outubro de 2011, o primeiro contato telefônico com uma orientadora pedagógica ocorreu em quinze de novembro de 2011. Primeiramente foi negada a possibilidade de realização das entrevistas, mas a orientadora pedagógica disse que poderia tentar novamente com a diretora, pois justificou que estavam muito atarefados com a realização de um sarau (evento cultural na escola). Então, realizei contato telefônico com outra escola, na qual a diretora demonstrou interesse na pesquisa, autorizando a realização das entrevistas. Após esta solicitação, agendamos as entrevistas para

¹ Hora Atividade: horas destinadas para educadores prepararem aula, realizarem correção de provas, entre outras.

dia 23 de novembro, quando se encontrariam todos os professores. Realizei a apresentação do projeto de pesquisa a todos e iniciei as entrevistas em locais individuais na sala dos professores, sem interrupção, sendo a média de duração de trinta minutos com os quatro professores, sempre tendo alguém para cobri-los em sala de aula.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. As falas dos sujeitos apresentadas no texto seguem o mesmo padrão que as citações longas (em destaque no parágrafo), independentemente de seu tamanho. Foram corrigidas as falas para o registro na língua escrita, retirando-se os vícios de linguagem e as inflexões de gênero e número, mas respeitando-se o sentido original falado.

4º Momento: Organização e a análise dos dados.

1.2.4- ANÁLISE DOS DADOS

Utilizei como técnica de análise dos dados a Análise de Categorias proposta por Gomes (1994, p.70):

A palavra *categoria*, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionem entre si. Essa palavra está ligada à idéia de *classe* ou *série*. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno do conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas. (Grifos do autor).

As categorias pré-estabelecidas foram:

- 1- promoção da saúde;
- 2- temas de saúde trabalhados;
- 4- integração entre as políticas municipais de saúde e de educação;
- 5- integração da ESF nas escolas.

Não foram estabelecidas categorias a partir dessas gerais. A análise destas se deu mediante a hermenêutica, no sentido da busca do significado das falas à luz da teoria da educação libertadora de Paulo Freire e dos referenciais específicos de promoção da saúde.

1.2.5 – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA EM/OU COM HUMANOS

Segundo a legislação vigente no Brasil, as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos estão inseridas na Resolução 190/96 do Conselho Nacional de Saúde.

No Brasil, a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Ministério da Saúde, teve o mérito de dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa seja como indivíduo, seja como coletividade. (LEOPARDI, 2001, p. 332-334).

Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e esta pesquisa somente iniciou sua empiria após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Também se garantiu o direito de proteção da identidade dos sujeitos.

O projeto desta pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, tendo sido aprovado. O número de seu protocolo é 353/2010 (Anexo 2).

Esta dissertação está estruturada em dois capítulos. No primeiro, faz-se a discussão da educação em saúde no âmbito das políticas públicas, chegando-se à inserção dessa prática nas escolas, com o tema geral Saúde e Educação. O segundo capítulo está dedicado especificamente à Promoção da Saúde, fazendo-se a discussão das dificuldades de trabalhá-la em sala. Os dois capítulos serão referenciados à luz da educação problematizadora de Paulo Freire, que os perpassará. Da mesma forma, a empiria estará sendo apresentada e discutida também nesses dois capítulos.

2 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Neste capítulo, discutirei como vêm se estruturando as políticas públicas de saúde e de educação no que dizem respeito às ações em educação em saúde. Também irei explicar alguns aspectos da legislação, do Programa de Saúde nas escolas do Ensino Fundamental e duas categorias pré-estabelecidas nesta pesquisa: temas de saúde trabalhados na escola e integração entre as políticas públicas de saúde e educação.

A saúde pública no Brasil, até a metade do século XX, era voltada para um sistema de saúde com políticas de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças. Estas eram tidas como ameaças às exportações, pois a economia dominante nesse período era a agro-exportadora, fortemente assentada no café. Isso determinou que, desde o final do século XIX até a metade dos anos sessenta do século XX, tenha-se praticado como modelo hegemônico de saúde o sanitarismo campanhista.

Para Oliveira (2010, p.1),

[...] várias epidemias estavam dizimando a população mundial. Em 1870 com a identificação de patógenos, iniciou-se a causalidade biológica, ignorando-se as condições de vida. Em nenhum momento da história percebe-se a preocupação com a educação em saúde, pois ao se atribuir a doença a um agente específico bastava eliminar o causador e teríamos saúde.

A população da classe social desfavorecida nesse período era considerada incapaz de entendimento, e as poucas atividades educativas relacionadas à saúde aconteciam de forma verticalizada, ou seja, as informações e conhecimentos eram transmitidos do profissional, que representava a classe dominante, para a classe social dos trabalhadores. Esses processos educativos ocorriam por interesse da classe dominante, que visava ao controle social das doenças, pois se acreditava que se fossem erradicados os agentes causadores de doenças se estaria resolvendo o problema das epidemias e se proporcionaria saúde às pessoas e às cidades. Isto é, a preocupação era com a manutenção da força de trabalho, interesse do capitalismo, em que o Estado, por meio de coerção e punição, fazia, dentre outras ações, a vigilância nos domicílios e a obrigatoriedade das vacinas. (OLIVEIRA, 2010).

Nesse período, a preocupação com a saúde e as atuações dos profissionais eram relacionadas apenas ao meio de produção, tendo-se o fator econômico como determinante, com o intuito de controle das doenças e da sociedade para não afetar a produção e o potencial exportador. Outro ponto relevante é que o acesso ao atendimento oferecido por profissionais

da saúde era restrito a quem podia pagar ou pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ficando os demais à mercê da sorte, das curandeiras e dos religiosos.

As práticas de atuação no âmbito da saúde da época eram centradas em um modelo de doutrina higienista, numa perspectiva verticalizada, em que o profissional já possuía um roteiro de ação, também já pré-estabelecido nas políticas públicas pelos governos, em que se determinava os temas a serem trabalhados com a população.

Mas, segundo Smeke e Oliveira (2001, p.118):

[...] entretanto, as categorias subordinadas, agora ampliadas pela participação de imigrantes europeus portadores de ideologias libertárias anarquistas e anarcossindicalistas compunham uma cultura avessamente sensível a práticas de dominação e exploração, fermentando movimentos de resistência. Rebeliões como a Revolta da Vacina (1904) e greves foram expressões do descontentamento da população ante o autoritarismo das ações, que trouxeram para o plano governamental novas exigências para as relações de classe que se configuravam.

Para as autoras, estavam operando dois movimentos intrinsecamente constitutivos da ordem burguesa:

[...] em primeiro lugar caminha-se para o descredenciamento e desqualificação do mito religioso baseado em valores relacionados aos conceitos de povo de deus e caridade; e em segundo lugar inicia a mitificação da ciência e da técnica que se baseiam na produção e no consumo de bens individuais. (SMEKE e OLIVEIRA, 2001, p.119)

A doutrina higienista tira o foco do contexto social e condições de vida da população na questão do processo saúde-doença, pois o mesmo está embasado na forma de vida individual. Nesse sentido, os problemas de saúde estão exclusivamente relacionados à falta de informação e à ignorância da população, nos hábitos saudáveis de higienização.

Para Smeke e Oliveira (2001, p.119):

Exacerbando a doutrina higienista, numa perspectiva hierárquica e autoritária de base fascista, o indivíduo deveria adequar-se às prescrições da Educação em Saúde por meio do eugenismo. Esse *higienismo da raça* buscava evitar, mediante a cooperação entre ciência, educação, propaganda e legislação, qualquer desordem social ou moral, passando por cima da vontade individual, familiar, ou de quem quer que fosse. Tinha diretrizes específicas para as crianças (pelotões de saúde nas escolas públicas), propunha hábitos de vida puritanos e o casamento eugênico, para impedir a multiplicação dos inaptos. (Grifos das autoras).

Em meados dos anos quarenta do século XX, outras formas de participação social e representantes de movimentos da população organizam-se para reivindicar sua condição de excluídos, e mostravam-se descontentes. Estes iniciam movimentos de discordância perante

essas práticas e começam a ganhar força social, que vai caracterizar novas relações entre o Estado e a sociedade, a exemplo do que Smeke e Oliveira falam do ocorrido no início do século XX. Assim, esses grupos começam movimentos isolados e práticas alternativas para a saúde e também para o que dizia respeito à educação em saúde (conhecida como educação sanitária), pois entendiam que saúde e educação em saúde são mais do que prescrições prontas dos profissionais da saúde para a população.

Essas experiências, vivenciadas e praticadas também por alguns profissionais da saúde, mostram avanços na superação do modelo hegemônico da época, que possuía características mercantilistas, biologicistas e alienadoras da prática médica dominante, pois estes profissionais tinham um olhar diferenciado de como fazer saúde, por entenderem que o cuidado deveria ocorrer a todas as pessoas da população e não de maneira imposta.

Mas, segundo Smeke e Oliveira (2001, p.118),

[...] a Educação em Saúde no Brasil tem origem marcada por um discurso e prática normatizadora. Esses discursos operavam no sentido de uma conduta racional e laica perante a doença, contrapondo-se à ideologia místico-religiosa, então predominante, com base na força.

As necessidades de domínio sobre a situação sanitária, postas pela economia agroexportadora, impuseram iniciativas de controle higiênico, sobre tudo o que se impusesse à sua frente, incluindo as classes subalternas. A polícia sanitária, liderada por Osvaldo Cruz, adotou medidas de controle de enfermidades (febre amarela, peste, varíola, tuberculose, sífilis, entre outras) mediante a vacinação compulsória, da vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres, da normatização arquitetônica do espaço urbano e dos portos (demolições periódicas de estalagens e cômodos, legislações municipais determinando a construção de vilas operárias baratas e saudáveis em áreas pouco povoadas).

De lá para cá, antes do golpe militar de 1964, no campo da Educação iniciavam-se movimentos de educação popular através dos Círculos de Cultura, objetivando a superação do analfabetismo, a emancipação da população, a conscientização, o diálogo e a humanização, liderados pelo educador Paulo Freire.

Mas as ações de educação popular realizadas nos Círculos de Cultura tiveram que ser interrompidas após o golpe militar, pois se alegava que essas práticas eram subversivas e iam contra os interesses do governo militar do Brasil. Essas ações de educação despertavam na população o espírito de questionamento e de luta contra a estrutura social desigual do Brasil, o que poderia vir a questionar a imposição do governo militar. No campo da saúde, onde também se iniciavam práticas de educação popular, estas igualmente tiveram que ser interrompidas, mas se buscaram outras alternativas em parcerias com instituições (principalmente a Igreja Católica) para se continuar, mesmo que, discretamente, a educação

em saúde, fazendo-se frente à repressão militar. Como o sanitarismo campanhista se preocupava com o combate às doenças em massa, criavam-se estruturas com forte concentração de poder e decisões, dentro de uma visão repressiva de intervenção sobre a atenção individual e coletiva.

Segundo Vasconcelos (2001, p.11),

Desde a década de 70, profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadoras e rotinizadas dos serviços oficiais e desejosos de uma atuação mais significativa para as classes populares vêm se dirigindo às periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais em busca de formas alternativas de atuação. Inicialmente ligaram-se às experiências informais de trabalho comunitário, principalmente na Igreja Católica. Posteriormente, a multiplicação de Serviços de Atenção Primária à Saúde ocorrida no Brasil, a partir do final dos anos 70, colaborou na criação de condições de moradia das classes populares.

Esse movimento foi o início da Reforma Sanitária Brasileira, consubstanciada na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um modelo contra-hegemonico de saúde, preconizado na Constituição Federal de 1988, a “constituição cidadã”, advinda do período pós-ditatorial brasileiro.

Para Vasconcelos (2001, p.18),

Na medida em que o processo de Reforma Sanitária está superando a etapa em que a prioridade era a criação de um arcabouço de normas jurídicas e administrativas para um novo sistema, bem como a multiplicação dos serviços da saúde, assiste-se, hoje, à ampliação do espaço para a discussão e experimentação de propostas que reorientem o modelo do atendimento no dia-a-dia dos serviços. Neste momento, a Educação Popular ganha um significado especial.

Ainda hoje, no Brasil, após essa caminhada da saúde pública até a criação do SUS, pode-se dizer que existem experiências de organização dos serviços de saúde numa perspectiva de participação popular com base na metodologia da Educação Popular. Mas, segundo Vasconcelos (2001, p. 18),

A maior dificuldade, hoje, é a generalização desta experiência. Não basta alguns saberes fazer, é preciso que este “saber-fazer” se generalize nas instituições como um todo, descobrindo os caminhos administrativos para a sua operacionalização. Esta generalização passa principalmente pela formação de recursos, mas numa perspectiva diferente da que, habitualmente, vem sendo implementada, que encara o profissional como ser alienado e ignorante que deve ser treinado e conscientizado.

O autor faz referência à necessidade de mudança na educação permanente do profissional de saúde, que seja menos “repassadora de informações” e mais formativa de

criticidade. Um profissional que tenha sua formação permanente com base nos pressupostos da educação popular estaria mais próximo de desenvolver sua prática de educador em saúde para com a população também a partir desses princípios.

Atualmente, no Brasil, mesmo com os incentivos das políticas públicas de saúde e de educação, não se conseguiu instrumentalizar as ações de educação em saúde baseadas na pedagogia libertadora de Paulo Freire (2005), que estabelece uma relação de liberdade, a conscientização mediada pelo diálogo, à condição de um ser humano “inacabado” e a humanização.

Seguindo a trajetória da política pública de saúde, Oliveira (2010, p.5) diz:

O movimento popular pela reforma sanitária, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na constituição de 1989² e na sua regulamentação por lei orgânica em 1990, contempla a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS), com diretrizes de: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização e controle social. Na diretriz da integralidade compete a articulação de atividades preventivas, curativas, e de reabilitação, sendo nesta localizada as atividades de educação em saúde. Em 1996, as atividades de educação em saúde retornaram com o Projeto Saúde na Escola, integrado à TV Escola do MEC. O programa de saúde na escola evoluiu para um programa de educação em saúde.

O Sistema Único de Saúde tem como princípios e diretrizes: universalidade e igualdade de acesso da população à saúde; regionalização e hierarquização da organização dos serviços de saúde e descentralização dos serviços, integralidade no atendimento e participação popular.

Conforme Moreira et al (2009, p.1-2):

É o estabelecimento de um novo modelo de assistência à saúde, pautado no acesso de todos os cidadãos (e não só dos trabalhadores portadores das antigas cartirinhas do INPS ou, depois, do INSS) e centrado na promoção à saúde e não na cura de doenças, tendo como base a descentralização administrativa o que, na prática, colocado a saúde na gestão municipal, portanto, mais próxima à população, possibilitando o acréscimo em número das unidades de saúde, fazendo-se frente ao modelo hospitalocêntrico. É um modelo, portanto, contra-hegemônico, uma vez que preconiza o igual acesso de todos à saúde, o alargamento da visão de saúde para promoção e proteção (e não apenas cura), os serviços de atenção básica (evitando-se os serviços especializados quando não necessários), a descentralização administrativa (o que coloca a saúde mais próxima da população) e a participação popular.

A lei que institui o funcionamento do SUS é a 8.080, de setembro de 1990, e em seu Art. 3, expõe um atendimento ampliado de saúde:

² A data correta de promulgação desta Constituição brasileira, a que está em vigor, é 1988.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, Lei 8.080, 1990).

O SUS segue as diretrizes estabelecidas no Art. 198 da Constituição Federal:

Art.198º - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização com direção única de cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

E também segue os princípios estabelecidos no Art. 7 da Lei 8.080:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico,
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, Lei Nº 8.080, 1990).

A Lei 8.142, de 28/12/1990, trata da participação da comunidade, do controle social na gestão do SUS e também das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Seu Artigo 1º estabelece que o SUS contará com duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A seguir, os parágrafos 1º e 2º desse Artigo:

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em casa esfera do governo. (BRASIL, Lei Nº 8.142, 1990).

O Brasil é um país de marcadas diferenças sociais, que se expressam também ao se analisarem as condições de saúde da população ou seu sistema de saúde, que variam enormemente entre as regiões. Não obstante, o sistema de saúde comporta-se também desigualmente na distribuição dos seus recursos, quer financeiro, quer de capacidade instalada e oferta de serviços, ampliando, dessa forma, as desigualdades vigentes.

Todas essas modificações no modelo de implementação de políticas públicas no país visam a uma integração entre a população e as políticas de saúde dos governos municipal, estadual e federal, para que a população tenha voz e vez nas decisões e consciência de seus direitos enquanto seres humanos.

Segundo Bryan (2009, p.20):

Nestes termos, ao nos referirmos às políticas públicas, de encarar as mazelas e grandezas humanas; os avanços científico-tecnológicos, que ainda são acessíveis apenas a uma minoria da população mundial e local. Tal atitude requer uma perspectiva de totalidade histórica que considere as contradições e as polaridades: inclusão-exclusão, público-privado, autoritarismo-democracia, dentre outras, e que, efetivamente, olhe para as intenções com as quais elaboramos e implementamos políticas para e com a sociedade.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa da Saúde da Família (PSF), como estratégia de implantação e promoção da saúde a partir do planejamento local de ações, tendo como núcleo a família e a comunidade, priorizando áreas carentes nos municípios.

Discutir-se-á a implantação, os objetivos e a tentativa de reorganização do modelo atual de saúde com perspectivas de melhorias da Atenção Básica a partir do PSF, assim como a efetivação da educação em saúde com o intuito de promoção de saúde em seu âmbito.

A partir da lei nº 648 de 28/03/2006, que contempla uma revisão de diretrizes e normas da organização da Atenção Básica³, o PSF passa a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois entende-se que programa, pelo significado da palavra, tenha data para terminar. Logo, como o intuito dessa ação é de continuação e reorganização do modelo de atenção básica da saúde, pensou-se em alteração para estratégia, sendo dada continuidade às diretrizes e normas de trabalho para a atenção integral às famílias no seu âmbito biopsicossocial, sua proposta fundante.

A ESF tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, em conformidade com os princípios do SUS (Saúde como Direito, Integralidade da Assistência, Universalidade do Acesso, Igualdade, Equidade, Intersetorialidade, Controle Social), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. A estratégia do serviço ainda está mais centrada na prevenção da doença, mas considera-se como promoção da saúde, atuando na educação em saúde, buscando a contextualização social da doença e da saúde, proporcionando-se a participação social. Para tanto, é necessária a reestruturação dos serviços de saúde:

A estratégia utilizada pelo Programa de Saúde da Família – PSF⁴ visa à reversão do modelo assistencial vigente, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto da atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. (BRASIL, 1997 apud FELISBINO, 2000, p. 32).

Esse modelo faz com que as famílias passem a ser o objeto precípuo de atenção, entendidas a partir do ambiente onde se mora e se estabelecem as integrações sociais. É nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares, e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (2003), a unidade de saúde da família trabalha com território de abrangência, e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área. Nela é recomendada que uma equipe seja responsável, no máximo, por 4.500 pessoas. Sendo cada equipe do ESF composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada componente tem suas atribuições definidas.

³ A atenção básica à saúde foi um termo utilizado no início da criação do SUS para os serviços prestados à população nos postos de saúde; após as tendências mundiais e nacionais, e a mudança da legislação com a

Além dessa composição básica, poderão ser incorporados outros profissionais da área da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o Programa da Saúde da Família tem como principal propósito: “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros”, pois o mesmo contempla ações de prevenção da doença e de promoção da saúde.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2002), o PSF:

prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. A estratégia incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Pela observação vinda de nossa prática, podemos identificar o desejo, por parte de membros das equipes profissionais, de que a ESF funcione como indicado. Entretanto, há dificuldades para a plena aplicação dos princípios apontados, dentre os quais destacamos: o vínculo entre os profissionais e a população; a integralidade (há dificuldade dos sujeitos serem atendidos não só como pessoas para além de seu corpo biológico, mas no que se refere à acessibilidade aos serviços de saúde em todas as suas dimensões); o modelo biologicocentrado, que atende os sujeitos de acordo com sua queixa principal, desconsiderando as suas subjetividades. Não queremos dizer que somente haja a necessidade de prevenção de doenças e de promoção da saúde. A população, justamente por ter sido atendida por uma política pública centrada na cura de doenças, adoeceu, e precisa ser tratada, curada, tendo, pois, uma demanda reprimida nesse sentido. Mas o SUS e a ESF preconizam a centralidade de suas ações não mais na cura de doenças, com um olhar prioritariamente biológico. Mesmo a cura deve ser feita de forma a conceber o sujeito como multideterminado. E, nesse sentido, também a busca pela prevenção da doença e promoção da saúde.

criação do SUS, se passou a denominar atenção primária, e não mais básica, o primeiro acesso da população aos serviços de saúde, nas unidades básicas de saúde.

⁴ Neste texto, utilizar-se-á indiscriminadamente os termos PSF e ESF, por se entender que seu objetivo, de reestruturação do serviço de saúde, permanece o mesmo, e porque encontra-se PSF nas referências e mesmo nas falas dos sujeitos da pesquisa.

Uma das discussões mais recentes feita pelo Ministério da Saúde, especificamente pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), diz respeito ao conceito de Integralidade. A integralidade da atenção à saúde envolve, dentre outras coisas:

A idéia da “clínica ampliada”, segundo a qual o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adoece e para a realidade em que ela vive; o trabalho em equipe multiprofissional (formada por profissionais de diferentes áreas) e transdisciplinar (com conhecimento em várias áreas do saber); a ação intersetorial; o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de impacto regional, estadual e nacional. (BRASIL, 2005, p. 18).

A dimensão de clínica ampliada transcende à própria equipe de ESF, ainda que tenha sido esta lógica a que esteja em sua base, mesmo que ainda não existisse este nome quando de sua criação. E então, há que se reconhecer que a própria equipe de profissionais de uma ESF deve já ser ampliada. Mesmo considerando este e outros entraves estruturais (formação profissional, burocratização dos serviços, falta de estrutura das unidades de saúde, serviços ainda centrados na figura do médico e na cura de doenças, etc), para que ocorra uma modificação significativa no modelo de assistência de saúde, via ESF, seria necessário possibilitar um vínculo entre população e equipe de saúde. Existem diversos autores que discutem essa temática, conforme aponta Ribeiro (2005), em sua tese de doutorado. Neste estudo, admite-se o conceito de Campos (1997 apud Ribeiro, 2005, p. 41) que coloca que “o vínculo só se produz quando há relação entre sujeitos, jamais em que o cliente foi reduzido à condição de objeto”.

Outra autora que discorre a respeito do significado de vínculo é Alonso (2003, p 234), quando menciona que:

os vínculos entre família e equipe são construídos, passo a passo, ao longo da interação que se dá ao longo de todo o processo assistencial. Isto é um fenômeno que não pode ser delimitado no tempo e no espaço, variando em intensidade e durabilidade, por ser extremamente susceptível às intercorrências contextuais.

Os profissionais, médicos e enfermeiros, ficam pouco tempo na mesma unidade de saúde, assim, os vínculos são responsabilidades dos agentes comunitários, distanciando os demais estes desta função que também lhes compete. Propiciando a uma prática biologicista e curativista.

Sobre o modelo biologicocentrado (existem outras denominações como: curativista, bioclínico, etc), entendemos que é quando os profissionais de saúde olham para o sujeito como um portador de peças anatômicas como, por exemplo, a perna que sente dor, o ouvido com secreção, a fratura de tíbia, etc, ou seja, fragmentando o sujeito, deixando de lado, inúmeras vezes, sua história social, espiritual, psicológica, financeira e sua subjetividade que, se bem compreendidos, entendemos possibilitar um diagnóstico mais preciso.

Um estudo realizado por Gomes, Pinheiro e Mattos (2005, p.105) aponta, dentre outros focos, a fragmentação do sujeito:

A relevância de se pensar a fragmentação deve-se ao fato de ela se imiscuir e se fazer presente nas diversas situações do serviço de saúde, tanto nos seus aspectos estruturais, como nas relações de poder que engendram as práticas hegemônicas. Ela se faz presente na análise do corpo humano esquadrinhado em órgãos e tecidos, na relação cindida com o outro, em que o usuário é objetivado, na organização dos serviços de saúde e do atendimento marcados pela descontinuidade das ações realizadas, aspectos que afetam diretamente a possibilidade de efetivar práticas de integralidade em saúde.

Em busca da reorganização da atenção básica do SUS, cria-se a ESF com o intuito de ampliar e efetivar o acesso igualitário, a participação popular e também realizar a promoção da saúde, com um olhar integral para com a pessoa.

Conforme Da Ros (2007, p.2):

O PSF visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de ações intersetoriais.

Essa nova estrutura dos serviços e essa nova lógica exigem práticas educativas em saúde diferenciadas do modelo higienista, que poderiam estar baseadas nos pressupostos da educação popular. Mas o que se presencia atualmente, no dia-a-dia, são profissionais trabalhando ainda em um modelo de educação em saúde verticalizado, apenas informando e prescrevendo cuidados para a população, sem sua participação. E, para que a promoção de saúde seja efetiva, necessita-se de mudança nessa lógica, pois, para contemplar práticas educativas dentro de uma visão crítica de Promoção de Saúde, o profissional precisa dialogar com a população, o que não se constitui tarefa fácil. O aspecto da intersetorialidade citado pelo autor será analisado posteriormente.

Conforme Cutolo (apud Da Ros, 2000, p.2):

[...] essa dificuldade acontece como reflexo do modelo de formação destes profissionais: hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado. Essas características, do chamado modelo flexneriano⁵, utilizam metodologia de ensino verticalizado e não problematizadora, ou, como dito por Paulo Freire (2005)⁶ “educação bancária”.

Nesse âmbito, é importante salientar que a população também recebeu uma educação tradicional, que condiciona as pessoas a receberem tudo pronto, sem problematizar. Como se refere Freire, uma pedagogia do silêncio. No entanto, para que se atinjam os objetivos do SUS, da ESF, da educação problematizadora, faz-se necessário proporcionar à população uma possibilidade de relacionar seu papel de participação e de corresponsabilidade por sua saúde e qualidade de vida. Assim, os profissionais de saúde, tidos como educadores em saúde, devem proporcionar uma relação de diálogo junto à população, o que poderá levar ao seu empoderamento, conforme descreveremos adiante.

Vamos buscar agora compreender como as questões de saúde são – se o forem – tratados nas duas escolas estudadas. Para tanto, vamos primeiramente compreender a forma como saúde é compreendida pelos sujeitos da pesquisa.

Antes, porém, é preciso perceber que na esteira da compreensão de saúde e doença, existe uma forma correlata de trabalhá-la em educação em saúde:

Refletir sobre a dimensão educativa dos profissionais da saúde implica no entendimento do que é saúde e doença. A partir de uma lógica reducionista biologicista, pautada no paradigma cartesiano de separação mente-corpo, hoje tem-se o desafio de sua superação, concebendo-se o homem em sua integralidade bio-psico-sócio-cultural. No primeiro caso, temos saúde e doença compreendidos de formas estanques, como “acontecimentos” no organismo; no segundo, temos saúde e doença compreendidos enquanto processo, envolvendo um organismo biológico, um ser psicológico, uma pessoa em interação social e afeita às condições sociais, econômicas e culturais. Na primeira situação, temos atuações verticais de profissionais da saúde para com a população, uma vez aqueles se entenderem como possuidores do saber científico necessário para a cura das doenças. No segundo caso, temos a tentativa de estabelecimento de uma relação horizontal entre profissionais e população, uma vez o processo saúde–doença ser compreendido em meio às condições de vida e segundo a inteligibilidade dos próprios sujeitos. Entre estes pólos, temos uma diversidade de concepções de saúde e de doença que, por sua vez, orientarão práticas diferenciadas de educação em saúde. (MOREIRA, 2010, p 2-3).

⁵ “O adjetivo ‘flexneriano’ é aplicado, geralmente, com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Esta foi a sua proposta [de Abraham Flexner, no início do século XX] que se tornou mais conhecida, embora não a única. De fato, seu modelo de educação médica resistiu quase cem anos e ainda se encontra em vigência na maior parte das escolas médicas do mundo. Seu informe constitui, seguramente, a publicação sobre educação médica mais citada na literatura especializada”. (DA ROS, 2008, p.01).

⁶ A obra de Freire a que o autor faz referência é *Pedagogia do Oprimido*.

Os doze entrevistados, dentre eles os Secretários da Educação e da Saúde, mostram que possuem, de um modo geral, um entendimento de saúde como um todo, não só como um corpo saudável, sem doença. Mas sim que envolve vários aspectos do ser humano no seu contexto de vida. Também a Secretária de Saúde nos mostra em entendimento bem ampliado de saúde e doença.

Pode-se considerar saúde com base no conceito da Organização Mundial de Saúde e na Constituição Brasileira de 1988, que é estar bem no contexto biopsicossocial e ambiental, levando em consideração os determinantes de saúde (lazer, moradia, saneamento, emprego, entre outros) e respeitando a individualidade do ser humano. Esta concepção de saúde é parcialmente identificada por seis educadores e os dois secretários. Sendo que em suas falas relatam que saúde tem que partir apenas de uma ação individual de mudança de comportamento e não na sua complexidade como: ações governamentais, educação e também participação social. Isto me faz refletir que para os indivíduos começarem a participar e atuar necessitam sair da condição de oprimidos e do conhecimento de senso comum sobre saúde e uma educação em saúde com o objetivo de promoção de saúde poderia ser um dos instrumentos possíveis para esta mudança. Para que haja uma transformação social, necessitamos de ações de educação em saúde libertadoras em todos os espaços, não menosprezando o tratamento curativista, mas os profissionais de saúde também necessitam trabalhar a autonomia do sujeito e não a dependência em exames, medicamentos, entre outros tratamentos.

Conforme fala da educadora:

Saúde é bem estar, em primeiro lugar. Bem estar físico, mental e social. É a amplitude de tudo. Saúde não é eu ficar doente, buscar o remédio para curar, não, saúde é o meu organismo estar respondendo de maneira que tem que ser, nos termos pra que ele serve. Essa que é a função. (Educadora - Pedagoga – C).

Bom, todos os temas de ciência nós abordamos a saúde, sem exceção, então são: os ecossistemas, as vacinas, a organização, a higiene do corpo, como se alimentar, e por aí fora. (Educadora – Ciências Biológica – D).

Saúde para mim é a pessoa tirar um tempo pro lazer, se alimentar bem, fazer uma atividade física, escutar músicas boas, saudáveis, não essas porcarias que passam. Saúde é ter uma vida boa, uma vida saudável. (Educadora - Pedagoga – F).

As pessoas, para terem boa saúde, precisam estar em equilíbrio com seu estado físico, mental e social e com o meio ambiente. É o que nós chamamos hoje determinantes sociais, porque [quando] nós ficamos doentes ocorre uma quebra nesse tripé e ocorre um desequilíbrio, uma doença. Exemplificando, uma pessoa que tem boa condição de moradia, de educação, de transporte, de lazer. Uma pessoa que

tenha uma ocupação, um emprego formal, tem um bom convívio com sua família, com a comunidade, com a sociedade, [é] saudável. (Secretária de Saúde).

[...] Saúde é tratada só quando tu tens um problema físico, saúde para mim também é o emocional, e saúde emocional é uma coisa que hoje também é muito esquecido não é, [...] Assim, que o emocional hoje é uma doença também, e ela não é tratada sobre saúde pra mim. É assim, se tu estás bem realmente tu tens que ter saúde pelo menos, tem que estar legal, pensar bem para poder fazer as coisas corretas. [...] então, eu acho que a saúde não tem que ver aquela coisa visível, mas o invisível, principalmente que está prejudicando na educação, na aprendizagem, é o invisível, o que tu não vês, isso tem que saber o por que, aí depois de muita pesquisa que tu vais diagnosticar, por isso que eu digo saúde e educação tem que estar juntas, elas não estão juntas. (Educadora – Pedagoga- I).

É notório que alguns sujeitos da pesquisa conseguem entender ou citar o significado da amplitude do processo saúde-doença, mas a maior dificuldade seria de realmente construir esse conhecimento com uma reflexão crítica para si e com os seus educandos, pois eles mesmos mostram a contradição quando relatam os temas de saúde trabalhados em suas aulas. Duas, das quatro falas encontradas neste sentido, representam os educadores que possuem uma visão biologicista e centrada nas ações de comportamentos individuais.

Saúde é um conjunto de muitos de coisas. Vem desde lá de casa: alimentação , água potável, lavar as mãos antes de se alimentar, água tratada. Agente aqui é de uma comunidade mais carente, então não temos água tratada em casa. Tudo isso, tudo isso contribui para boa saúde. Como há gente estava falando antes, há ausência simplesmente de doença. É todo um caminhar, é todo um processo lá de casa que a gente tem que continuar aqui na escola e tem que trabalhar muito aqui na escola também. (Educadora – Pedagoga- B).

A saúde é à base de tudo. Se alguma pessoa não tem saúde, ela contraria aquilo que tu pensa de uma vida saudável. Tu tens que ter saúde para ter uma convivência boa. (Educadora – Pedagoga- J).

Podemos pensar com Paulo Freire a necessidade do avanço desta visão ingênua biologicista para uma visão crítica do processo saúde-doença:

Como manifestação presente à experiência vital, a curiosidade humana vem sendo histórica e socialmente construída e reconstruída. Precisamente porque a promoção da ingenuidade para a criticidade não se dá automaticamente, uma das tarefas precípuas da prática educativo-progressista é exatamente o desenvolvimento da curiosidade crítica, insatisfeita, indócil. (FREIRE, 2010, p.32).

Os educadores também entendem saúde e doença como um processo de falta de cuidados individuais, mas esquecem de elencar as responsabilidades sociais dos governantes. Não é menos importante a corresponsabilidade do indivíduo no contexto de vida, mas esta

não é a única forma de transformar a realidade. Necessita-se de ações em conjunto para alcançar um ideário de saúde pública no país. Conforme a sua constituição, o Sistema Único de Saúde está se reorganizando para garantir à população este modelo de saúde e educação.

Vejam mais algumas compreensões acerca de saúde e de doença:

Acho que doença, sim, é a ausência de saúde. Não ter estrutura em casa, de esgoto, de tudo e, a própria falta de higiene causa doença. Desde um simples não lavar as mãos antes das refeições. (Educadora - Educação Física B).

Doença é quando um órgão teu, alguma coisa em ti não está funcionando, aí ele se manifesta, dá sinais de que alguma coisa não está certa, então aparecem sintomas que passam a ser as doenças.” (Educadora - Pedagoga –C).

É a doença a ruptura desses elementos. A pessoa não tem condições de boa moradia, higiene, relacionamento social, mesmo religioso, comunitário. Então, a ruptura dessa integração gera nas pessoas um desequilíbrio, levando a uma doença física ou doença mental. (Secretária de Saúde).

Para Coelho et all (1999, p.16), na discussão normal-patológico, saúde-doença: revisando Canguilhem:

No século XIX, a identidade entre os fenômenos vitais normais e patológicos apresentava-se como um dogma cientificamente endossado pela biologia e pela medicina (Canguilhem,1943). Segundo a doutrina de Broussais, a distinção entre o normal e o patológico era de natureza quantitativa, tanto para os fenômenos orgânicos quanto para os mentais. A doença consistia em falta ou excesso de excitação dos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal. Nessa concepção, a saúde e a doença não passavam de um mesmo estado e dependiam de estímulos que variavam, nos diferentes casos, apenas por nível de intensidade.

Neste período, os determinantes das leis de normalidade fundamentavam uma doutrina política de base científica, que implica uma identidade essencial entre fenômeno fisiológico e patológico como postura determinista, homogênea, centrada no campo físico. Conforme Coelho et all (1999, p.19):

De acordo com a cuidadosa argumentação de Canguilhem (1943), não seria a ausência de normalidade que constituiria o anormal, ou seja, o patológico também seria normal, pois a experiência do ser vivo incluiria a doença. O patológico implicaria uma certa forma de viver, pois não haveria vida sem normas de vida. O estado fisiológico seria mais o estado são do que o estado normal, já que todo estado vital seria normal e o normal patológico seria diferente do normal fisiológico. A qualidade que diferenciava o estado de saúde do estado patológico seria a abertura a eventuais modificações, pois essa abertura estaria presente na saúde e ausente no estado patológico, o que conferiria à doença um caráter conservador.

Assim, temos o entendimento de doença para alguns educadores:

Doença é uma opinião assim muito particular, doença não é só uma gripe ou uma catapora, como eu te falei o visível, mais assim, existem pessoas que na infância foram maltratadas e desenvolvem doenças, elas podem apresentar algumas dificuldades ou até, assim, como é que eu posso te dar um exemplo bem claro de doença, que eu vejo: eu tenho um aluno em sala de aula que tem problema físico de crescimento, que é uma doença diagnosticada, porém, que o problema físico dele está afetando totalmente a aprendizagem é uma doença, automaticamente que também interfere na aprendizagem dele; qualquer tipo de gripe ou virose, na minha opinião, é uma doença, mas também existem as outras doenças que chamam de síndromes tratáveis só com medicação, mas ela nunca vai se recuperar, vão ter vários tipos de conceitos pela doença, cada um entende de uma forma, a minha forma, essa, a doença é aquilo que é visível e invisível, tu vê na hora e tu trata, e o invisível vai surgir com o tempo, com a aprendizagem, com o convívio, tu vai, vendo. Vai ter uma criança que é completamente, olha, é doente mental, pode ter até uma criança que é agressiva em sala de aula, ela pode ser uma criança doente mental devido ao que ela foi explorada sexualmente, ela é uma criança que é muito machucada em casa, apanha muito, ou tem maus tratos, então existe esse tipo de doença que tu não consegues ver, só depois, com o convívio, e uma boa análise. (Educadora- Pedagoga- I).

Doença, pra mim, é quando alguma parte do corpo do organismo não está funcionando bem, então reflete numa febre, numa infecção intestinal, numa gripe, numa coisa assim, ou quando não está funcionando bem um organismo. (Educadora- Pedagoga- F).

[...] com certeza vamos ficar doente, vai ter a ausência de saúde, então a água potável, o saneamento básico, higiene corporal e habitacional. A promoção da saúde, em primeiríssimo lugar, é a água potável, se não existirá água potável para... na escola, na casa. (Educadora- Ciências Biológica- D).

Para os dez educadores e dois secretários, saúde é a plenitude das condições sociais de vida e ausência de doença, mas para os autores estudados, o normal não é a ausência de doença ou a padronização da média, ou seja, para Coelho 1999, embasado em Canguilhem, cada indivíduo teria a sua própria concepção do que seria normal para si. Pode-se ressaltar a fala de um dos professores, que esboça uma visão um pouco mais ampliada, separando o que é visível (a doença objetiva) do que é invisível (genética, da mente, agressividade, problemas sociais e familiares).

Conforme Coelho (1999, p.19-20):

Para ilustrar esse ponto, Canguilhem (1943), filosófico infiltrado no olimpo médico, busca ajuda em fontes de alta credibilidade [...] Henry Sigerist: se Napoleão conseguiu satisfazer as exigências que lhe foram impostas com um pulso de quarenta contrações por minuto, quando o número médio era de setenta pulsações, é porque o pulso de quarenta era normal para ele. Assim, se a fronteira entre o normal e o patológico era imprecisa para diversos indivíduos considerando sucessivamente, pois, um mesmo indivíduo, esse limiar poderia variar ao longo do tempo. O que fosse normal numa situação poderia se tornar patológico noutra, caso permanecesse inalterado.

Nas falas dos entrevistados, a maioria entende que o normal seria que o indivíduo, para ter saúde ou ser saudável, deveria apenas mudar seu comportamento individual, sem respeitar as suas individualidades ou os demais determinantes de saúde. Mas as condições sociais influenciam no funcionamento fisiológico dos indivíduos, assim como o acesso à educação, à cultura e ao lazer. Logo, nós, profissionais da educação e saúde, temos que refletir o que seria a individualidade de cada pessoa no normal-patológico, sem julgamentos de média, certo e errado. Através do diálogo entre profissionais e indivíduos pode-se alcançar a transformação do conhecimento de senso comum para uma reflexão crítica da realidade, o que proporcionará condições de escolhas conscientes e autônomas.

Quais os temas de saúde que os educadores trabalham em sala de aula?

[...] Eu trabalho o corpo humano, necessidade de higiene, preservação do meio ambiente, higiene bucal, higiene antes de se alimentar [...]. (Educadora – Pedagoga – C).

É higiene, alimentação, qualidade de vida. Hoje a alimentação é primordial porque as crianças vêm para escola e a alimentação é muito errada [...]. (Educadora – Pedagoga – E).

Nas minhas aulas, a gente fala muito sobre a hora de lavar as mãos, pois as mãos elas transmitem muitas doenças. A gente sempre fala, quando eles saem para o lanche, lavar as mãos. A gente já ensinou não é só chegar ali e passar um sabonete e pronto. Tens que esfregar bem certinho os dedos, as pontas das unhas, e depois escovar bem os dentes. A gente fala que antes de vir pra escola tem que tomar banho, limpar bem o nariz, a orelha por dentro. Então a gente fala muito sobre lavar as mãos e escovar os dentes. (Educadora – Pedagoga – F).

Essas falas remetem a uma reflexão acerca da dinâmica dada aos temas trabalhados, assim como os próprios temas em si. Esta pesquisa não investigou a metodologia dos educadores em aula, mesmo assim, podemos refletir a respeito, observando-se a especificidade dos temas apontados pelos educadores, pois os mesmos, parecem, são pontuais e sugerem uma “narrativa”. Para construir sua Pedagogia do Oprimido, Freire 2005 partiu de sua observação das práticas educativas de seu tempo que, parece não se modificaram tanto assim, mais de 40 anos após sua principal obra:

Quanto mais analisamos as relações educador-educandos, na escola, em qualquer de seus níveis (ou fora dela), parece que mais nos podemos convencer de que estas relações apresentam um caráter especial e marcante - o de serem relações fundamentalmente narradoras, dissertadoras. Narração de conteúdos que, por isto mesmo, tendem a petrificar-se ou a fazer-se algo quase morto, sejam valores ou dimensões concretas da realidade. Narração ou dissertação que implica um sujeito - o narrador - e objetos pacientes, ouvintes - os educandos. Há uma quase enfermidade da narração. A tônica da educação é preponderantemente esta - narrar, sempre narrar. (FREIRE, 2005, p. 65)

Como diz Freire (2005), a educação nos moldes como está organizada não transforma a realidade, mas sim forma pessoas para dominar e outras para serem dominadas (opressores e oprimidos). Com a estrutura atual da educação formal prescrita aos educadores, tem-se o objetivo apenas de repassar conteúdos curriculares, prescrições prontas, sem que estes tenham conexão e relação com a realidade pessoal dos educandos.

Neste contexto, os conteúdos narrados não fazem parte do conviver dos educandos, é uma fragmentação, um retalhamento de uma prática, pois são dispostos sem uma coerência, apenas como mais conteúdos a serem despejados nos alunos.

Como diz Paulo Freire (2005), essa educação é baseada na “sonoridade” da sua palavra e não na força transformadora que ela traz em seu interior.

Essa educação é a que o grande capital deseja, pois transforma a sociedade em apenas uma mera repetidora de conceitos e não questiona as grandes decisões. Não se repensam os acontecimentos como eles foram e aconteceram realmente, e as suas correlações com o que acontece nos tempos atuais, o que possibilitaria um enfrentamento da nossa realidade.

Quando falamos da educação problematizadora, ou pedagogia libertadora está dizendo que existe uma possibilidade de mudança que ela é capaz de produzir nos cidadãos, na sua forma de agir e repensar a sociedade como um todo, pois faz dos cidadãos, oprimidos pelo atual sistema capitalista em que estamos embrenhados, articuladores de suas reivindicações. Os educandos deixam de ser apenas ouvintes e minimizam o abismo existente entre eles e os educadores. O conhecimento passa a ser troca entre os seres e não apenas uma forma de distribuir conteúdo. O educador e o educando estão juntos no transformar e não mais unilateralmente, devendo os dois participarem do processo.

Mas o que acontece é que, numa prática não dialógica, a relação entre os educandos e educadores é distante, pois não é objetivo criar essa transformação. Para que ocorra essa transformação é necessário diálogo, conscientização, e isso só é possível, para Freire, através da problematização da realidade de cada indivíduo.

Paulo Freire, em sua *Pedagogia do Oprimido* (2005), traz uma concepção de educação que traduz o conflito existente na sociedade de sua época, e que se perpetua na atualidade, e é denominada “educação bancária”. Essa concepção diz respeito à falta de comunicação existente entre os principais interlocutores da educação, que são os educandos e os educadores.

Com o ato de “depositar” conteúdos resume-se o conceito de educação bancária, pois nele o educando é um mero depositário de conteúdos e o educador é o que deposita todos os conhecimentos da maneira que ele pensa ser correta. E onde ficam os conhecimentos e as reflexões dos educandos? Eles não são, também, importantes? Para a educação bancária, não. A sociedade opressora não permite essa realização, pois se ela assim fizer, irá acabar com o poder de neutralizar as forças dos oprimidos.

Para Paulo Freire (2005, p.79) "[...] ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo".

Esta comunhão em Freire está relacionada ao contexto, em que o resultado desta comunhão seria a autonomia do sujeito, não no sentido liberal autocentrado, mas de inserção crítica no contexto social, em meio a outros homens.

Essa concepção descreve o respeito que deve existir nas relações entre educador e educando. Os educandos não são mais fiéis depositários, e sim construtores dessa nova realidade. São chamados a construir o conhecimento e não mais a memorizar o conteúdo.

Os educandos começam a mudar sua consciência ingênua para a consciência crítica da realidade em que vivem. E isso por se sentirem desafiados a desvelar o mundo, tornando o homem inserido no mundo, e não mais alheio a ele.

Para Paulo Freire (2005, p.80. Grifos do autor),

Pelo fato mesmo de esta prática educativa constituir-se em uma situação gnosiológica, o papel do educador problematizador é proporcionar, com os educandos, as condições em que se dê a superação do conhecimento no nível da *doxa* pelo verdadeiro conhecimento, o que se dá no nível do *logos*.

Assim é que, enquanto a prática bancária, como enfatizamos, implica uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos educandos, a educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica um constante ato de desvelamento da realidade. A primeira pretende manter a *imersão*; a segunda, pelo contrário, busca *emersão* das consciências, de que resulte sua *inserirão crítica* na realidade.

O que o autor entende por consciência ingênua seria aquela que não questiona as verdades estabelecidas, e nem se insere criticamente na realidade. Mas, a partir da mediação do educador, através do diálogo, esta consciência ingênua passaria para uma consciência crítica, desveladora do mundo em que se está inserido, caracterizando a educação conscientizadora.

Então, o que se percebe é que a educação que se almeja é aquela em que não exista mais o educando oprimido, alienado na sociedade, mas sim questionador e crítico da

realidade em que está inserido, e esse conceito confunde-se com a própria “educação em saúde”, que almejada, que prepara o cidadão para ser questionador político, pela justiça social, para ter relacionamento ético nas relações sociais.

Esse conceito de educação que ainda temos, que nos ensina a pensar de uma maneira reducionista, em que o educador é o centro do ensino e o educando é apenas o que recebe a informação, a “educação bancária”, deve ser repensado.

Segundo Paulo Freire (1996, p. 23, grifos do autor):

É preciso, que pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem *formar* é ação pela qual o sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina ensina alguma coisa a alguém. É por isso que, do ponto de vista gramatical, o verbo ensinar é um verbo transitivo-relativo. Verbo que pede um objeto *direto* – *alguma coisa* – e um objeto *indireto* – *a alguém*. Do ponto de vista democrático em que me situo, mas também do ponto de vista da radicalidade metafísica em que me coloco e de que decorre minha compreensão do homem e da mulher como seres históricos e inacabados e sobre que se funda a minha inteligência do processo de conhecer, ensinar é algo mais que um verbo transitivo-relativo. Ensinar inexistente sem aprender e vice-versa e foi *aprendendo* socialmente que, historicamente, mulheres e homens descobriram que era possível ensinar.

Conforme citação acima, a questão da relação educando-educador como vem ocorrendo continua ainda contemplando uma relação de domínio do educador sobre o educando, uma relação antidialógica e antidemocrática. Essa educação reforça as relações da sociedade capitalista e desigual em que vivemos. E também é esta educação tradicional que forma os profissionais de saúde que irão exercer a educação em saúde e assim, provavelmente, irão reproduzir com os usuários a educação que receberam. Ao contrário desta tendência, a educação em saúde das políticas públicas atuais é pensada para possibilitar a participação social e garantir o acesso da população nas decisões dos processos de saúde pública. Também a ação não é apenas a de prevenir doenças, determinar prescrições prontas, mudanças de hábitos, mantendo o modelo de saúde sanitaria. É sim, proporcionar reflexões e transformação do usuário em um sujeito ativo, autônomo e participativo no processo das ações de saúde pública, com base em uma visão contextual do processo saúde-doença, e com o avanço para ações no sentido da promoção da saúde.

E é por isso que tanto a concepção de saúde dos entrevistados desta pesquisa como os temas trabalhados em aula devem ser repensados. Se por um lado a concepção de

saúde vislumbra uma visão contextual, por outro é centrada no bem estar geral do indivíduo, sem conexão com a estrutura social. Da mesma forma os temas de saúde trabalhados em aula, apontam para atitudes individuais, e ainda mais específicas no aspecto biológico, sem apresentar a visão mais contextual (condições psicológica e espiritual) do indivíduo, presente na visão de saúde. Os temas de saúde trabalhados se resumem a questões de ordem física do indivíduo. Somente a fala de um educador sobre preservação do meio ambiente pode remeter a uma visão mais contextual, ainda que não se tenha maiores elementos para sabê-lo.

Quando ampliamos a discussão de educação em saúde para o campo da educação formal, somos amparados pela legislação brasileira da Educação, expressa pela lei n. 9394/96 – a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) para a Educação - e pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs):

Os PCNs, que constituem o plano curricular oficial para o ensino fundamental brasileiro, abrangem, além das disciplinas tradicionais, a saúde como um dos seis temas transversais, além da ética, pluralidade cultural, meio ambiente, educação sexual e trabalho e consumo (BRASIL, 1996), eleitos como tais por envolverem problemáticas sociais atuais e urgentes, consideradas de abrangência nacional e até mesmo de caráter universal (BRASIL, 1997). Assim, eles devem ser tratados transversalmente em todas as disciplinas, não sendo localizados em apenas uma.

Essa transversalidade pressupõe um tratamento integrado das áreas e um compromisso das relações interpessoais e sociais escolares com as questões que estão envolvidas nos temas, a fim de que haja uma coerência entre os valores experimentados na vivência que a escola propicia aos alunos e o contato intelectual com tais valores. (BRASIL, 1997).

Nesta concepção, a construção de práticas integradas envolvendo a educação e saúde tem incentivado a promoção da saúde no ambiente escolar. Entendendo essa necessidade, os Ministérios da Educação e da Saúde publicaram, em 2007, o Decreto n. 6286, instituindo o Programa Saúde na Escola (PSE). (BRASIL, 2008).

O que se considera das diretrizes deste Programa Saúde na Escola, instituído pelos ministérios, é que as mesmas são interessantes, mas nem sempre fáceis de serem trabalhadas na escola de forma conscientizadora. Durante as anotações no Diário de Campo, vi que permanece, ainda, na prática de alguns desses temas, um foco individual, um sentido de culpabilização do sujeito, dissociando-se a ação do contexto social. Percebe-se que a estrutura física da escola não favorece a práxis dos temas de saúde trabalhados eventualmente pelos professores durante o ano. Por exemplo, não se realiza a coleta seletiva do lixo, não há pias próximas aos refeitórios para lavagem de mãos, entre outros. Segundo Freire, o educando necessita vivenciar a prática para poder desenvolver a consciência crítica. Baseando-se na discussão da promoção da saúde pelos autores referidos e na educação libertadora de Paulo Freire, tem-se uma outra concepção de saúde e educação. Teria que vivenciar uma educação

em saúde que despertasse a curiosidade do sujeito, a sua autonomia e também a reflexão crítica do mundo. Isso implica coerência entre o ensinado e as condições objetivas de vivenciá-lo.

Este programa está organizado em quatro blocos, segundo o Portal de Saúde do governo federal:

O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal (controle de cárie), acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante. O segundo trata da promoção da saúde e da prevenção, que trabalhará as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Também neste bloco há uma abordagem à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo à atividade física e práticas corporais.

O terceiro bloco do programa é voltado à educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens. [...]

O último prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de duas pesquisas. A primeira é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que contempla, além de outros, todos os itens da avaliação das condições de saúde e perfil socio-econômico das escolas públicas e privadas nas 27 capitais brasileiras. O resultado dessa pesquisa servirá para que as escolas e as equipes de saúde tenham parâmetro para a avaliação da comunidade estudantil. A segunda pesquisa será o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), elaborado e aplicado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) desde 2005. Essa sondagem consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema DST/AIDS. (BRASIL, 2008).

Quanto à sua organicidade:

O tempo de execução de cada bloco será planejado pela Equipe de Saúde da Família levando em conta o ano letivo e o projeto político-pedagógico da escola. As ações previstas no PSE serão acompanhadas por uma comissão intersetorial de educação e de saúde, formada por pais, professores e representantes da saúde, que poderão ser os integrantes da equipe de conselheiros locais.

Todas as ações do programa são possíveis de serem realizadas nos municípios cobertos pelas equipes de Saúde da Família. Na prática, o que ocorrerá será a integração das redes de educação e do Sistema Único de Saúde. Os municípios interessados devem manifestar sua vontade em aderir ao programa. Portaria do Ministério da Saúde definirá os critérios e recursos financeiros pela adesão e orientará também a elaboração dos projetos pelos municípios.

O Ministério da Saúde, além de incentivo financeiro, ficará responsável pela publicação de almanaques para distribuição aos alunos das escolas atendidas pelo PSE. A tiragem da publicação poderá chegar a 300 mil exemplares este ano. O ministério fará ainda cadernos de atenção básica para as 5.500 equipes de Saúde da Família que atuarão nas escolas. (BRASIL, 2008)

O Estado pretende realizar promoção e prevenção, mas muitas de suas ações revelam a tendência curativista e prevencionista, desde o financiamento, que é maior para as áreas hospitalares do que para a atenção primária. Até o momento, não verificamos qualquer

ação nesse sentido nas escolas do município em que foi realizada esta pesquisa. Segundo o Secretário de Educação, este programa não foi aplicado nas escolas, no ano de 2011, por falta de tempo em elaborar o projeto para enviar ao ministério, mas considerou que as instâncias devidas já estavam cientes e que iriam providenciar para o ano de 2012.

Segundo os relatos dos Secretários de Educação e de Saúde sobre o PSE:

É, já existe. Já conversamos neste sentido [...] e a aplicabilidade mesma ainda está por vir. É uma questão prática. Deve vir aí. Eu nem acredito que em 2012, no âmbito de estrutura, de montar a estrutura. Pra isso vou fazer com que o programa chegue na escola é através da estrutura que nós temos, e que está sendo trabalhado neste momento [...]. (Secretário de Educação).

Eu acho que falta muito ainda. Não existe ainda integração entre saúde e educação. Eu posso citar como exemplo a saúde bucal. A escola entende como mais uma atribuição ao professor pra desenvolver a saúde bucal nas escolas. Então não existe ainda. Nós estamos apostando neste PSE, onde o professor e o profissional da área da saúde possam trabalhar em conjunto. (Secretária de Saúde).

As decisões federais oneram os municípios conforme relata o secretário de educação como justificativa para não implantação dos programas, pois o suporte financeiro baixo para implantar e manter os programas dificulta sua aplicação. Como nesse caso, muitas vezes não são realizados e, quando o são, apresentam dificuldades estruturais. Fica claro que não existe, portanto, a realização do PSE no município estudado. Nesse “vácuo”, precisamos entender de que forma é trabalhada – se o for – a promoção da saúde na escola. E isso perpassa pelo entendimento do papel da escola, para se verificar se cabe ou não, na visão dos educadores, ensinar promoção da saúde neste espaço.

Voltando à pesquisa, os educadores descrevem a função da escola como:

É ensinar e educar também. A educação vem da família e o ensinamento vem aqui da escola. Epreparar as crianças para vida. (Educadora-Pedagoga H).

A função da escola é promover a conscientização do aluno sobre os direitos que ele tem como cidadão,.. Todos seus direitos. (Educadora- Pedagoga A).

De passar conhecimento, de socializar, de integrar, de incluir. São tantos os papéis da escola, mas eu acho que os principais são esses. Mas, no fim, a gente acaba sendo aqui de tudo um pouco. Psicóloga. De tudo um pouquinho. Mas eu acho que os principais são esses. (Educadora - Educação Física B).

[...] Ela está pra auxiliar o aluno, ajudar, contribuir na formação do aluno, pra que ele seja um cidadão, para [que] ele tenha a consciência dos seus direitos e de seus deveres, e ela tem que, criar essa consciência para que o aluno vá em busca disso, que ele vá atrás disso, que ele seja um ser autônomo, independente, criativo. Essa eu acredito que é a função nossa como professora, trabalhar isso. (Educadora-Pedagoga C).

Pode-se perceber que há duas falas na direção da escola conteudista (Educadoras H e B) e duas falas na direção da escola formadora de seres autônomos (Educadoras A e C), no sentido de cidadãos.

Conforme as falas dos educadores, entende-se que eles realizam uma prática pedagógica tradicional, apesar de não se ter dados para realizar tal análise. Mas também apontam a escola como um espaço de formação integral, fugindo do tradicional.

Também parece que não há o desenvolvimetro de ações que possibilitem a integração da escola com a sociedade, são espaços sociais controlados e limitados aos que frequentam a escola (educadores e educandos). De acordo com os relatos de três educadores e dos secretários, as atividades extras realizadas estão direcionadas a educandos e não a toda comunidade do bairro onde a escola está localizada.

[...] Abril, no Dia da Saúde, a gente promove um dia bem bacana, fazendo atividades físicas com todos os alunos sempre, em todo o momento, sempre que a gente pode a gente está contribuindo para conscientizar a prevenção[...]. Os projetos na escola, relacionados à saúde. Uma das nossas orientadoras faz a ponte, para os alunos carentes, terem assistência médica, odontológica. Então, além de tudo o que a gente faz em sala de aula, também temos esses projetos. Ela marca consulta, toda terça-feira, e encaminha as crianças carentes para assistência médica e odontológica. (Educadora – Educação Física – B).

[...]Não está lembrada do nome do projeto mais que trabalha as questões da saúde como dentista, como, outros médicos. Também, oftalmologista, para óculos. É uma parceria para escola, até porque, como a comunidade é carente, nós temos crianças em situações bem difíceis e cabe à escola fazer essa ponte, essa mediação. (Educadora – Pedagoga – E).

[...] com o projeto Verde é Vida, que é um projeto que tem no município, todas as escolas trabalham. É um projeto muito bom, cada escola trabalha, do seu jeito. Tem um coordenador geral. Nós aqui trabalhamos a questão do lixo reciclável, da horta escolar, daí a gente já trabalha alimentação. Então esse projeto é um projeto muito importante.[...] Também já vem falando da promoção da saúde. Temos, uma nutricionista que sempre vem, fala com a merendeira, visita a escola a cada quinze dias ou uma vez por mês, revisa toda a escola, tudo, ela não vai na sala de aula falar com os alunos. Mas na escola vem e fica. (Educadora – Pedagoga K).

Segundo a orientadora pedagógica e a diretora da escola da Colônia, os projetos desenvolvidos na escola são: Projeto Verde é Vida – Jardinagem e Hortas, Esporte na Escola, segregação de lixo com lixeiras específicas e realizam na escola a coleta seletiva. Esses mesmos projetos acontecem na outra instituição, mas com uma ressalva: lá não possuem as lixeiras para coleta seletiva. Também na primeira escola, realiza palestras nos encontros de pais, palestras para alunos com temas de saúde, fichas médicas e odontologia reservadas para a escola, tem projetos de se trabalharem os temas nos dias comemorativos (dia da água, meio

ambiente entre outros). A diretora da segunda escola relatou sobre a participação efetiva dos pais na escola, com cobranças, mas também sendo parceiros nas reivindicações de melhorias para escola, pois conseguiram sua reforma junto com os professores na Prefeitura.

Podemos visualizar que as práticas extraclasses tanto estão centradas em ações médico-odontológicas, como também há ações mais gerais, que até se denominam como promotoras da saúde, trabalhando inclusive a questão do lixo e da horta. Esses aspectos parecem ter relação com aquelas falas sobre o papel da escola, que se dividem entre passar o conteúdo e formar o aluno autônomo. No entanto, é preciso compreender o contexto social em que estas escolas estão inseridas, no sentido de que as crianças podem estar carentes de atenção médico-odontológica, possível razão da preocupação da escola em oferecer estas atividades extras, o que, de alguma forma, mostra que a escola se sente comprometida com a vida da criança, não apenas com sua instrução.

Mas, retomando o que foi apresentado no item anterior, quando abordados sobre os temas trabalhados na saúde, observamos que são focados em hábitos saudáveis (lavagem das mãos, cuidado com o corpo, alimentação, prevenção das drogas e doenças sexualmente transmissíveis), sobre prevenção de doenças, entre outros, mas em nenhum momento foi citado o saneamento básico, o lazer e as condições de moradia, que são também indicadores de saúde. Refletir criticamente a diferença de estrutura social bem como a da própria escola, e que todos têm condições e direito de vivenciar esta estrutura não é citado. As atividades em sala de aula parecem ser tão rotineiras que não se percebe a necessidade de se construir uma consciência crítica sobre as suas ações e ir em busca da transformação social através de sua autonomia e corresponsabilidade. Podemos pensar em Freire que os educadores possuem uma consciência ingênua quando abordam os temas de saúde em suas salas de aulas. Os temas trabalhados, então, não apontam para a formação do indivíduo com autonomia no sentido geral, talvez uma autonomia compreendida em relação à sua saúde individual e biológica.

No estudo, também precisou-se problematizar a forma como os pesquisados entendem a relação de saúde e educação, pois ela pode estar imbuída de uma consciência ingênua ou crítica:

Penso que a educação é uma aliada fundamental para informar e conscientizar a população sobre os seus direitos e o acesso à saúde. (Educadora - Pedagoga A).

A relação de saúde e educação, pra mim, elas estão sempre interligadas, porque o aluno, quando a saúde começa também na higiene, é no momento que isso já não está claro, o aluno já passa a ser discriminado, não pelo professor, mas pelos próprios alunos. Então isso já é uma base para uma conscientização, da importância da higiene. Dali começo todo o conteúdo, tudo que se trabalha se pode estar

“pegando um gancho”, não ser direto uma disciplina direcionada, isso tu sempre tens que estar buscando e assim, para que possa atingir as famílias, que eu acredito é isso. Isso é saúde para mim. (Educadora - Pedagoga C).

A relação das duas, eu acho assim, tu explicando, ensinando que eles têm que se comportar bem, educação também se explica, educação, lavar as mãos, para evitar vários tipos de doença, como transmitir alguma coisa pra outra criança, se alimentar bem, pode estar ensinando isso na sala de aula, escovar os dentes, que a cárie ela prejudica, né, não só os dentes mas pode dar outros problemas também, acho que os dois têm que andar juntos. (Educadora – Pedagoga F).

[...] Eu acredito que nós temos uma sociedade doente e que o resultado de tudo isso acaba sendo o atendimento nas unidades básicas de saúde aos hospitais, nos consultórios. Então, se a educação puder contribuir para isso, o cidadão, seja ele aluno, pai, é prevenir-se disso, tendo capacidade de discernimento, um olhar crítico sobre a vida, um pouco mais de filosofia em educação ajudaria também; que o cidadão pudesse perceber-se como alguém que caminha pro rumo doentio enquanto isso ele podia, na sua própria família, na sociedade em que ele vive perceber que a vida pode ser vista de outra maneira e não somente naquele caminho, muitas vezes alienado, na dependência de um amparo que a gente sabe que, muita vezes, é psicológico, muita vezes que poderia esse psicológico ter sido resolvido com a formação e com educação. [...] Acho que isso começa antes, na escola, como muita gente não teve acesso a isso, os nossos postos estão abarrotados de pessoas doentes, carentes, psicologicamente frágeis, então fazemos com nossos alunos hoje a possibilitar que eles procurem outro caminho[...]. Eu acredito que nós vamos ter menores problemas com as... saídas e lá na frente eu acho que tem tudo a ver saúde e educação integradas lá na frente”. (Secretário de Educação).

Eu entendo que a saúde e educação estão intimamente relacionadas, nós não podemos trabalhar de forma quebrada esses processos de saúde e de educação. As pessoas, para terem uma boa saúde, elas têm de receber orientação, elas têm que ter conhecimento e isso envolve a educação, a cultura. Então, a saúde e a educação estão intimamente relacionadas. Exemplo, nós não conseguimos fazer com que uma criança tenha hábitos e bons hábitos de higiene se ela não receber esta orientação, se ela não conhecer essa, essa normativa, as diretrizes, porque tem que fazer uma boa higiene. Então, a saúde e a educação, neste sentido, [se] a criança não tiver o conhecimento a respeito da boa higiene, ela não vai ter uma boa saúde bucal, por exemplo. (Secretária de Saúde).

Os sujeitos da pesquisa não citam que a educação e a saúde, a partir de sua interação, podem propiciar meios de construção do conhecimento do senso comum em científico para uma transformação crítica da realidade, de uma responsabilidade de formação de um indivíduo que questione sua situação. A fala do Secretário de Educação faz referência a educar com criticidade, mas no sentido de o indivíduo ver a totalidade de sua existência, ver a vida de outro modo, sem que adoça, direcionando sua análise a um modo individual de se situar na vida – e uma vida entendida de forma ampla - o que é muito importante, mas que ainda se situa no nível individual. Assim, os sujeitos referem-se apenas à relação de educação e saúde como ação de mudança individual, seja de comportamento e de hábitos saudáveis, seja de concepção de vida. Está descrito nas Leis de Diretrizes e Bases - LDB n. 9394, a responsabilidade da escola em formar cidadãos autônomos e críticos, mas será que a matriz

curricular, a prática presente na escola está dando conta de realmente formar sujeitos autônomos ou apenas sujeitos que reproduzem a realidade? Por exemplo, se nasci de uma família com pouco grau de escolaridade devo reproduzir esta realidade, se sou filho de pedreiro serei pedreiro e se sou filho de médico serei médico, entre outros.

Para Freire (2005), em sua concepção de educação libertadora, o educando necessita problematizar a realidade para que possa ocorrer sua transformação, dele e da realidade, sendo-lhe possível à autonomia de escolha da realidade que se deseja viver. Mas para que isso ocorra é necessário que este indivíduo passe a ter uma consciência crítica da realidade, o que não passa pela necessidade de todos serem doutores, mas que todos possam realizar suas escolhas no sentido de terem condições de vida humana não negada. Com Freire podemos pensar que as escolas não propiciam o ambiente adequado para aquilo que os educadores ditam para o comportamento do educando possa se efetivar, dissociando-se, portanto, a teoria da prática. Alguns exemplos: as duas escolas pesquisadas não possuem pias próximas ao refeitório para lavar as mãos, o ambiente não estava bem limpo, salas com pinturas antigas, ambientes com falta de mobílias para guardar materiais didáticos. Não queremos culpar educadores ou direção, mas sinalizar as contradições entre o falar e o agir, o que, nesse caso, alerta para o comprometimento necessário para com a estrutura física da escola. O que pode até mesmo se direcionar para o questionamento, com os educando, do porquê da falta da estrutura física e suas relações com a saúde.

Em relação aos gestores de educação e de saúde, quando questionados por que motivos não ocorrem integração entre estes dois campos, como, por exemplo, reuniões e planejamentos em conjunto de ações para as duas áreas, apenas em campanhas, já que afirmam que é indispensável, de suma importância essa integração, justificam:

Não há dificuldade de acesso e as parcerias nas atividades, mas ainda são elas ainda estão contidas nas suas áreas específicas, é tanto área saúde possui uma série de programas seus próprios para enfrentar sua demanda e suas intensidades, quanto à educação também possui eventualmente acontecem promoções conjuntas, que possibilitariam, com certeza, atividades muito ricas, não acontece de maneira integrada, ainda não, talvez... adiante a gente possa perceber que isso já demorou para muito, em função de que até recentemente e ainda hoje isso se observa na saúde contida no seu espaço de demanda reprimida, de área de atendimento, de necessidade de mais horários, de necessidades de mais espaços, então nós continuamos atendendo as demandas que causam pressão em cima do serviço que é prestado; é o dia-a-dia muito mais do que um planejamento em função de uma pressão mesmo, de uma sociedade que está extremamente carente desses serviços e aí o planejamento acaba sofrendo com isso. Na educação também, então eu acho que já demorou, vamos dizer assim, pra que houvesse isso de uma maneira mais efetiva, há de que se pensar que isso, não como uma promoção cosmética qualquer, não, um trabalho efetivo que deve ser feito com resultado para um médio e longo prazo. (Secretário de Educação).

Eu acho que seria importante e fundamental nas duas, saúde e educação, tenha que estar caminhando em conjunto para as duas conseguirem atingir o objetivo. E eu justifico porque tu não consegues, a gente costuma dizer aqui uma expressão de política, que político não gosta nem de povo educado e nem saudável, porque ele não pensa, ele não toma uma atitude, então nós temos que nos fortalecer e fazendo que trabalhem a saúde e [a] educação trabalhem juntas, principalmente visando à promoção de saúde. Hoje em dia não se admite mais intimamente relacionados, então não tem mais o que não vá pra este caminho, mas o que a gente percebe, o que eu percebo é que existe esta dissociação entre saúde e educação; ela possa estar vinculada ou possa acontecer por um acúmulo de atribuições, eu penso que a secretária [disse seu nome], o gestor municipal da saúde, ele assume uma série de ações e diretrizes e a educação da mesma forma e não ocorre um planejamento conjunto. Não é só saúde [e] educação, é no planejamento, obras, no serviço de água e esgoto, cada um trabalha de forma desintegrada, não existe uma integração. Aí, isso ocorre um aumento de custo, porque muitas vezes se gasta duas vezes pra executar o mesmo serviço, então se houvesse planejamento inicial, se desse uma integração entre todos os serviços públicos, eu acho que teria um custo benefício muito maior. (Secretária de Saúde).

Penso que o discurso tende para considerar importantes as iniciativas intersetoriais, mas há uma dificuldade estrutural na organização política que não propicia estas ações, pois mantendo esses serviços ocupados com a demanda reprimida não sobra tempo para se organizar, planejar e pensar. Pensar, refletir sobre as ações que, em conjunto, poderiam ter mais efeito no contexto social. Um dos resultados esperados desta pesquisa não é erradicar a doença ou criar cidades saudáveis, mas sim que ela possa ser uma mediação para que os indivíduos reflitam sobre sua autonomia e corresponsabilidade no contexto social. Gostaria que ocorresse uma transformação social, em que a população massificada, através de uma reflexão crítica, questionasse sua condição. Penso que a educação não é a única responsável para que isto ocorra, mas também sem ela fica mais distante de isso ocorrer. A educação não é o fim, mas o meio que pode proporcionar ao indivíduo uma consciência crítica reflexiva e que se perceba como sujeito no contexto social. Para tanto, as políticas públicas são essenciais, e ainda mais a necessidade de um planejamento comum entre as diferentes áreas públicas, a chamada intersectorialidade, à qual Da Ros (2007) se refere quando fala da lógica da promoção à saúde no contexto do PSF. Tanto o Secretário de Saúde como o de Educação do município estudado reconhecem não existir este planejamento comum, o que explicam mediante a emergência de ações em curto prazo para as respostas às demandas da população, assim como pelo acúmulo de atribuições do cotidiano, apesar de ambos reconhecerem que devem avançar para esse planejamento.

Problematizar-se-à, no próximo capítulo, a promoção da saúde com base, em Carvalho, que insere, nesse contexto, o educador Paulo Freire.

3 – A DUALIDADE CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Neste capítulo iremos apresentar as demais duas categorias pré-estabelecidas: promoção da saúde e integração da ESF nas escolas.

No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida através de eventos internacionais, lançando-se novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde. Nessa perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser apreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países.

Para Carvalho (2004, p.670):

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitário. Entre essas sobressai o projeto da Promoção à Saúde que constitui hoje o eixo principal do projeto da Nova Saúde Pública.

Nesse sentido, segundo o autor, o profissional de saúde deverá incorporar em sua prática valores de solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parcerias que se constituem numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: as três esferas de governo, a comunidade, as famílias e os profissionais da saúde.

Para Carvalho (2004, p.670), “sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde o ideário da Promoção à Saúde vem, desde suas origens nos anos 70, tendo uma crescente influência nas políticas públicas de distintos países.”⁷

Início essa discussão com um questionamento: promoção de saúde ou prevenção de doenças?

Como já relatado, a história da saúde no Brasil e os conceitos de saúde sanitaristas até a criação do SUS mostram que há uma tentativa de reorganização e reestruturação das políticas públicas de saúde, no que diz respeito à igualdade de acesso, à participação popular e à promoção da saúde. Esse modelo assistencial de atenção básica de saúde vem criando estratégias de enfrentamento ao modelo biologicista, hospitalocêntrico, centrado na figura do médico. Com a criação da ESF, a ideia era que a equipe de saúde trabalharia nesse sentido, mas o que presenciamos ainda são equipes trabalhando com focos centrados na prática

⁷ No anexo I é apresentado um quadro com um esquema da cronologia da Promoção da Saúde.

curativista, na figura do médico, em práticas “bancárias” de prevenção de doenças (grupos de hipertensão, diabéticos, metas de vacinação e outros). Esta prática é “bancária” no sentido em que os profissionais passam receitas prontas para os usuários resolverem o problema, enfocando apenas a mudança individual de comportamento. Dessa forma, realiza-se a educação em saúde de forma verticalizada, culpabilizando o sujeito (CARVALHO, 2004), isto é, a culpa é centralizada no indivíduo pela sua situação econômica desfavorecida, local de moradia, pela situação de sua saúde (doença), pelo modo que sobrevive, e não na situação, no ambiente, no contexto. E os profissionais de saúde, com prescrições prontas à população, não respeitam a escolha do sujeito, ferindo os princípios do SUS e as propostas da ESF em relação à promoção da saúde que, como vimos, visam à participação da população, ao diálogo, à troca de conhecimento entre população e equipe, à informação de seus direitos à saúde no sentido complexo da palavra e ao empoderamento entre as partes, valorizando o contexto social do sujeito. Ao se favorecer a participação dos sujeitos mediatizados pelo diálogo, se poderá promover uma transformação do indivíduo para sua autonomia. Nesse sentido, a reflexão da sua realidade em conjunto com outros sujeitos dará sentido a esta transformação em direção ao empoderamento. É importante lembrar que em nenhum momento Freire (2005) se refere à ausência de autoridade e responsabilidade do educador em conduzir o diálogo na construção do conhecimento científico, mas este deve ser sempre permeado pela reflexão crítica da realidade, para fazer sentido com o contexto vivenciado pelos educandos.

As educadoras desta pesquisa descrevem a promoção da saúde como:

É prevenir para evitar que certas doenças se proliferem na população. (Educadora - Pedagoga A).

É prevenir, é se cuidar, é trabalhar conscientização de que nosso organismo, deve estar em primeiro lugar e que existe um caminho. Que a doença vai chegar e se tu não te cuidares. Então a gente tem que promover a prevenção. É na escola, que a gente pode trabalhar essa conscientização, através de vacina e exame, porque tu não podes ir ao médico só quando estás doente. Tu tens que evitar para não chegar. Então, assim, eu acho que tu promoves quando tu estás despertando a criança, tu estás chamando. Tem campanha de vacinação! Vocês fizeram isso, vocês lavaram as mãos. A criança tá indo lá, tá frequentando o agente de saúde. Tu estás sempre buscando alertar a criança, chamar a criança pra isso. (Educadora - Pedagoga C).

É tu promoveres pra ti o bem-estar, eu acho. Aqui na escola a prevenção à saúde leva o aluno a ter consciência de ter prevenção, tornar cuidado, de se manter sadio. (Educadora - Pedagoga E).

Promoção de saúde, pra mim, é trabalhar junto, tipo, escola trabalhando junto com a unidade de saúde. Aqui na escola a gente tem psicólogos, estamos tentando conseguir oftalmologista, temos também dentista, ficha para dentista. A gente tá tentando conseguir oculista também. Então, é trabalhando junto, em parceria dos dois, para o melhor para a criança. (Educadora - Pedagoga F).

[...] pra mim promoção são as vacinas. É um exemplo. As vacinas pra mim são uma promoção de saúde. Outras formas de promoção de saúde são quando tem Carnaval, eles podem estar falando para a gente nos programas: tu tens que usar camisinha, tens que estar te cuidando, não trocar seringa, e tal. Tudo isso é promoção, que é uma ação de promover algo, avisar o público algo de que está acontecendo [...]. (Educadora – Pedagoga I).

Muitos estavam escutando o termo pela primeira vez, com dificuldade de conceituar. E se não há conhecimento teórico, científico sobre o tema, é difícil conseguir construir com os educandos a concepção de saúde. Os educadores possuem um conhecimento de senso comum de que promoção de saúde é prevenção de doença e mudança de comportamento. Apenas a educadora E demonstrou uma visão mais ampliada do termo, ao se referir à promoção do bem estar, a manter-se sadio, mas ainda assim utilizou o termo prevenção. O termo, em si, não “se diz sozinho”, depende do significado que o sujeito lhe confere. Mas nenhuma das respostas se referiu às condições contextuais de vida para a promoção da saúde. Parece que para que ocorra esta transformação, esta mudança de visão desde o foco individual para o coletivo, é necessária a participação social, dos profissionais nas ações de saúde e educação. Por isso a importância da educação em saúde estar presente nos espaços da escola com o objetivo de conscientização e não de mera informação. Já que à educação, e dentro dela também está a escola, é preconizado, conforme a Lei 9.394 de 20 de Dezembro de 1996:

Art.1 A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

[...]

Art.22 A educação básica tem por finalidade desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores. (BRASIL, 1996).

Para a transformação social é necessário a colaboração e participação de todos os que estão envolvidos no processo, não apenas governantes ou profissionais de saúde. Por isso é fundamental a discussão apresentada por Carvalho sobre o empoderamento.

Carvalho (2004) classifica dois tipos de empoderamento: o psicológico e o comunitário. Nesse momento problematizar-se-á apenas o comunitário, pois entende-se, como o autor, que nessa proposta o empoderamento transforma-se em um conceito e estratégia política que se contrapõe a propostas de gestão e regulação do social que sustentam projetos que contribuem para a manutenção da ordem social iníqua. Esse seria o resultado do

empoderamento psicológico, uma vez que individualiza a questão da saúde e da doença, tendo seu olhar somente para o indivíduo, não para a coletividade.

Carvalho se baseia em Raerbum & Rootman (1998) e em Hills (2000)⁸ para refletir que:

O ‘*empowerment* comunitário’ suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida. Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas. Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, esta estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade. (CARVALHO, 2004, p.676).

Assim, entendemos que necessitamos transformar nossa prática funcionalista, hegemônica da ordem neoliberal para estratégias de ações inovadoras, radicais e suficientes para efetivas mudanças no campo da saúde.

Segundo Carvalho (2008, p.2037, grifos do autor),

[...] somos de opinião de que o empoderamento social é uma categoria/estratégia que pode contribuir para a consolidação de políticas de saúde de caráter universal e equitativo - como é o caso do Sistema Único de Saúde no Brasil. Indo mais além, julgamos que esta noção contribui para a construção de políticas públicas e sociais que têm como objeto a intervenção sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença (p.ex., salário digno, moradia, saneamento e acesso à educação). Ela se presta, igualmente, para a superação de estruturas institucionais e ideológicas que dão sustentação ao *status quo*. [...] Entendemos que o que torna atrativa a proposta de empoderamento social é a sua capacidade de articular estratégias e valores apontando em direção a uma utopia/expectativa coletiva de justiça social.

Os gestores de educação e de saúde possuem a seguinte concepção do termo promoção da saúde:

Promoção de saúde, pra mim, é que promover a saúde, é essencialmente educar para saúde. Promover a saúde é orientar, informar, é educar. [...]. Mas reforço assim a minha concepção de que promover seria, antes de tudo, orientar, informar, porque através da grande mídia, por exemplo, que seria um canal formidável de orientação, de educação. Eu particularmente fico muito surpreso com o desinteresse da massa populacional [...] nós sabemos que as pessoas se rendem à mídia é apelativo, fácil [...] não se interessam pela mídia informativa. Ela tem que ser colocada fundamentalmente na escola, nos espaços de integração social, nos clubes de terceira idade, por exemplo na escola, nas atividades onde sabes que vais encontrar as

⁸ A obra de Raerbum & Rootman referenciada por Carvalho é *People-centred health promotion*. John Wiley&Sons, Toronto, ON, 1998. A obra de Hills referenciada por Carvalho é *Workshop for teachers of Health Promotion*. In: **VI Brazilian Congress on Collective Health**. Salvador; 2000.

peças. Se puderes fazer com elas uma comunicação bem dirigida, porque se depender da grande mídia, existem orientações muito genéricas. Muitas vezes as pessoas preferem um programa apelativo, uma novela que as faça divertir sem, praticamente, sem pensar nada. Então estamos aí num outro fenômeno que eu acho gravíssimo, as pessoas têm mais acesso à educação de hoje, mas se rendem facilmente ao que a massificação proporciona, manipulando-os com muita facilidade. Então, para mim é isso, promoção da saúde é essencialmente promover fazendo orientação, fazendo informação e fazendo chegar isso de maneira implacável, que às vezes não vai acontecer de forma espontânea, através da grande mídia, um outro ponto de vista, mais em função da alienação cultural e social que existe. (Secretário de Educação).

Promoção de saúde, para mim, é mudança de hábitos, então só se consegue promover saúde a partir do momento que tu promovas hábitos saudáveis, então promover saúde é evitar, é prevenir doenças através da atividade física, modo de tabagismo, modo álcool. Então, na realidade, a promoção são atitudes, né, que o sujeito tem que evitar este desequilíbrio no meio ambiente e do físico. (Secretária de Saúde).

Também como os educadores, os gestores estão presos ao modelo hegemônico, centrado na prevenção de doenças e na mudança de comportamento individual. Conforme fala do Secretário de Educação, a população acaba sendo influenciada pela mídia apelativa, que massifica. A Secretária de Saúde se refere à mudança de hábitos. Mas, para que estas duas ações aconteçam, é necessária reflexão crítica levando à conscientização, para que as pessoas possam requerer as condições de mudança necessárias na estrutura social, pois as pessoas não fazem certas coisas apenas porque não querem ou porque não são informadas.

Segundo Carvalho (2004, p.676, grifo do autor), “o ideário da promoção de saúde pode contribuir para a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde, fornecer elementos para transformação do *status quo* sanitários e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários.” Conforme o autor, atualmente ainda nos deparamos com um número significativo de serviços de saúde que praticam ações sanitaristas, pois o que ocorre na prática são profissionais de saúde detentores do conhecimento, salvadores, sem diálogo com a população, diretivos e uma população de sujeitos passivos, receptivos às imposições de hábitos saudáveis, sem nenhum poder de decisão, participação das ações a eles direcionadas. Pode-se dizer que isso vem ocorrendo desde a história de colonização do país, que oferece as condições, tanto para sua estrutura social, como para sua estrutura subjetiva. O sistema educacional opera nestes dois níveis, o “objetivo” e o “subjetivo”. Pode-se dizer que a educação tradicional que os profissionais de saúde e a população receberam, passivamente, configura uma “educação bancária”.

Repetindo a fala de Carvalho (2004, p.676), ao se referir ao empoderamento comunitário, estratégia para a promoção da saúde, seria mais do que “repassar informações e

induzir determinados comportamentos”, mas sim um apoio ao “processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade”. É nesse sentido que se pode fazer um paralelo do empoderamento com a educação libertadora de Freire, aliás, o próprio autor reconhece em Freire um dos precursores para o desenvolvimento da noção de empoderamento comunitário.

Assim, em contraposição à educação bancária, é na educação libertadora, também chamada problematizadora, que se pode contemplar uma nova possibilidade de promoção da saúde. Segundo Paulo Freire (2005, p.78):

Em verdade, não seria possível à educação problematizadora, que rompe com os esquemas verticais característicos da educação bancária, realizar-se como prática da liberdade, sem superar a contradição entre o educador e os educandos. Como também não lhe seria possível fazê-lo fora do diálogo.

O profissional de saúde precisaria romper com os paradigmas antigos que respaldaram sua atuação, para que consiga superar o modelo hegemônico e, ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procurar problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo a população. Igualmente essa postura se faz necessária àqueles profissionais que chegam a gestores de políticas públicas.

Para Paulo Freire (2005, p.79, grifos do autor), falando da educação libertadora:

Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de *estar sendo* com as liberdades e não *contra* elas.

Por isso é necessária a participação de toda equipe de saúde mobilizada por um mesmo objetivo, em consonância com o ideário de uma Nova Promoção de Saúde, que atue na construção de sujeitos conscientes e autônomos sobre sua condição de saúde. Para Verdi e Caponi (2005) isto seria o contrário do modelo atual, praticado pela maioria dos profissionais em uma ação diretiva, o que contribui para a renovação do pensamento sanitário de hábitos saudáveis (seriam indivíduos com comportamentos controlados pelo sistema de saúde, recebendo passivamente prescrições prontas, sem respeitar a individualidade do sujeito e suas condições de escolha, apenas com a preocupação com a prevenção de doenças e não com a

promoção da saúde, sua emancipação e autonomia) pautado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista, que dominou o pensamento sanitário nas últimas décadas.

Segundo Carvalho (2004, p.676. Grifo do autor),

É significativo que a Nova Promoção à Saúde seja freqüentemente descrita como “movimento” para a mudança e que seja pautada, em grande parte, pela linguagem dos novos movimentos sociais usando termos como “auto-ajuda”, “equidade”, “colaboração”, “*empowerment*”, “participação”, “controle comunitário”. Esta linguagem de conceitos como “prevenção de riscos”, “políticas públicas” e hábitos saudáveis” tem vasto apelo e o seu uso tem sido um importante meio pelo qual a Nova Promoção à Saúde tem alcançado um amplo suporte, apesar de se manter fortemente vinculada aos objetivos oficiais. Ela serve, também, para mascarar mudanças de relação de poder que envolva, em particular, a redefinição dos direitos à cidadania.

Como refere o autor, há que se ter cuidado com os conceitos vinculados a essa nova promoção da saúde, que tem como princípio a redefinição dos direitos à cidadania, como: moradia, saneamento, lazer, cultura, educação, emprego e saúde a todos dignamente. Não se pode continuar, mesmo com conceitos diferenciados, com práticas sanitaristas de controle social com discursos diretivos, hierarquizados e fortemente vinculados ao comportamento individual da população. Com modelos centrados na figura médica, e nos tratamentos com medicamentos e exames de alto custo para os serviços de saúde. É preciso tomar cuidado para que os conceitos não mascarem a real lógica colocada em ação. É necessário enfatizar que todas as ações no âmbito da saúde e da educação em saúde, seja de promoção, de prevenção ou de reabilitação, almejam o que é preconizado no SUS e na ESF, devem estar pautadas na prática libertadora, não bancária.

Essa nova promoção à saúde visa a garantir uma autonomia do sujeito enquanto usuário dos serviços de saúde, a sua conscientização através do diálogo, a igualdade de acesso, os seus direitos enquanto ser humano, o respeito de cidadão, a cidadania (ações que lhe permitam participar da vida política nas decisões do governo e de sua própria vida) e qualidade de vida.

Nesta pesquisa, quando questionados da importância de se trabalhar educação em saúde nas escolas, houve unanimidade de que o tema tem relevância e destaque. Mas, em seu entendimento, a dificuldade de prevenção e promoção de saúde está nas famílias, que não ajudam na mudança de comportamento de seus hábitos e que têm poucas consultas nos postos de saúde. Conforme falas abaixo:

É, maior dificuldade para mim é a falta de informação da população e o modo de vida, a cultura das famílias, porque às vezes a gente tem que conversar, sobre

higiene, mas as famílias não têm costume de tomar banho diário. Daí, cortar as unhas. Então se torna difícil. Eu acredito que é muito importante. Eu acredito que os técnicos de saúde poderiam esclarecer mais estas questões. (Educadora - Pedagoga A).

Dificuldade sempre tem, mas é uma coisa que tem que trabalhar sempre. Todo dia, todo dia, todo dia falar de higiene, falar de lavar as mãos, da importância da atividade física. Dificuldade a gente sempre tem, mas tem que fazer sempre o que está ao nosso alcance, um pouquinho que a gente faz já melhora.

Lógico que na escola isso é importante, mas, assim, já vem lá de casa, como eu falei antes. Eles já têm que vir com uma orientação de casa e aqui a gente continua e tem que bater todos os dias. Assim eu acho que é uma parceria, ser uma parceria, lá de casa, aqui na escola e também a sociedade. Ha essa parte de falta de saneamento básico. Tudo também aí vem lá do governo e tudo tem que ser uma parceria, governo, sociedade, família, escola, acho que todo mundo tem um pouquinho para contribuir. (Educadora - Educação Física B).

A maior dificuldade porque assim, a criança é a pontinha lá de baixo tá, então, quando ela chega pra nós, ela já está com um uma consciência formada do que é tudo isso. Aí tu tens que trabalhá-la para atingir os pais ou os responsáveis, porque aqui tu cuidas, tu mandas pro postinho, tu falas, mas chega até a família, que é onde a criança passa a maior parte do tempo dela. Então a mãe e o pai não têm a mesma consciência de saúde que talvez o professor tenha. Então, para mim, a maior dificuldade ainda é atingir a quem precisa, porque a criança, ela não tem essa autonomia de ir pro posto, essa autonomia de se machucou tem que lavar aquele ferimento, que tem que estar cuidando. A gente tem que dar orientação. Mas chega na família, isso tudo se perde, e essa pra mim é a maior dificuldade. (Educadora - Pedagoga C).

É complicado porque, quando a criança vem pra escola, ela já vem pra escola, ela já vem com esse conceito, familiar, já vem com uma cultura pré- determinada. Na escola tu até repassas essa questão, esses valores, tu ensinas pra criança. Tu medeias a criança entre o certo e o errado, o que é a saúde, o que que é o ser sadio ou o que não é, mas o que mais dificulta só é tu trabalhares com a família. (Educadora - Pedagoga E).

Sim, há bastante dificuldade, pois tem alguns pais ainda que não colaboram com a escola. A gente chama, manda bilhetinho dizendo que a criança precisa ir no dentista, que é só vir aqui que a gente vai encaminhar e os pais não vêm. Tem psicólogos aqui, a gente sabe que têm crianças que precisam, os pais também não comparecem. Então, fica difícil e acaba prejudicando as crianças. (Educadora - Pedagoga F).

Aqui não queremos culpar ou julgar os educadores, mas em nenhum momento eles relatam a falta de estrutura social, a diferença social, os diferentes acessos e oportunidades das pessoas, a responsabilidade das políticas públicas, a estrutura da escola, como já mencionada, a pouca frequência ou participação dos educadores na sua formação continuada (a qual também merece ser questionada para se verificar se está mais próxima de ser “bancária” ou “libertadora”) e também, como mencionada, a corresponsabilidade do indivíduo. Mas não é só a mudança de comportamento individual que irá transformar o contexto social. Isso requer uma série de ação nas políticas públicas de educação e saúde, que possam garantir uma qualidade de vida digna à população.

Para Tesser et all, (2010, p. 45):

As necessidades de saúde da sociedade contemporânea nunca foram atendidas pelo modelo biomédico, cujas ações, predominantemente de natureza técnica, configuram um modelo de atenção à saúde medicocêntrica de limitada efetividade quando se trata das coletividades. A Promoção da Saúde aparece como política propulsora de um novo modelo de saúde no final do século XX, momento em que a saúde dos indivíduos e das populações passa a ser estudada a partir da influência de determinantes sociais, ou seja, acentua-se a análise do processo saúde/doença como resultado de múltiplas determinações. Ao contrário do modelo biomédico, os indivíduos passam a ser considerados sujeitos, a qualidade de vida é incorporada ao discurso e, para alcançá-la, algumas questões são essenciais, tais como as condições de moradia, trabalho, lazer, alimentação, etc.

Essa promoção da saúde a que os autores se referem é mais ampla do que apenas a visão de prevenção de doenças, que a maioria dos profissionais e população possui. Essa promoção da saúde contempla ações mais coletivas, que incluem os contextos sociais e econômico, como também, políticas públicas, saneamento, lazer, cultura, entre outros. Isso contraria o entendimento de que saúde é uma questão individual, em relação a qual se tem ações de informação, panfletagens de educação individual na perspectiva de mudança de hábitos, culpabilizando o indivíduo, realizadas com o intuito apenas de diminuição dos agravos e controle epidemiológico. Logo, para que se concretize a promoção da saúde, seria necessário um engajamento coletivo nas ações de saúde por todos os envolvidos (dos profissionais de saúde, das políticas públicas dos vários setores: habitação, obras, educação, cultura, entre outros). Assim, poderíamos efetivar a promoção da saúde com base na corresponsabilidade da população e dos profissionais da saúde. E para que se tenha uma corresponsabilidade da população se faz necessário possibilitar as condições para que os indivíduos se transformem em sujeitos autônomos e não indivíduos dependentes dos profissionais de saúde, dos espaços de saúde e dos exames.

Para que os profissionais da saúde e da educação entendam o que é essa nova promoção de saúde necessitamos diferenciar prevenção de promoção: “O termo prevenir tem significado de preparar; cegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize.” (FERREIRA, 1986).

Para Czeresnia (2008, p.45):

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo suas incidências e prevalências nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle de transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou agravos específicos. Os projetos de prevenção e educação em saúde

estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendação normativas de mudança de hábitos.

Por outro lado, “Promover tem significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar” (FERREIRA, 1986). Para Leavell & Clarck, 2008 (apud CZERESNIA, 2008, p.45), “Promoção da saúde defini-se, tradicionalmente, de maneira mais ampla que a prevenção, pois refere-se a medidas que ‘não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar o bem-estar geral’.”

As estratégias de promoção da saúde devem contemplar e enfatizar a transformação social (as condições de vida, moradia, trabalho dos indivíduos enquanto sujeitos e não como objetos) que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial e interdisciplinar.

Com esse intuito, acreditamos que será necessário ampliar os horizontes de ação da educação em saúde com objetivo de promoção da saúde através dos princípios da educação problematizadora nas unidades de saúde das equipes de ESF que ocorrem em pontos isolados, na formação dos profissionais, mas também se iniciarem ações de promoção da saúde nas escolas por profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, mas nada impede que outros profissionais também realizem esta função, pois este é um ambiente privilegiado de ensino. Esse profissional trabalharia com os educadores, educandos e comunidade com o novo ideal de promoção da saúde, aliado ao sentido da educação problematizadora, de possibilitar a transformação da consciência ingênua em consciência crítica desses sujeitos, nos temas vinculados à saúde. É claro que se abre a discussão de qual nível de consciência está presente nos próprios profissionais. Como também, é necessário discutir de que forma os temas transversais estão sendo trabalhados nas escolas.

Segundo Carvalho (2008, p.2037):

No contexto brasileiro, onde as carências e a exclusão social são elementos que delimitam o potencial de qualidade de vida e saúde ao alcance da maioria, promover saúde deve ser sinônimo de transformação social na direção da justiça e inclusão. Julgamos, portanto, que a estratégia/conceito de empoderamento social, que tem fortes raízes nos trabalhos de Paulo Freire, pode contribuir para a sempre necessária (re)politização dos debates e das práticas em saúde.

Assim sendo, podemos, através deste ideário de promoção da saúde, buscar a conscientização dos indivíduos, na perspectiva freireana, de se verem como sujeitos no que diz respeito à sua saúde, entendida de modo amplo, como bem estar biopsíquicosocial

(moradia, saneamento, lazer, trabalho, espiritualidade, sociabilidade, dentre outros) na construção de sua autonomia como indivíduo em suas escolhas no mundo.

Quando os educadores foram questionados sobre a construção do planejamento anual, perguntei se a educação em saúde está presente no contexto educacional ou são apenas questões pontuais no decorrer do ano. Percebi que eles realizam planejamentos individuais e que nem todos o fazem os PCNs. Eles determinam os temas com relevância de seu conhecimento para se trabalhar com aquele público carente da escola. Em nenhum momento foi relatado que o planejamento seria discutido com a comunidade, com as instituições de saúde ou mesmo com o grupo de educadores daquela instituição. O que observamos é que cada um estava preocupado em cumprir com o seu papel individual em sala de aula, o que não acontece diferente com os profissionais de saúde.

Sim, sim, no nosso planejamento anual. Temos um planejamento, mas a gente não fica esperando que aconteça naquele momento, a hora que surge a dúvida a gente aborda e a escola sempre trabalha com a saúde, a questão do lixo, do saneamento, higiene pessoal. É só isso. (Educadora - Pedagoga A).

É, no caso na minha disciplina, né, é fundamental a gente trabalhar na prevenção mesmo a importância da atividade física para promover saúde. (Educadora - Educação Física B).

Eu acho que faz parte, quando tu planejas, qualquer determinado assunto pro teu aluno, tu planejas de maneira a fazer com que o teu aluno compreenda e, quando tu falas em saúde, a saúde plena, a saúde psíquica, a saúde motora, a saúde tu entendes o indivíduo com patologia, tudo está envolvendo o bem estar da criança, fazendo com que a criança se desenvolva. Isso tem que fazer parte do seu planejamento. Tudo é saúde. (Educadora - Pedagoga E).

Faz parte do currículo escolar. A gente trabalha a questão do lixo, a questão da higiene, a questão da alimentação. A gente conversa com eles a respeito de outras doenças, assim, mais comuns. A gente conversa com eles, faz parte do currículo. Eu acredito que as escolas sempre trabalham esse assunto. (Educadora – Pedagoga K).

Deveria fazer parte. Não sei se todas as escolas fazem, mas deveriam fazer parte em todas as disciplinas. Aqui eu não utilizo, mas na minha disciplina, dependendo a escola, sim, é usada. (Educador – Educação Física – J).

Ao questionar quem era responsável pela promoção de saúde, responderam que todos são responsáveis pela promoção de saúde, mas o que se pode concluir, e nos incluímos nesta situação, é que não paramos para refletir sobre nossas ações, não nos planejamos, não questionamos o que nos é imposto, apenas repetimos e massificamos, tornando nossos educandos dependentes, na escola ou nas unidades de saúde. Somos “engolidos” pelo que fazer e a apresentação de resultados (quantos alunos passaram de ano, quantos diabéticos atendidos, entre outros) e não realmente se os educandos conseguiram dar um salto em sua

consciência, se os diabéticos estão tendo consciência crítica sobre as suas limitações. Costuma-se usar como defesa e desculpa de nossas ações não serem bem sucedidas a culpa do outro, e não por um problema no processo onde nos incluiríamos. Uma das formas mais fáceis de ocorrer com que algo se perca, é atribuir a responsabilidade deste algo “a todos”, pois este algo acaba “não sendo de ninguém”. Melhor que algumas coisas sejam de responsabilidade de todos, mas, então, é necessário um planejamento que possa situar a ação de cada um. Conforme as falas abaixo, necessita-se refletir as práticas, assumir responsabilidades e cobrar as responsabilidades das políticas públicas e oportunizar, cobrar o envolvimento e participação social consciente. Representa-se, com as falas dos educadores, quem seria responsável pela promoção da saúde:

O governo federal, estadual, municipal, a escola, a igreja, os pais, as comunidades de bairro, todos, cada um de nós, cada pessoa ela é responsável pela promoção da saúde. Em primeiro lugar, a promoção da saúde do meu corpo, porque eu digo isso pro meu aluno, do meu corpo, do meu quarto, da minha casa. É a coisa que mais eu falo. (Educadora – Ciências Biológicas D).

Nós mesmos, professores, trabalhar mais junto com os pais e com a Unidade de Saúde que está sempre aqui explicando. A gente tem algum problema, a gente chama, eles vêm. Então a nossa parceria tá bem legal, só falta mesmo os pais colaborarem mais, participar mais junto conosco. (Educadora – Pedagogia F).

É, é no caso na minha disciplina, é fundamental a gente trabalhar na prevenção mesmo e na importância da atividade física para promover saúde. (Educadora – Educação Física – B).

Eu acho que é um sonho do setor educacional poder contar com profissionais da saúde atuando de maneira próxima nas escolas. A gente sabe que isso é muito difícil em funções das atuações mais específicas [...] mas [se] o setor educacional pudesse contar com profissionais, fazendo um serviço multidisciplinar nas escolas com a saúde [...] tratado na escola no âmbito da informação e da orientação comportamental e fosse como profissionais com informações atualizadas, portanto, informações de qualidade e formados [...] eu acredito que nós teríamos que, por consequência, uma sociedade mais saudável adiante, acredito, e seria uma ótima proposta. Tem que ver as condições das estruturas dos municípios, se conseguiriam fazer, dar conta dessa estrutura, desses investimentos, mas seria muito importante que grande, um proveito futuro poderíamos dizer, e até investe na educação hoje e economiza na saúde amanhã. (Secretário de Educação).

A promoção da saúde deve ser trabalhada nas escolas, pelos enfermeiros e pela equipe multiprofissional visando, principalmente, à mudança de atitude [...], nós temos que pensar que sentar corretamente é uma ação de promoção da saúde, orientar sobre alimentação é uma ação de promoção da saúde, dormir 8h por dia é uma ação de promoção da saúde. Então, quem tem conhecimento pra trabalhar estes temas na escola? O enfermeiro e profissionais da saúde, o enfermeiro mais especificamente porque ele é preparado na escola pra fazer essas ações e também a capacitação dos profissionais, dos educadores [...], dos profissionais professores pra que eles também trabalhem conjunto com a equipe de saúde na promoção de saúde. (Secretária de Saúde).

A maioria dos educadores se responsabilizou pela promoção de saúde, assumindo todo o compromisso. Apenas os secretários tiveram a visão da responsabilidade integral de mudanças estruturais nas políticas públicas em saúde e educação. Tem-se como afirmar que o que entendem sobre promoção não confirma o que está nas políticas públicas. Sendo assim, há um entendimento ingênuo da questão. Portanto, esses educadores não são instrumentos de mudanças estruturais, como defende Carvalho, situando-se no contexto das transformações individuais.

Em ambas as escolas a integração entre os serviços de saúde e educação são apenas questões pontuais em períodos de campanhas de vacinação, palestras, coincidindo com o que relatam os gestores públicos e educadores, cada um com suas justificativas. Segundo relatos dos seis educadores da escola do bairro Coloninha, a Estratégia de Saúde da Família está presente nas escolas para realizar algumas palestras sobre educação sexual, prevenção de drogas, campanhas de vacinas e também quando são solicitados para agendamentos de consultas. Já na escola do bairro Cidade Alta, a maioria relata não saber da existência da Estratégia da Saúde da Família no bairro e que no ano de 2011 não ocorreu nenhuma atividade em conjunto.

Em relação ao Programa Saúde na Escola, como vimos, nenhuma instituição do município foi contemplada no ano de 2011, segundo relato do Secretário de Educação e de Saúde já citados.

Mas como vem mostrando este estudo, necessita-se refletir as práticas, planejar em conjunto as ações para que se possa, talvez, transformar esta sociedade individualista, capitalista, em uma sociedade um pouco mais igualitária a todos os sujeitos. Se não é possível mudar “o capitalismo”, o que se pode mudar na concretude das ações na promoção da saúde na escola?

Quem sabe, através da educação libertadora, proporcionar que a educação em saúde, que acontece em diversos espaços, também na escola, elenque em suas discussões não apenas temas de saúde com o foco em mudanças comportamentais, e sim discussões e reflexões dos determinantes da saúde e sobre a complexidade do próprio conceito de saúde; sobre as políticas públicas de saúde e de educação (que também devem ser ensinadas nas escolas), o que aponta a necessidade de planejamentos nas suas ações e atividades, com integração efetiva entre ambas.

As políticas públicas descrevem em seus artigos e incisos a responsabilidade dos governos e a participação social, mas os indivíduos têm pouca compreensão crítica para

questionar e fazer valer os seus direitos, tornando-se dependentes do sistema. Pensa-se que para atingirmos uma autonomia do sujeito e uma consciência crítica da população necessita-se transformação nas práticas dos profissionais, das instituições, da sociedade e dos governos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a promoção de saúde no âmbito educacional, com o objetivo e compreender de que forma a educação em saúde está presente nas escolas de Ensino Fundamental, com foco na promoção de saúde.

Teve como base teórica à prática dialógica de Paulo Freire, que problematiza o processo de formação educacional no que se refere à realidade dos sujeitos pensantes na sociedade em que estão inseridos. Conforme Freire, também se almeja uma educação libertadora entre educador e educando como uma das ações para transformar a sociedade, no sentido de ela ser mais justa e digna para seus cidadãos, e que estes possam viver plenamente seus direitos. Sabe-se que as leis e diretrizes que regem a educação – a LDB, os PCNs - bem como as leis da saúde, preconizam tanto uma educação como uma saúde em seu sentido amplo, enfatizando a necessidade da intersetorialidade ao nível das políticas, assim como a importância da formação de sujeitos autônomos e participativos, direcionando para uma sociedade democrática. Há a preponderância, nessas políticas, da busca pela mudança na estrutura social, com a participação social e autonomia dos sujeitos.

Para Nelly Candeias (1997), os profissionais da saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, os políticos e as autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições sociais (determinantes de saúde). O que se constatou nesta pesquisa é que a maioria dos educadores possui uma concepção de promoção de saúde fragmentada, direcionada à mudança de comportamento, a consultas médicas e, quando muito, a prevenção de doenças, – tal qual o modelo sanitarista, que diverge com a concepção das próprias políticas públicas.

No decorrer deste estudo, percebi as dificuldades, e talvez até alguma resistência dos sujeitos da pesquisa, por medo de exposição, de serem avaliados ou não saberem responder, pois apresentavam incertezas. Em geral, os sujeitos de pesquisa apresentaram consciência ingênua dos assuntos tratados. Os temas trabalhados em sala de aula são mais direcionados à mudança de comportamento (higiene pessoal, lavagem de mãos, entre outros). Suas concepções de saúde e promoção de saúde não abarcam a complexidade preconizada, e não existe Programa de Saúde na Escola no município, como também não há integração entre políticas de educação e de saúde.

Assim, que o referencial educativo de Paulo Freire pode ser uma das bases para a construção de mudanças na prática educativa em saúde para a promoção da saúde. Este

referencial educativo é baseado na educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, e implica um constante ato de desenvolvimento da reflexão da realidade e comprometimento de todos que fazem parte do processo (educadores, educandos, pais, comunidade, direção, governos federais, estaduais, municipais, ONGs, associações, profissionais) para a transformação dessa realidade, ainda com predominância do modelo de saúde hospitalocêntrico, para uma perspectiva de empoderamento e autonomia do sujeito, proporcionando uma promoção de saúde como referencia Carvalho.

Os gestores da saúde e da educação acreditam na necessidade da integração dessas políticas, mas não visualizam ou descrevem como isso possa acontecer na prática. Acabam se envolvendo nas obrigações cotidianas, sentindo dificuldade de planejamento para integração. Pude notar que há um grande distanciamento entre essas duas políticas, e um dos motivos pode ser cultural. Nossas ações parecem estar sempre “correndo atrás do prejuízo”. Afirmamos isso devido à justificativa dos secretários, pois se referem a muitas atribuições no dia-a-dia, e acabam não conseguindo planejar. No entanto, quando há uma campanha de vacinação, por exemplo, ou campanhas de saúde bucal, nas quais se necessita atingir metas, números, realizam se ações em conjunto. Isso aponta para as prioridades em uma sociedade capitalista, que muda rapidamente no sentido de alcançar maior produtividade. Também a saúde e a educação têm que apresentar “produtos” quantitativos dentro das metas estabelecidas para situar o país dentro dos indicadores de uma grande economia. Assim, a necessidade de se apresentar os produtos, tira, muitas vezes, a possibilidade de uma reflexão sobre a prática, pois o tempo é absolutamente necessário para uma conscientização, seja dos profissionais, seja da população com a qual se trabalha. E isso se verifica não apenas em relação aos gestores públicos, mas também aos profissionais da educação estudados, e também, sabe-se, aos profissionais da saúde.

Os dois bairros em que se localizam as escolas estudadas possuem ESF, mas, quando questionados os educadores sobre a participação em ações de educação em saúde no que tange à promoção de saúde da ESF nas escolas, na segunda não houve ação nenhuma neste ano e quando há, são ações de campanhas de vacinação. Na escola da Colônia ocorreram algumas palestras, campanha de vacinação e também agendamento de consultas das crianças com profissionais de saúde. Isso evidencia a não integração entre a ESF e as escolas.

Assim, respondendo à questão da nossa pesquisa: **De que forma a educação em saúde está presente no Ensino Fundamental sob a ótica da promoção de saúde?** Posso

dizer que não está presente. Um dos fatores é que os educadores têm uma visão da promoção da saúde como se fosse prevenção de doenças. As políticas públicas de saúde e educação não colaboram para a mudança desta visão, uma vez que criam programas que não são consolidados por uma série de motivos: falta de estrutura, financiamento, capacitação, entre outros. A intersetorialidade é fundamentada para que ocorra o planejamento, pois as ações no momento são fragmentadas, pontuais. Para que ocorra a intersetorialidade, seria necessária a execução da legislação na prática em todas as esferas governamentais, conscientização dos gestores, profissionais e população.

Os profissionais da educação e da saúde supõem que é difícil ensinar, educar, porque a família reverte o processo. O processo de educação e educação em saúde não expõe os educandos à problematização sobre a organização social, direitos e deveres, saúde como bem particular a ser alcançado por ações coletivas. Os profissionais da saúde e educação não estão empoderados e se restringem a “ensinar” (passar informações), esquecendo que, para isto, precisam “aprender”. E, também necessitam proporcionar ambientes favoráveis para colocar em prática a vivência, contextualizar a teoria (a teoria na prática, dar sentido ao sujeito).

Como sugestão, penso que é necessária uma educação continuada para os educadores e os profissionais da saúde, mas pautada na educação problematizadora e não na bancária, e com a concepção da nova promoção de saúde, para que os profissionais possam concretizar a função da escola – e das unidades de saúde - enquanto formadora de cidadãos autônomos e críticos.

Outro ponto relevante seria a reflexão dos educadores, dos profissionais da saúde e dos gestores públicos sobre a importância em se realizar um trabalho integrado no interior da escola, como também junto ao ESF e no tocante às políticas públicas. Isso envolve mudança de conceitos em suas práticas e concepções, necessária para a realização da integração entre as equipes, comunidade e instituições (escolas, associações, entre outros). Faz-se necessário quebrar paradigmas individualistas e criar ações intersetoriais para se alcançar o objetivo comum: a formação do sujeito crítico reflexivo, autônomo e consciente de suas escolhas. Isso implica na necessidade de o ser humano deixar de ser objeto para ser sujeito.

Também é necessária a contratação de profissionais da saúde pela Secretaria de Saúde para ampliar a atuação na educação, em especial o enfermeiro, pois como este profissional na ESF executa ações de gerenciamento e assistência, muitas vezes não possui

tempo para refletir sobre essas questões. No momento, pode ser visto como uma utopia, mas para Paulo Freire e para mim, utopia é o inédito viável.

Como proposta para continuidade da pesquisa nesta área, necessita-se questionar o empoderamento entre profissionais da saúde e da educação, aprimorar a compreensão dos motivos da falta de aproximação entre as políticas públicas de saúde e de educação (entre outras), e o suporte que estes sujeitos (profissionais e gestores) têm para refletir criticamente seu trabalho cotidiano.

Desta forma, se poderá continuar produzindo conhecimento que possa reverter na mudança das práticas de educação em saúde, da promoção da saúde, para a construção de uma sociedade eminentemente democrática.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, ILK. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundoda intimidade familiar:** a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar [Tese - Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- BESSEN, Candice B. et al. **A estratégia da família como objetivo da educação em saúde.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.16, n.16, 20 pags, jan.abr. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **A política Nacional de Comunicação e Informação na Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003, 67p.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Estratégia da Saúde da Família.** Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em 07/06/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação do SUS.** Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em 16/08/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 35 p.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil.de 05 de Outubro de 1988.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.
- BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.
- BRASIL. Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. TANCREDI, Francisco Bernardini, BARRIOS, Susana Rosa Lopez e FERREIRA, José Henrique Germann. **Cadernos Saúde e Cidadania - Planejamento em Saúde.** Disponível em: < www.saude.gov.br >, seção Biblioteca Virtual do MS. Acesso em 09/06/2010.
- BRASIL. Portaria 1.861, de 4 de setembro de 2008, que define critérios do programa e traz o Termo de Adesão dos municípios.
- BRYAN, Newton Antonio Paciulli et al. Políticas Públicas: Para quem e para que projeto político pedagógico-social?. In: **Políticas Públicas de educação-saúde** – Reflexão, Diálogos e Práticas (Org). São Paulo: Alínea, 2009. P.19-27.
- BULHÕES, Ivone. **Avaliação de saúde em enfermagem do trabalho.** Rio de Janeiro: Ideas, 1980.
- BUSS, Paulo M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177. 2000. Disponível em: <www.redalyc.com/src/inicio/ArtPdfRed.jsp> Acesso em: 31/03/2010

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMURRA, Luciana; Batistela, Cláudia Cristina. **A Entrevista como Técnica de Pesquisa Qualitativa.** Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos>> Acesso em: 31/03/2010.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.2, p. 209-213.1997. Disponível em: < www.fsp.usp.br/rsp> Acesso em: 04/01/2012.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 669-678. 2004.

_____. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

_____. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.2029-2040, 2008.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. FILHO, Naomar de Almeida. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisando Canguilhem. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 13-36. 1999.

CZERESNIA, Dina. **Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção.** In: CZERESNIA, Dina. FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008.p.39-54.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, p.51 – 66.

DA ROS, Marco Aurélio et al. A estratégia saúde da família como objetivo de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.1, 20 pags, jan.abr.2007.

DA ROS, Marco Aurélio et al. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32 n. 4. p.492-499, 2008. Disponível em: <www.educacaomedica.org.br> Acesso em 11/12/2010.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GOMES; PINHEIRO e GUIZARDI. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um Debate sobre a Fragmentação das Equipes. In: PINHEIRO & MATTOS (org). **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ ABRASCO, 2005.

LAKATOS, Eva Maria e Marconi, Marina Andrade. **Metodologia científica**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LEMLE, Miriam. **Guia Teórico do Alfabetizador**. Ática: São Paulo, 2000.

MENDES, Eugenio V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec/Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de S., 1993. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

_____ (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____ (Org.). **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOREIRA, Janine et al. **Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) : facilitadores e obstáculos para uma educação emancipatória**. In: FÓRUM DE LEITURAS PAULO FREIRE, 11, 2009. Porto Alegre. Anais... (CD) Porto Alegre: UFRG, 2009. (09 páginas).

MOREIRA, Janine. **O papel educativo de agentes comunitárias de saúde na Estratégia Saúde da Família: o desafio da educação libertadora**. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 33, 2010. Caxambu/MG. Anais... (CD). Caxambu/MG: ANPED, 2010. (16 páginas).

Disponível em:

<<http://www.anped.org.br/33encontro/app/webroot/files/file/Trabalhos%20em%20PDF/GT06-6245--Int.pdf>.> Acesso em 01/09/11.

RAUEN, Fábio J. **Elementos de iniciação à pesquisa**. Rio de Janeiro: Nova Era, 1999.

SILVA, Everaldo e Paulini, Iramar Ricardo. **Sociologia Geral e da Educação**. 2. Reimpressão. Indaial: Asselvi, 2007.

SMEKE, Elisabeth de Leone M. OLIVEIRA, Nayara Lúcia S. de. **Educação em Saúde e concepções de sujeito**. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. P.115-136.

TRENTINE, Mercedes & PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: Uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TESSER, Charles D. Et all. Concepções de Promoção da Saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da Grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina** – Florianópolis, Santa Catarina. Vol. 3.no.1(2010). Acesso em: 12-08-2011 às 10:00h. Disponível em: <www.saude.gov.br/portal/saude> Saúde na Escola. Acesso em: 14/10/2010.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 2, p.7-14. 1999. 14 páginas. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1283.pdf>> Acesso em 06/10/ 2010.

VERDI, M, CAPONI S. Reflexoes sobre a promoção da Saúde numa Perspectiva Bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.14,2005.7 páginas. Disponível <www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1.pdf> . Acesso em 06/10/2010.

LACERDA, Josimari T. **O processo Saúde- Doença – aspectos conceituais, anexo 2**. In: Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância – Saúde e Sociedade. Santa Catarina: Unisul Virtual, 2004 P.137-139.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

Resolução N° 196/96 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

SMEKE, Elisabeth de Leone M. OLIVEIRA, Nayara Lúcia S. de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

OLIVEIRA, Joseane A. Mouzinho de. OLIVEIRA, Maria Cecília Martins de. **Educação em Saúde: do campanhismo ao saúde da família**. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCACAO, 2010. Goiás/GO. Comunicação Individual. Eixo Tematico 5, 2010. (7 páginas) Disponível em: <<http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuais-e-co-autorais-eixo05.htm>> Acesso em 25/10/2010.

VASCONCELOS, Eymard Mouão. **Redefinindo as Práticas de Saúde a partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde**. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. P.11-19.

REFERENCIAS COMPLEMENTARES

FREIRE. **Extensão ou comunicação?** 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Educação com Prática da Liberdade.** 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

_____. **Conscientização: Teria e Prática da Liberdade.** 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

TRENTINE, Mercedes & PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial.** Florianópolis: UFSC, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista com Educadores

- 1- Tempo de Formação
- 2- Para você qual a função da escola?
- 3- Qual relação de saúde e educação no seu ponto de vista?
- 4- Qual sua concepção sobre saúde? Exemplifique.
- 5- O que você entende sobre doença?
- 6- Qual(is) os temas trabalhados sobre educação em saúde na suas aulas?
- 7- O que é promoção de saúde para você?
- 8- Qual e se há dificuldade de se trabalhar a promoção de saúde no dia-a-dia?
- 9- Você pensa ser importante ser trabalhado educação em saúde nas escolas? E quem deveria trabalhar estes assuntos? Cite.
- 10- No seu ponto de vista quem é responsável pela promoção da saúde?
- 11- Faz parte do planejamento de aula a educação em saúde ou são apenas questões pontuais?

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista com Secretário da Educação e da Saúde

- 1- Qual sua Formação e tempo de atuação na área?
- 2- Para você, qual a função da escola?
- 3- Qual relação de saúde e educação no seu ponto de vista? Exemplifique.
- 4- Qual sua concepção de saúde? Exemplifique.
- 5- O que você entende por doença?
- 6- Você tem conhecimento dos temas que são trabalhados sobre saúde nas escolas?
- 7- O que é promoção de saúde para você?
- 8- Você pensa ser importante ser trabalhado educação em saúde nas escolas? E quem deveria trabalhar estes assuntos? Cite.
- 9- No seu ponto de vista, quem é responsável pela promoção da saúde?
- 10- No seu ponto de vista, quais as contribuições deste tema ser trabalhado nas escolas por profissionais da saúde em especial por enfermeiros?
- 11- No seu ponto de vista, é realizado integração nos trabalhos da saúde e educação? Se sim ou não exemplifique.
- 12- Você pensa ser importante e viável a integração da saúde e educação? Se sim ou não justifique.

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário – C.P. 3167 – CEP: 88806-000

Fone: (48) 3431-2500 – Fax: (48) 3431-2750

Email: www.unesc.rct-sc.br

Projeto: “Educação em Saúde no ensino fundamental: uma reflexão acerca da promoção da saúde”, cujo objetivo geral é: Compreender de que forma a educação em saúde está presente no ensino fundamental, especificamente no que se refere à promoção da saúde.

Mestranda Pesquisadora: Ana Paula Macan Damiani - (48) 99239131

Orientadora: Dr^a Janine Moreira – (48) 3431-2584

Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC: (48) 3431-2723

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este documento, eu _____ abaixo assinado, declaro estar ciente da pesquisa de trabalho de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação que será desenvolvida nas escolas do Município de Araranguá com o qual concordo em participar integralmente.

Outrossim, manifesto meu conhecimento sobre meus direitos assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em relação ao anonimato e sigilo referente às informações fornecidas e sobre meus direitos de desistir a qualquer tempo de participar durante o processo de investigação.

() Autorizo a utilização de gravador para registro da entrevista

Araranguá, ____ de _____ de 2011.

Nome:

Assinatura:

ANEXO

ANEXO I**Quadro 2 – Promoção da saúde: uma breve cronologia**

1974 – Informe Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos Canadenses- A New Perspective on the Health of Canadians

1976 – Prevenção e Saúde : Interesse para todos, DHSS (Grã- Bretanha)

1997 – Saúde para todos no ano 2000 – 30ª Assembléia Mundial de Saúde

1978 - Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata

1979 - População Saudável- Healthy People: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention. US-DHEW (EUA)

1980 – Relatório Negro sobre as desigualdades em saúde-Black report on inequities in health, DHSS – (Grã-Bretanha)

1984 – Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá

1985 – Escritorio Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 metas para a saúde na região europeia

1986 – Alcançando Saúde para Todos: um marco de referência para promoção de saúde- Achieving Health for All: a framework for health promotion – Informe do Ministério da Saúde do Canadá, Min. Jack Epp.

1986 – Carta de Ottawa sobre promoção de saúde – I Conferencia Internacional sobre Promoção de Saúde – Canadá

1986 – Promoção de Saúde: Estratégias para Ação – 77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública

1987 – Lançamento pelo OMS do Projeto Cidades Saudáveis

1988 – Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (Austrália)

1988 – De Alma-Ata ao ano 2000: reflexões no meio do caminho – Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga(URSS)

1989 – Uma Chamada para a Ação- A Call for Action – Documento da OMS sobre a promoção da saúde em países em desenvolvimento

1990 – Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova Iorque)

1991 – Declaração de Sundsva sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)

- 1992 – Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)**
- 1992 – Declaração de Santafé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia)**
- 1993 – Carta do Caribe para a promoção da saúde – I Conferência de Promoção de Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago)**
- 1993 - Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)**
- 1994 - Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo)**
- 1995 - Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim)**
- 1995 - Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)**
- 1996 - Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul)**
- 1996 – Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma)**
- 1997 – Declaração de Jakarta sobre promoção de saúde no século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (Jakarta)**
- 2000- V Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (México)**

Fonte: BUSS, 2008, p.20-21.

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 353/2010

Pesquisador:

Janine Moreira

Ana Paula Damiani

Título: "EDUCAÇÃO E SAÚDE NO ENSINO FUNDAMENTAL: UMA REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 24 de fevereiro de 2011.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP