

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
**ENSP**

***A saúde na escola e a Promoção da Saúde: conhecendo a dinâmica  
intersectorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu – RJ***

*por*

***Fabio Fortunato Brasil de Carvalho***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em  
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Cele de Andrade Bodstein  
Segundo orientador: Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes*

*Rio de Janeiro, abril de 2012*

*Esta dissertação, intitulada*

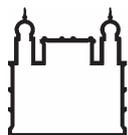
*A saúde na escola e a Promoção da Saúde: conhecendo a dinâmica  
intersetorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu – RJ*

*apresentada por*

*Fabio Fortunato Brasil de Carvalho*

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

*Prof. Dr. Alexandre Palma de Oliveira  
Prof. Dr. Maria de Fátima Lobato Tavares  
Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes – Segundo orientador*



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 18 de abril de 2012.

---

*Fabio Fortunato Brasil de Carvalho*

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210  
Tel.: (0-XX-21) 2598-2730 ou 08000-230085  
E-mail: [secasp@ensp.fiocruz.br](mailto:secasp@ensp.fiocruz.br) Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

## **RESUMO**

A pesquisa consiste na investigação da dinâmica intersetorial existente nas ações de saúde do Programa Saúde na Escola nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu. Esta investigação é feita através da perspectiva da Promoção da Saúde, entendida como uma ferramenta de transformação das condições de vida e de saúde de sujeitos e coletividades mediante a visão integrada dos complexos problemas sociais da atualidade e através de múltiplas estratégias, a partir de eixos analíticos estruturados por intermédio da pesquisa bibliográfica e dos achados do campo de pesquisa: o conceito ampliado de saúde; os alcances e limites deste conceito ampliado; as concepções pedagógicas e sua relação com as ações de saúde; a setorialização do processo de trabalho e a necessidade de ações intersetoriais. A partir daí investigou-se como ocorre o planejamento e operacionalização das ações de saúde, os aspectos pedagógicos nestas ações e ainda quem são atores envolvidos nelas para a constituição de um mosaico que retrata a realidade pesquisada. As várias peças retratadas permitem a compreensão da realidade pesquisada sem perder de vista tanto as suas generalidades quanto as suas particularidades. A pesquisa concluiu que a dinâmica intersetorial entre Saúde e Educação, representada pela articulação de saberes e experiências com o objetivo de dar soluções sinérgicas a problemas complexos oportunizando transformações nas condições de vida de sujeitos e coletivos abre muitas possibilidades para a consolidação da Promoção da Saúde na escola.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, dinâmica intersetorial, Saúde, Educação.

## **ABSTRACT**

The research is to investigate the dynamics existing in intersectoral health actions of the School Health Program in the cities of Duque de Caxias and Nova Iguaçu. This investigation is done through the perspective of Health Promotion, understood as a tool for transformation of living conditions and health of individuals and communities through the integrated view of complex social problems of today and through multiple strategies through structured analytical axes through literature and the findings of the research field: the broader concept of health, the scope and limits of this broad concept, pedagogical concepts and their relation to health actions; sectoralization work process and the need for intersectoral actions. From there it was investigated as is the planning and operating of health actions, the pedagogical aspects of these actions and even actors who are involved in them to form a mosaic that portrays the reality studied. Various parts portrayed allow understanding of the researched reality without losing sight of both their general and their particularities. The research concluded that the intersectoral dynamics of health and education, represented by the articulation of knowledge and experiences in order to provide synergistic solutions to complex problems providing opportunities for changes in living conditions of individuals and collectives opens up many possibilities for the consolidation of the Health Promotion in school.

Keywords: Health Promotion, intersectoral dynamic, Health, Education

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar à minha mãe, é por ela que acordo todos os dias para lutar e resistir.

Aos meus orientadores, Professora Regina Bodstein e Willer Marcondes, por me auxiliarem nos caminhos e renúncias que a pós-graduação exige.

Aos meus colegas de turma: Lara, Luisa, Francisco e os demais, foi muito bom passar esses momentos com vocês.

Aos professores da ENSP que participaram direta e indiretamente deste percurso, em especial o Prof. Carlos Otávio, Fafá e Rosa.

Aos meus colegas professores que compartilham a luta cotidiana por uma educação pública de qualidade.

Aos responsáveis nas Secretarias e escolas que me receberam tão bem e tornaram esta pesquisa possível.

À Nana, que a seu modo esteve ao meu lado neste grande desafio.

## **LISTA DE SIGLAS**

Agentes comunitários de saúde (ACS)  
Conselho Escolar (CE)  
Coordenador de aprendizagem (CA)  
Coordenador do projeto político-pedagógico (CPP)  
Delegacia Especial de Atendimento a Mulher (DEAM)  
Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)  
Educação Popular em Saúde (EPS)  
Equipe de Saúde da Família (ESF)  
Grupos de estudos (GEs)  
Ministério da Educação (MEC)  
Organização Mundial da Saúde (OMS)  
Orientadora pedagógica (OP)  
Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)  
Peso corporal (PC)  
Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense)  
Pressão arterial (PA)  
Programa de Saúde na Família (PSF)  
Programa Saúde na Escola (PSE)  
Projeto político-pedagógico (PPP)  
Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).  
Secretaria Municipal de Educação (SME)  
Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Vigilância sanitária (VISA)

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
Objetivos.....	10
<b>I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
A Promoção da Saúde: Conceito e Implicações.....	11
O conceito ampliado de saúde.....	17
Intersetorialidade.....	19
Concepções Pedagógicas.....	25
Promoção da Saúde nas escolas.....	28
Eixos Analíticos.....	32
<b>II - ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>33</b>
<b>III - O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: A FACE NORMATIVA.....</b>	<b>38</b>
<b>IV - DO PLANEJAMENTO A OPERACIONALIZAÇÃO: OS DESFECHOS NA REALIDADE PESQUISADA.....</b>	<b>42</b>
<b>V - OS ASPECTOS PEDAGÓGICOS NAS AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA: ESTRATÉGIAS, RECURSOS E COMPLEMENTARIDADE.....</b>	<b>69</b>
<b>VI - ATORES DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA.....</b>	<b>82</b>
<b>VII - CONCLUSÕES.....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>110</b>

## APRESENTAÇÃO

Sou professor de Educação Física, especialista em Saúde Pública por esta Escola, e atuo na Educação Básica pública desde 2009. O início de minha atividade docente se deu após a conclusão do curso de especialização no qual tive contato com o ideário da Promoção da Saúde, assim a reflexão sobre como materializá-la nas escolas sempre esteve presente. Minha atuação na Educação Básica pública ocorre em Duque de Caxias e Nova Iguaçu, municípios da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro.

No início de 2010, ao tornar de conhecimento de colegas professores o interesse em pesquisar a relação entre saúde e educação nas escolas, recebi convite para ministrar a oficina de prevenção e promoção da saúde do Programa Mais Educação<sup>1</sup> na escola na qual trabalho em Nova Iguaçu. Tal convite não foi efetivado por motivos diversos, mas ali, mediante a reflexão sobre o papel da Promoção da Saúde na efetivação de melhorias nas condições de saúde e de vida dos escolares é que surgiu o interesse em desenvolver esta pesquisa.

Ao adentrar o campo de pesquisa através de conversas com atores-chave deste programa foi identificado que as oficinas de promoção e prevenção da saúde não existiam mais, já que o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>2</sup> assumiu a função de trabalhar com temáticas ligadas à saúde nas escolas.

O que torna esta contextualização importante é o fato de apreendermos os fenômenos empíricos através de visões de mundo particulares baseadas, em grande parte, em experiências prévias. Assim, as perguntas de pesquisa partem desse envolvimento com a temática que relaciona saúde e educação.

Tento, nesta pesquisa, escrever não só para meus pares do âmbito acadêmico, mas também para qualquer ator envolvido nas ações de saúde nas escolas e em especial para qualquer professor que já trabalhe com temáticas ligadas a saúde e aqueles que podem ter o interesse em fazê-lo após conhecer este trabalho. Compartilho com vocês os anseios, desejos, angústias e pequenas conquistas do dia-a-dia da sala de aula.

---

<sup>1</sup> O Programa Mais Educação é uma estratégia do Governo Federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral. É critério para a realização do PSE a escola fazer parte deste programa.

<sup>2</sup> A face normativa deste Programa será abordada posteriormente.

## INTRODUÇÃO

Saúde e educação são constantemente evocadas quando o tema gira em torno das condições de vida de indivíduos e coletivos. A interação entre elas, independente do lócus onde ocorre, serviço de saúde ou escola, é um caminho importante para a conquista da qualidade de vida.

O que pretendemos aqui é achar caminhos conceituais e teóricos que possibilitem ampliar e consolidar a prática sobre a Promoção da Saúde nas escolas. Um ponto importante é que tal prática não pode ficar restrita a um componente curricular e que, portanto, deve atingir toda a comunidade escolar. Não se trata de estudo avaliativo de um programa, trata-se da análise de ações de saúde nas escolas na perspectiva da Promoção da Saúde e da intersetorialidade como apresentaremos nesta pesquisa. O PSE é o instrumento pelo qual tais ações ocorrem atualmente.

Muitos estudos sobre a relação entre saúde e educação podem ser encontrados na literatura, o que esta pesquisa se propõe a fazer é trazer a tona como as ações de saúde são planejadas e operacionalizadas num dado contexto, qual seja, as ações do Programa Saúde na Escola nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu.

A opção por conhecer as ações de saúde que ocorrem nos municípios citados justifica-se devido à inserção do pesquisador nesta realidade a qual se pretende dar subsídios para avançar na compreensão da dinâmica intersetorial representada pelas ações de saúde na escola além da formação como profissional de educação e Saúde Pública do pesquisador, que confere uma inquietação ligada à extrapolação das possibilidades que o seu componente curricular permite. A inserção referida é na rede de ensino dos municípios e não está vinculada diretamente ao PSE.

As questões centrais desta pesquisa relacionam-se à entrada da Saúde nas escolas e como isso pode ser feito de forma a efetivar melhorias nas condições de vida e saúde da comunidade educativa beneficiária. Através da investigação sobre como ocorre o planejamento e operacionalização das ações de saúde, como as ações se relacionam com os aspectos pedagógicos e quem são os atores responsáveis e partícipes delas busca-se revelar indícios que possam contribuir para a consolidação da Promoção da Saúde na escola.

O recurso metodológico utilizado foi o mosaico científico ao apresentar cenas cotidianas das ações de saúde e dos atores que as planejam e as operacionalizam e com isso permitir a construção de um panorama do que ocorre quando a Saúde vai à escola. As técnicas de coleta de dados foram a análise documental, a entrevista e a observação participante. O campo de pesquisa foram as secretarias de educação e cinco escolas de ensino fundamental situadas nos municípios que fazem parte da pesquisa.

A estrutura deste trabalho foi organizada em VII capítulos, além da apresentação e introdução. Um resumo sucinto do que foi abordado em cada capítulo será apresentado a seguir.

No capítulo I é realizada a fundamentação teórica de temas importantes para a problematização do objeto de pesquisa, a saber: Promoção da Saúde, o conceito e implicações; O conceito ampliado de saúde; Intersetorialidade; Concepções Pedagógicas e a Promoção da Saúde na escola.

No capítulo II são apresentados os aspectos metodológicos nos quais são informados as opções realizadas pelo pesquisador com o objetivo de apreender os elementos elencados para as questões da pesquisa, traz também informações sobre o campo de pesquisa, o recurso metodológico e as técnicas de coleta de dados.

No capítulo III é apresentada a face normativa do Programa Saúde na Escola, que compreende a escola como área institucional privilegiada do encontro entre a educação e a saúde, espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à Promoção da Saúde pelo viés da educação integral. São apresentadas informações sobre os objetivos, critérios para a adesão, entre outros. Ressalta-se que esta pesquisa não se trata de uma avaliação do Programa, mas tais informações são importantes para auxiliar no delineamento do contexto no qual ocorrem as ações de saúde.

No capítulo IV é discutido o planejamento e a operacionalização das ações de saúde nas escolas, a participação dos atores nestas etapas, parcerias e como isto traduz os desfechos nas ações de saúde da realidade pesquisada.

No capítulo V são apresentadas as concepções pedagógicas, questões-chave para o desvelamento da forma que a Saúde entra na escola por informar as estratégias, recursos e a complementaridade entre as ações de saúde e as atividades pedagógicas cotidianas.

No capítulo VI é evidenciado quem são os atores das ações de saúde na escola, estes são os responsáveis por materializar ou não o texto legal do Programa e as reflexões e análises contidas na literatura especializada.

A última sessão é destinada às considerações finais, na qual fazemos um balanço dos resultados encontrados nesta pesquisa.

Assim, a questão central de investigação é conhecer e analisar a dinâmica intersetorial existente nas ações de saúde na escola que ocorrem nos dois municípios.

## **OBJETIVO GERAL**

Analisar as ações de saúde que são realizadas no Programa Saúde na Escola nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu – RJ através da perspectiva da Promoção da Saúde.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analisar como as ações de saúde pesquisadas podem dar indícios para consolidar práticas de Promoção da Saúde nas escolas,
2. Analisar o envolvimento dos atores responsáveis pelo planejamento e operacionalização das ações de saúde com a Promoção da Saúde, além dos mecanismos de participação dos beneficiários das ações;
3. Analisar a relação entre os aspectos pedagógicos e as ações de saúde na escola;
4. Investigar a existência de processos de formação e qualificação dos atores responsáveis pelo planejamento e operacionalização das ações de saúde para atuar na perspectiva da Promoção da Saúde.

## CAPÍTULO I

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### A PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITO e IMPLICAÇÕES

Já no século XIX, precursores da Saúde Pública como Virchow, Villermée, Chadwick entre outros, apontavam as relações entre as condições de vida e saúde (Rosen, 1994) o que também é afirmado por Valadão (2004). Esta autora complementa afirmando que neste momento histórico também foi validada a associação entre pobreza e doenças.

A Promoção da Saúde é um Movimento/Proposta surgido na década de 80 no Canadá que, posteriormente, alcançou escala mundial. No Brasil as ideias sobre Promoção da Saúde foram introduzidas em meados dos anos 80 (Carvalho, 2008) através da VIII Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Constituição cidadã. Tais eventos revelam um momento histórico no qual o direito universal à saúde, o controle social mediante a participação e a busca da equidade tornam-se marcantes no discurso sócio-sanitário.

Czeresnia (2003) e Valadão (2004) afirmam que o discurso da saúde pública, as práticas de saúde e a formulação e implantação de políticas para a realidade brasileira vêm articulando-se em torno das ideias da Promoção da Saúde, isto porque há o deslocamento do foco da atuação no sentido da melhoria da qualidade de vida e segundo Buss (p.15, 2003) a Promoção da Saúde “*surge como reação à acentuada medicalização<sup>3</sup> da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde*” e ainda de acordo com este autor é um conceito direcionado aos determinantes gerais da saúde, entendendo-a como um produto histórico e social, se apresentando como uma das estratégias mais promissoras para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que atingem as populações (Buss, 2000; Buss, 2001). Para Tavares e Rocha (2006) essa estratégia vem de encontro ao paradigma assistencialista, curativo e reparador ainda hoje hegemônico na organização das práticas de saúde.

---

<sup>3</sup> Vide página 12

A Carta de Ottawa, documento que deu início a sistematização do movimento da Promoção da Saúde, caracteriza-o por ser um “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1986). Segundo Reis e colaboradores (2002) esta carta ampliou a concepção de Promoção da Saúde naquele determinado momento histórico, pois incorporou a importância e o impacto dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais nos determinantes da saúde. Assim, as ações de Promoção da Saúde objetivam fazer com que as condições de vida sejam cada vez mais favoráveis (OMS, 1986). No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde destacava diversos fatores condicionantes da saúde da população: alimentação, meio ambiente, trabalho e renda, educação, lazer, entre outros (Brasil, 1986) e aproximam o referencial legal e ideológico com o que a Promoção da Saúde vem discutindo.

Na linha da conceituação utilizada pela OMS, Czeresnia (2003); Campos e cols. (2004) afirmam ser a autonomia dos sujeitos e coletividades através da capacitação para o processo do cuidado à saúde um dos principais pilares da Promoção da Saúde. Zioni e Westphal (2007) concordam com tal afirmativa ao entenderem que a Promoção da Saúde ao se propor a compreender as condições de saúde, como elas são produzidas e advogar a participação popular no processo de tomada de decisões deve tornar os indivíduos e coletividades capazes de agir com protagonismo nas decisões que impliquem em sua saúde.

Assim, a participação é fundamental para a identificação e enfrentamento dos condicionantes que interferem na saúde individual e coletiva. Ressalta-se também a necessidade de criação de múltiplas estratégias desde ações que envolvam o Estado, a comunidade, os indivíduos, de instituições da iniciativa privada, de organizações não governamentais etc.

Para Campos e colaboradores (2004), falar da Promoção da Saúde no Brasil é indissociável da reflexão e enfrentamento das iniquidades sócio-sanitárias que envolvem não só o setor saúde. O foco está na vulnerabilidade do coletivo, na sociedade, nas relações que interagem com a saúde e no ambiente, compreendido em seu aspecto físico, social, político, econômico e cultural e que irão requerer intervenções articuladas intersetorialmente e participação social com o objetivo de conceber a saúde como direito,

portanto a saúde envolve os demais profissionais da saúde e setores da sociedade além do setor médico (Palma et al., 2003; Czeresnia, 2003; Marcondes, 2004; Pedrosa, 2004).

Assim, a Promoção da Saúde propõe uma articulação entre saber técnico e popular, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, ou seja, entre saúde e condições de vida, ressaltando as inter-relações de equidade social, intersetorialidade, fomento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde e reorientação do sistema de saúde, baseando-se numa visão ampliada do processo saúde-doença e reconhecendo a multideterminação deste processo (Buss, 2000, 2001; Pedrosa, 2004).

Marcondes (2004) aponta três questões referenciais para se debater a Promoção da Saúde, quais sejam: as limitações do modelo biomédico, a diferença entre prevenção e Promoção e a ampliação do conceito de saúde, esta última de especial importância para esta pesquisa.

### **Modelo Biomédico e Medicalização**

A concepção que relacionava a saúde às condições de vida e saúde perdeu espaço para um enfoque mais restrito ao universo da microbiologia e da ação da tecnociência, este enfoque foi denominado como modelo biomédico (Valadão, 2004; Farinatti e Ferreira, 2006). Este modelo baseou-se na doutrina da etiologia específica que consistia na crença de que para cada enfermidade haveria um único agente específico, ou seja, há o privilegiamento ou a quase exclusividade do componente biológico para explicar o processo saúde-doença em detrimento dos componentes sociais, econômicos e culturais.

Barros (2002) considera o fenômeno da medicalização como consequência e estímulo à hegemonia do modelo biomédico que encontra ambiente propício na sociedade de consumo, sob o império da lógica de mercado. Este autor define medicalização como “*a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo*” (p.7). Farinatti e Ferreira por sua vez a definem como “*invasão de uma quantidade importante de setores da vida cotidiana pelas determinações da medicina*” (p.135) o que gera um entendimento de que a saúde é área exclusiva da medicina. Segundo Valadão (2004) a medicalização da vida, para ela uma expressão importante do paradigma da

modernidade, está tão entranhada em nossa cultura que exerce papel regulador ao ditar normas morais e de conduta e utilizar um discurso cujo valor social tornou-se independente dos impactos produzidos na saúde individual ou coletiva.

Barros (2002) lembra-nos que não se trata de culpabilizar de forma simples e linear o modelo biomédico sem considerar como se deu essa hegemonia ao longo da história. Posteriormente, percebeu-se que o paradigma biomédico era insuficiente para responder de forma satisfatória os componentes subjetivos presentes no processo saúde-doença. Assim, para Barros (2002) há profissionais – o autor fala especificamente do profissional médico, mas acreditamos poder ampliar para qualquer profissional de saúde – que compreendem a importância de visualizar o sujeito como um todo relacionado ao seu contexto socioeconômico, contudo terminam por regressar ao reducionismo, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação.

O modelo biomédico de atenção à saúde é predominante no Brasil e em praticamente todo o mundo (Bydlowski, Westphal e Pereira, 2004), estas autoras afirmam que tal modelo conta com grande apoio social já que além das indústrias e distribuidoras de produtos e tecnologias médicas, grande parte da população, inclusive a de baixa renda, também o incorporam e praticam. Uma das conseqüências está relacionada à exigência por parte da população por um modelo biomédico de atenção à saúde com base hospitalar, pois se acredita nesse sistema como a única alternativa para conservar ou recuperar sua saúde.

Marcondes (2004) propõe o emprego da Promoção da Saúde para a adequação de políticas, programas e serviços, como forma de enfrentar tanto a medicalização da vida social como a individualização da saúde pública.

### **Promoção x Prevenção**

Há em muitos casos uma indefinição conceitual que gera uma confusão entre práticas de Promoção da Saúde e de prevenção, o que demonstra a importância de clarificar tais conceitos. Czeresnia (2003) explicita definições que nos auxiliam a distingui-los, para ela a prevenção estrutura-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos, já a Promoção da Saúde extrapola a aplicação técnica e normativa, pois objetiva o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para a compreensão e o enfrentamento dos condicionantes da saúde e a autora

complementa afirmando que a construção da capacidade de escolha é o meio de fortalecimento da saúde e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor. O quadro abaixo também traz algumas diferenças entre as abordagens da Promoção da Saúde e da prevenção.

<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>PREVENÇÃO</b>
Determinantes da saúde, criar alternativas saudáveis	Reduzir os fatores de risco
População em geral e às condições relacionadas à saúde	Indivíduos com possibilidade de adoecer, Àqueles com elevado risco
Conteúdos sócio-políticos, ecológicos e sócio-culturais	Ênfase aos fatores de risco, prática clínica, preventivas e reabilitação

Adaptado de Palma, Bagrichevsky e Estevão (2003).

Contudo, não há porque prescindir destas formas de atenção à saúde, pois para Carvalho (2005) não há limites rígidos entre eles. A autora também concorda que a principal diferença entre eles é a ênfase com que são utilizados e sugere que a clínica incorpore o social e o subjetivo assim como a Saúde Pública / Promoção da Saúde atue com o auxílio da clínica.

#### **Promoção da saúde crítica ou conservadora?**

Promover a saúde tornou-se um discurso fácil tanto para profissionais de saúde quanto para profissionais de outras áreas sendo amplamente aceito no senso comum. É uma espécie de ‘bandeira branca’ para tornar o que se fala sobre saúde aceitável e desejável.

Para Valadão (2004) a Promoção da Saúde não compreende uma formulação uniforme ou livre de contradições internas. A autora afirma que embora alguns de seus pressupostos sejam compartilhados entre as correntes atuais de pensamento no campo da Saúde Pública e da saúde coletiva, falar em Promoção da Saúde pode envolver diferentes teorias, conceitos, princípios e estratégias de intervenção.

Ferreira (2008) lembra-nos que a Promoção da Saúde pode ser ‘maleável’ a diferentes projetos de sociedade, ou seja, a depender da abordagem adotada, esta poderá servir tanto para a manutenção do *status quo* quanto para a transformação da sociedade. Outros autores como Westphal (2006) e Carvalho (2009) também apontam tal fato.

O conceito de Promoção da Saúde tem sido interpretado de diferentes formas ao longo de sua construção. Há formas diversas de nomear suas perspectivas e, a partir daí, Farinatti e Ferreira (2006) utilizam as denominações: perspectiva mais conservadora e outra crítica. Para estes autores, na primeira, o foco seria a redução do peso econômico dos serviços de saúde ao imputar ao indivíduo a responsabilidade pela sua saúde, independente do contexto de vida deste. E na segunda, o foco seria a transformação social através da capacitação dos cidadãos. Czeresnia (2003) utiliza os termos: perspectiva conservadoras e progressistas respectivamente.

Buss (2001), Ferreira e Buss (2002), Palma (2003) corroboram ao afirmarem existirem dois principais grupos nos quais podem ser reunidas as conceituações de Promoção da Saúde. Em um deles estariam fora do âmbito da Promoção da Saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos, ou seja, as atividades são dirigidas a mudanças comportamentais dos indivíduos. Peres e colaboradores (2004) e Stotz e Araújo (2004) também apontam a existência de duas concepções distintas de Promoção da Saúde, estes últimos ainda afirmam que ambas foram incorporadas pela OMS.

Bydlowski, Westphal e Pereira (2004) lembram-nos que a proposição de mudanças no estilo de vida tem de ser esclarecida e discutida com os indivíduos em questão e defendem que as decisões e deliberações destes têm de ser respeitadas, ou seja, não se trata de impor mudanças nos hábitos destes indivíduos sob os auspícios da ‘ciência’, termo amplamente divulgado para subsidiar uma ‘verdade absoluta’ relacionada a condutas saudáveis. Assim, não se trata de polarizar ou rivalizar ambas as concepções de Promoção da Saúde, já que necessariamente haverá mudanças individuais para que comunidades alcancem gradações cada vez maiores de saúde, contudo, tais mudanças comportamentais viriam associadas a mudanças no contexto sócio-econômico e cultural.

## O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

O conceito ampliado de saúde é constituinte e estruturante do ideário da Promoção da Saúde por reconhecer a necessidade de explicar o processo saúde-doença a partir de um conceito de saúde que abarcasse as questões sociais. Mediante a superação da exclusividade do componente biológico para compreender o processo saúde-doença, a partir das décadas de 1960-70, ocorreu amplo debate em torno da determinação econômica e social da saúde (Valadão, 2004).

O conceito ampliado de saúde ao relacionar a saúde às condições de vida de sujeitos e coletivos está intimamente ligado à Promoção da Saúde, para Paim (2008) a Promoção da Saúde implica no conhecimento das condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 trouxe elementos para a constituição desta ampliação de acordo com a realidade vivida naquele momento histórico. No relatório final da Conferência a saúde é considerada resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Esta saúde ampliada foi inscrita na Constituição Federal Brasileira em seu artigo 196 garantido-a como um direito de todos e dever do Estado, sendo garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, dando assim status e suporte legal para o conceito ampliado de saúde. O desafio, então, passou a ser a materialização deste conceito nas condições de vida e de saúde de sujeitos e coletivos.

Marcondes (2004) afirma que a ampliação do conceito de saúde partiu do reconhecimento da limitação do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde-doença baseados em modelos biológicos e de tecnologias médicas (modelo biomédico). Valadão (2004) concorda reafirmando a amplitude e complexidade da determinação do processo saúde-doença, o que reflete uma ampliação do conceito de saúde. Para Moretti et al. (2010), a concepção ampliada de saúde, embasada nos determinantes sociais, ambientais e em outras áreas do conhecimento, além dos fatores biológicos, é

reconhecidamente a melhor forma de se estabelecer estratégias eficazes de Promoção de Saúde. Estes autores enunciam a relação entre a construção do conceito ampliado citado e a necessidade de envolvimento de outros setores da sociedade, dado importante e que será discutido posteriormente nesta pesquisa.

Marcondes (2004) defende que a compreensão da saúde relaciona-se às condições de vida que são geradas pelas relações sociais – já que estas permeiam o acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz e ambientes saudáveis, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida, assim são importantes elementos do processo saúde-doença. Com estes elementos trazidos à tona, esta pesquisa parte da compreensão de Promoção da Saúde defendida por Buss (2001) e denominada como “*conceito moderno de promoção da saúde*” (p.279) por considerar a saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida envolvendo ações nos contextos físico, social, político e econômico.

## INTERSETORIALIDADE

As questões centrais desta pesquisa estão associadas a intersectorialidade entre, principalmente, Saúde e Educação e, assim é necessário discutir o conceito de intersectorialidade para que seja possível avançar no objeto deste estudo.

Os setores da educação, saúde e assistência social são os principais envolvidos em ações que buscam a intersectorialidade (Costa, Pontes e Rocha, 2006; Whestpal e Mendes, 1998). Contudo, muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento sendo ações definidas por apenas um setor.

Ressalta-se que cada modelo de gestão intersectorial tende a apresentar um caráter individual próprio, construído de maneira gradual e histórica (Santos, 2011). Assim, ainda que a literatura possa apontar modelos ideais, benefícios e limitações, há que se ter claro que diversos condicionantes influirão na constituição das ações intersectoriais desta pesquisa.

### **Conceito**

Inojosa (2001) afirma que na literatura é possível encontrar o termo intersectorialidade significando a articulação de saberes e experiências com o objetivo de dar soluções sinérgicas a problemas complexos e complementa observando que tal articulação objetiva o planejamento para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos. Outras definições encontradas na literatura também ressaltam a importância da articulação de diferentes setores sociais no planejamento, execução e avaliação de ações que tenham impacto positivo nas condições de vida de sujeitos e coletivos, dentre elas a da OPAS na qual a intersectorialidade é o *“processo no qual os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores”* (Brasil, 2002), a de Wimmer e Figueiredo (2006) na qual a intersectorialidade é uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem, para uma abordagem mais complexa dos problemas, ou, ainda, uma definição presente numa política pública de Promoção da Saúde, a saber: *“articulação entre os distintos setores no pensar a questão complexa da saúde, assumir a responsabilização pela garantia da saúde como direito*

*humano e de cidadania e mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”*. (Brasil, 2006).

Destas definições, pode-se concluir que a intersetorialidade busca superar a especialização e setorialização com o objetivo de integrar saberes e percepções dos sujeitos e de sua realidade social considerando-os em sua integralidade, superando a fragmentação que tem caracterizado a gestão das políticas sociais. Assim, é possível afirmar que o objetivo principal da intersetorialidade é promover mudanças nas condições de vida e de saúde da população mediante a visão integrada dos complexos problemas sociais da atualidade, o que requer a inclusão de vários atores sociais e seus olhares, além da interação das diversas políticas sociais através de medidas multidisciplinares.

É importante ressaltar que os setores não têm suas responsabilidades e singularidades consideradas menos importantes, ocorre que a intersetorialidade objetiva integrá-los, na comunicação, no compartilhamento de saberes e poder, nas metas e recursos, para atender de forma efetiva as demandas da população. Nascimento (2010) complementa ao afirmar que a intersetorialidade deve ser complementar a setorialidade, não podendo ser considerada antagonista ou substitutiva e relata ainda que o saber de determinada política setorial é importante, mas expõe a necessidade de troca a fim de possibilitar a construção de novos saberes.

A ação intersetorial toma várias formas diferentes, como coligações e parcerias, e pode ser implementada através de diversas atividades: legislação e regulamentações, política e programas de ação, e intervenções em diversos cenários entre os quais escolas, ambientes de trabalho, hospitais etc (OMS, 1997). Com isso, torna-se relevante frisar que quando não há relação com o planejamento, coordenação, avaliação ou execução direta das atividades intersetoriais não há conformação da intersetorialidade, o que pode ser exemplificado pela mera cessão de bens ou estruturas como espaço físico, ou o simples financiamento (Campos e Teixeira, 2005).

Ressalta-se que a intersetorialidade não é um fim e nem irá, por si, promover o desenvolvimento e a inclusão social, mas é um fator de sua viabilização enquanto ação do Estado (Junqueira, Inojosa e Komatsu, 1997).

### **Limitação da Lógica Setorial**

A complexidade das questões sociais torna pequena ou nula a possibilidade de apenas um setor conseguir ser efetivo em sua resolução ou atenuação. Os indivíduos e coletivos necessitam, para resolver seus problemas, ser considerados na sua totalidade e que as ações que objetivem solucioná-los ou amenizá-los não sejam executadas de forma isolada por cada política pública.

Os atores envolvidos na gestão da saúde têm claros indícios para a consciência de que seu saber e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para a saúde como promotora da qualidade de vida dos indivíduos e da população (Costa, Pontes e Rocha, 2006) e o caminho para a estruturação de ações coletivas mais complexas, que dêem conta da realidade e de suas diversas nuances, é a articulação intersetorial e transdisciplinar (Wimmer e Figueiredo, 2006).

A intersetorialidade das políticas públicas passou a ser valorizada devido a observação da falta de eficiência, efetividade e eficácia na implementação das políticas setoriais. Assim, a intersetorialidade torna-se cada vez mais importante para a Saúde na perspectiva ampliada (Nascimento, 2010). Magalhães e Bodstein (2009) afirmam que um programa ou iniciativa social com objetivos bem definidos fracassa, muitas vezes, em reconhecer a complexidade das carências e o problema de sujeitos e coletivos em uma rede intrincada de necessidades. Segundo as autoras, isto ocorre porque nenhum programa setorial é capaz de enfrentar, isoladamente, as múltiplas dimensões dos problemas sociais.

Os problemas sociais emergem da interação do sujeito com o mundo e sua percepção depende dos valores de cada ator social envolvido, e, como tal, sua solução também não será única, inclusive porque as certezas absolutas perderam consistência revelando a necessidade de procurar outras saídas para lidar com as incertezas e a complexidade dos problemas sociais (Junqueira, 2004). Assim, a mudança da lógica de governar setorialmente para uma lógica intersetorial é praticamente uma exigência dos projetos voltados ao atendimento das necessidades populares (Costa, Pontes e Rocha, 2006).

O exemplo da equipe multiprofissional, que pretendeu articular vários saberes profissionais para a solução de um mesmo problema, mas que se limitou, na maioria das vezes, a reunir diferentes profissionais num mesmo lugar ou com um mesmo objeto, sem

que o diálogo prosperasse é utilizado por Inojosa (2001) para alertar sobre o fato de sob a denominação de intersetorialidade ocorrer apenas uma aproximação de saberes isolados, sem que isso gere novas articulações.

### **A iniciativa do setor saúde e a intersetorialidade**

O setor saúde acolheu e aprofundou as discussões iniciais sobre a intersetorialidade e apontou para determinações dos problemas que chegam ao setor e que não podendo ser tratados somente por ele, requerendo a assunção de uma dimensão mais ampla (Junqueira, 1997). Monnerat e Souza (2011) afirmam que a lei orgânica da área da saúde incorporou a diretriz da intersetorialidade, prevendo na sua concepção a ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde. Moretti et al. (2010) afirmam ainda que o protagonismo e compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é cada vez mais importante, considerando que há aspectos ligados ao processo saúde-adoecimento que são parte de políticas específicas de todos os setores envolvidos com a melhoria da qualidade de vida da população.

Contudo, o fato do setor saúde ter iniciado as discussões envolvendo a intersetorialidade não o impediu de apresentar contradições internas. Alguns autores, entre eles Monnerat e Souza (2011) e Santos (2011) criticam o fato de a intersetorialidade ser interpretada pela saúde apenas com ‘fins setoriais’, ou seja, para alcançar melhorias em indicadores de saúde num sentido estrito. Este fato merece ser pesquisado de forma mais profunda, o que foge aos objetivos desta pesquisa.

Não é essencial que o setor da saúde seja parte das alianças/parcerias em todas as iniciativas de ações intersetoriais com vistas a atuar na saúde individual e coletiva (OMS, 1997), contudo, Monnerat e Souza (2011) afirmam ser necessário que a Saúde além de ter a iniciativa também tenha receptividade a convocatórias de outros setores. Além disso, a OMS (1997) alerta que, pode ser necessário, anteriormente à ação intersetorial, que o setor da saúde realize ajustes e melhoramentos na ação intrasetorial para que seja possível alcançar objetivos que envolvam outros setores.

Assim, é possível afirmar que a realização de ações intersetoriais permite abordar as necessidades de sujeitos e coletividades de forma mais ampla considerando a complexidade existente, o que permite uma ação de forma menos pontual.

### **O desafio da efetivação da Intersetorialidade**

O reconhecimento das dificuldades existentes para a consolidação da intersectorialidade é marcante na literatura. O carácter processual e complexo é representado pela dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores, a necessidade de comprometimento e envolvimento setorial, a sustentabilidade das ações, a inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersectoriais (Moretti et al., 2010), a necessária mudança nas formas de atuação, operação política e gestão das instituições e das pessoas que a integram (Costa, Pontes e Rocha, 2006), rupturas importantes nas concepções e práticas cristalizadas dentro de cada setor e as disputas políticas e de poder que suscitam altos níveis de conflito entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo (Valadão, 2004; Monnerat e Souza, 2011; Junqueira, 1997).

Magalhães e Bodstein (2009) apontam outras dificuldades, as autoras afirmam que a maioria dos representantes setoriais traz para a arena de negociação uma agenda previamente definida, o que torna complexa a negociação em torno de questões e prioridades. Lembram ainda que no plano da macro-negociação e a formulação de propostas intersectoriais costuma ser um sucesso, já que nenhum setor se coloca desfavorável a iniciativas de desenvolvimento social, mas as ações não possuem sustentabilidade devido a baixos níveis de adesão ao diálogo e pactuação de agenda.

Assim, é importante a mobilização e participação tanto dos profissionais quanto dos beneficiários para a implantação de ações intersectoriais (Bodstein e Zancan, 2002) e também é relevante a importância dos atores – liderança, comprometimento e treinamento – na condução da ação intersectorial e a determinação do ritmo das ações, de maneira a compatibilizá-las com as necessidades e prioridades, oportunidades e recursos.

Uma ação intersectorial não implica necessariamente em sinergia entre os setores (Santos, 2011). É possível ocorrer aproximação entre os setores sem que sejam geradas articulações, isso ocorre quando há apenas uma aproximação sem abertura e disposição ao diálogo e partilhamento de saberes, experiências, recursos, metas etc. Assim, a análise da atuação intersectorial é importante para desvelar conflitos, relações de poder, aproximações entre outros.

## **Considerações**

A Promoção da Saúde necessariamente incorpora ações intersetoriais para permitir que sujeitos e coletividades alcancem gradações crescentes de saúde a partir da possibilidade de fazer opções e agir em favor de sua saúde. Aquela valoriza estas como estratégia imprescindível na abordagem e na produção de saúde (Costa, Pontes e Rocha, 2006; Bydlowski, Westphal e Pereira, 2004). É notório que muitas das ações necessárias para a consolidação da Promoção da Saúde envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde e a intersetorialidade é essencial para atuar sobre questões estruturais da sociedade e que interferem no processo saúde-doença.

Segundo Moretti et al. (2010), o processo de construção de ações intersetoriais voltadas para a Promoção da Saúde implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar questões sanitárias, produzindo soluções inovadoras para a melhoria da qualidade de vida de forma democrática e resolutiva.

Mediante a defesa de que os condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, nas perspectivas individuais e coletivas, encontram-se relacionadas às condições de vida – escolaridade, habitação, lazer, acesso a direitos ligados à cidadania entre outros – torna-se premente a ligação entre saúde e políticas sociais e econômicas, o que reafirma a importância da intersetorialidade e conclui-se que ela é uma questão-chave para a consolidação da Promoção da Saúde, autores como Monnerat e Souza (2011) e Costa, Pontes e Rocha (2006) corroboram com esta afirmativa.

## CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS

As concepções pedagógicas que informam a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos nas ações intersetoriais também precisam ser discutidas, assim como as concepções que informam a prática pedagógica que é utilizada, de forma consciente ou não, nas ações de saúde. É importante esclarecer o que é, então, uma concepção pedagógica. Recorremos a Saviani (2005), para o autor são as diferentes maneiras pelas quais a educação é compreendida, teorizada e praticada denotando o modo de operar, de realizar o ato educativo.

Para Saviani (2005), do ponto de vista da pedagogia, as diferentes concepções de educação podem ser agrupadas em duas grandes tendências: pedagogia tradicional e as concepções pedagógicas contra-hegemônicas. Ressalta-se que diversas correntes de pensamento e práticas pedagógicas se aproximam mais de uma ou outra tendência. Como exemplo da primeira, temos a tendência tecnicista, de base produtivista e como exemplo da segunda, temos a pedagogia histórico-crítica na qual a prática social é o ponto de partida e o ponto de chegada da prática educativa. De forma geral, a tendência tradicional pode ser representada pela passividade do aprendiz que não é considerado sujeito do processo de ensino/aprendizagem, apenas recebe informações de forma descontextualizada com sua realidade. Já as concepções contra-hegemônicas buscam a aprendizagem significativa através da contextualização das informações de acordo com a realidade vivida pelo aprendiz com o objetivo de compreender para superar esta realidade. O aprendiz é sujeito e partícipe do processo de aprendizagem.

Saviani (2005) afirma que as concepções pedagógicas envolvem, de modo geral, três níveis:

a) o nível da filosofia da educação: busca explicitar as finalidades, os valores que expressam uma visão geral de homem, mundo e sociedade, com vistas a orientar a compreensão do fenômeno educativo;

b) o nível da teoria da educação: procura sistematizar os conhecimentos disponíveis sobre os vários aspectos envolvidos na questão educacional que permitam compreender o lugar e o papel da educação na sociedade além de sistematizar os métodos, processos e

procedimentos, visando a dar intencionalidade ao ato educativo de modo a garantir sua eficácia;

c) nível da prática pedagógica: o modo como é organizado e realizado o ato educativo.

Os níveis das concepções pedagógicas informados evidenciam que valores que expressam a visão de mundo, sociedade, saúde e educação, a sistematização de conhecimentos relacionados à saúde e o ato educativo em si são questões importantes para esta pesquisa, tanto na perspectiva da construção compartilhada de conhecimento pelos setores envolvidos em ações intersetoriais quanto das práticas pedagógicas das ações de saúde nas escolas. Isso por que a teoria que subsidia essa discussão sobre Promoção da Saúde e intersetorialidade será materializada através da ação de sujeitos, de forma mais ou menos próxima daquilo que apresentamos aqui ou até mesmo da face normativa do Programa Saúde na Escola.

### **Educação em Saúde: do autoritarismo à Educação Popular em Saúde**

As políticas educativas em saúde encontraram na escola suporte para o desenvolvimento de programas, que utilizam a pedagogia tradicional (Moura et al., 2007) o que representou, durante algum tempo, que a educação em saúde na escola centrou sua ação nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças estavam inseridas (Gonçalves et. al, 2008).

Fernandes, Rocha e Souza (2005) afirmam ainda que as escolas não se sentem responsáveis pela prática da saúde em seus ambientes. Mesmo quando o ambiente escolar não é o locus da prática educativa em saúde, Leonello e L'Abbate (2006) alertam que estas práticas tendem a reduzir-se a atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo.

Pedrosa (2006a; 2006b) chama a atenção para o fato de a educação em saúde poder representar uma forma reducionista, cujas práticas possuem caráter impositivo, prescritivo de comportamentos ideais, desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais conforme enunciado pelos autores trazidos anteriormente. Ou a instrumentalização da

sociedade com o objetivo de participar de intervenções na realidade concreta de vida de cada sujeito, buscando a qualidade de vida, ou seja, uma educação para a cidadania.

Nesta última possibilidade apontada por Pedrosa (2006a; 2006b), a Educação Popular em Saúde (EPS), movimento social tributário do movimento da Educação Popular dos anos sessenta e dos movimentos sociais populares dos anos setenta e oitenta (Souza, 2001) surgiu quando profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços oficiais e desejosos de uma atuação mais significativa para as classes populares se dirigiram às periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais em busca de formas alternativas de atuação (Vasconcelos, 2001).

A relação e o diálogo com a população é um aspecto importante para a EPS, há uma contraposição ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde. A EPS orienta-se por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns, da interlocução entre os saberes e práticas, de projetos de emancipação, solidariedade, justiça e equidade ao ressaltar as singularidades dos sujeitos sociais e suas representações sociais sobre saúde e doença, direitos e cidadania (Pedrosa, 2006; Stotz, 2004).

## PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

### **Histórico**

Rosen (1980), ao retratar o surgimento da medicina social no século XIX, já afirmava que a educação sanitária, como denominada pelo autor, era de vital importância para as questões ligadas à saúde individual e coletiva. Atualmente, segundo Ferreira (2008) e Valadão (2004), a educação em saúde é um dos principais eixos estratégicos para a Promoção da Saúde.

Outros autores também fazem um resgate histórico da educação em saúde, Schall e Struchiner (1995) afirmam que no século XIX e início do século XX as práticas pedagógicas em saúde eram associadas ao higienismo, a ênfase didática era orientada pela veiculação de informações específicas sobre doenças caracterizando uma visão biomédica da saúde<sup>4</sup>. A Educação em Saúde voltava-se para a imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelas elites (Vasconcelos, 2004). Posteriormente, a produção social da saúde e a busca de desenvolvimento social também foram incorporados pelos saberes e práticas ligados a Educação em Saúde, mostrando sua evolução. É possível encontrar, até os dias atuais, práticas que se aproximam, em maior ou menor parte, destes dois panoramas enunciados.

Tratando especificamente da relação entre saúde e educação nas escolas, Figueiredo, Machado e Abreu (2010) afirmam que o histórico da política de atenção à saúde escolar remonta do final do século XVIII e o início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank elaborou o que ficou conhecido como Sistema Frank que, segundo estes autores, levou ao reconhecimento de Johan Peter Frank como o pai da saúde escolar. Tal sistema englobava desde a prevenção de acidentes, higiene mental, programas de atividade física (atletismo) até a ventilação das salas de aula (Figueiredo, Machado e Abreu, 2010).

No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis (Valadão, 2004). No princípio do século

---

<sup>4</sup> Foco no comportamento individual, recomendações de condutas apropriadas e outra que deveriam ser evitadas baseadas na aprendizagem sobre doenças: seus efeitos sobre a saúde, como evitá-las e como restabelecer a saúde.

XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma ‘raça’ sadia e produtiva a partir da observação, exame, controle e disciplinamento na infância. Ao longo do século, novos componentes técnicos e científicos vão sendo agregados à concepção citada. Ocorre um deslocamento progressivo da sua legitimação dos eixos da moral para uma aparente despolitização apoiada na ciência, mas a modelagem de comportamentos permanece como um objetivo central (Valadão, 2004). No transcorrer do século XX, a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional – de lógica biomédica para uma concepção ligada à Promoção da Saúde no cenário escolar (Figueiredo, Machado e Abreu, 2010).

### **Atualidade**

Atualmente, a temática da saúde na escola recebe importante atenção de diversos organismos internacionais, em especial a OMS, que começam a atuar nesse campo. Além desta a Unesco também vêm trabalhando com questões de saúde escolar desde a década de 1960 (Valadão, 2004), o que remonta sua relevância em âmbito mundial.

Valadão (2004) questiona se seria válido assumir o pressuposto de que a escola de educação fundamental é um cenário privilegiado para a Promoção da Saúde. Para Tavares e Rocha (2006), é inegável o papel da escola em temas ligados à saúde, uma vez que se constitui enquanto cenário propício para lidar com as questões que envolvem especialmente os alunos, inclusive em seu ambiente familiar e comunitário. Fernandes, Rocha e Souza (2005) corroboram com tal afirmativa. Para Silva (1997), a escola poderá fornecer importantes elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável, este autor propõe a inclusão da Promoção da Saúde na grade curricular para garantia dos direitos de cidadania.

Para Buss (2001), o potencial das ações de Promoção da Saúde na infância e adolescência é enorme. Este autor lembra-nos ainda que a infância e a adolescência são períodos do desenvolvimento humano no qual se estabelece o comportamento, caráter, personalidade e estilo de vida e que o ambiente em que o jovem está inserido é um dos principais fatores influenciadores. É preciso, então, ações generalizadas que provoquem transformações nos indivíduos, para que estes passem a atuar como sujeitos dentro da sociedade, tendo a capacidade de atuar com gradações crescentes de controle nas situações

a que são submetidos, isto é, que atuem como cidadãos. Nesse sentido, a Promoção da Saúde coloca a educação (institucional ou não) uma forma de desenvolver o exercício da cidadania para, desse modo, conseguir atitudes que levem à melhoria das condições de saúde e vida (Bydlowski, Westphal e Pereira, 2004).

Como será abordado no capítulo referente a face normativa, o Programa se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde e objetiva fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde e ainda prevê a educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens, assim a Educação em Saúde tanto para os beneficiários quanto para os profissionais é um importante eixo do Programa.

Tavares e Rocha (2006) trazem a necessidade de estabelecer um espaço na escola onde seja suscitado o debate para maior compreensão da relação entre saúde e seus determinantes mais gerais, possibilitando processos de aprendizagem permanente para os atores sociais envolvidos. As autoras complementam afirmando que para que o ambiente escolar seja favorável à saúde, as relações espaciais com outros cenários, tais como, a família, a comunidade e os serviços de saúde, devem ser identificados com as condições sociais e os diferentes estilos de vida, por meio de condutas simples e da participação de todos.

Silva e Haddad (2006) apontam importantes desafios para a consolidação da escola como ambiente de Promoção da Saúde: o processo político-institucional, ruptura do caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações geralmente desenvolvidas em programas de saúde escolar, transformação de metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais, entre outros. Este processo político-institucional informado pelos autores pode ser retratado na dificuldade de diálogo entre os setores da saúde, educação e outros. Este fato já foi apontado na discussão referente a intersectorialidade.

Objeto de estudo desta pesquisa, a construção integrada de políticas e projetos de Promoção da Saúde no cenário da escola é um desafio (Valadão, 2004) devido a fragmentação em programas e áreas dos os setores saúde e educação e até mesmo dentro de cada um deles.

Assim, quando se fala nas relações com outros cenários, com a comunidade, com os serviços de saúde, a questão do processo político-institucional, a desarticulação e focalização de programas que envolvem os setores responsáveis pelas ações de saúde na

escola fica evidenciado que a setorialização ainda é premente e se concretiza através do processo de trabalho e dos atores.

## EIXOS ANALÍTICOS

Inicialmente, por conta do projeto de pesquisa, foram elencados eixos analíticos baseados na revisão bibliográfica sobre a Promoção da Saúde na escola e temas correlatos. As vivências da pesquisa de campo proporcionaram uma retro-alimentação que modificou, em parte, a constituição dos eixos analíticos que serão apresentados a seguir. A fundamentação teórica apresentada até aqui dá subsídios para a problematização dos dados empíricos que fizeram parte da constituição dos eixos. São quatro eixos analíticos principais que servirão para avançar no objeto de estudo desta pesquisa, a saber:

1. O conceito ampliado de saúde, que busca superar o modelo biomédico, ao incluir novos elementos e atores e ao culminar na produção social da saúde demanda a ampliação das ações e estas extrapolam o setor saúde;
2. Esta ampliação nas ações que culmina na intersetorialidade e transdisciplinaridade possui benefícios (alcances) e limites que podem ser representados, respectivamente, pela sinergia entre os setores ao compartilhar saberes, práticas e experiências ou quando apenas juntam-se sem abertura e disponibilidade para compor soluções integradas;
3. A necessidade de articulação entre as concepções pedagógicas, intersetorialidade e Promoção da Saúde nas ações de saúde nas escolas. Referimo-nos a oposição entre uma concepção dialógica de educação; esta leva em conta o contexto no qual o aprendiz vive e a mera divulgação de informação a partir da crença de que isto seria suficiente para modificar condições de saúde e de vida;
4. O processo de trabalho em saúde e educação ser setorial e o discurso (ideário) ser intersetorial. Como lidar com essa realidade através da Promoção da Saúde na escola para mudá-la.

## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

A imagem do mosaico é útil para pensarmos esta pesquisa, cada peça apresentada num mosaico contribui um pouco para nossa compreensão do quadro como um todo. Quando muitas peças já foram colocadas, podemos ver, mais ou menos claramente, os objetos e as pessoas que estão no quadro, e sua relação uns com os outros (Becker, 1997). Este autor contribui ainda ao informar que não há a expectativa de que a pesquisa forneça todas as respostas ou mesmo tudo de qualquer uma das respostas de uma temática complexa como a dinâmica intersetorial entre saúde e educação.

Não se busca provar ou refutar, a priori, qualquer hipótese, mas trazer à tona a realidade pesquisada para contribuir na compreensão desta temática tão importante que relaciona a saúde e a educação. Assim, tem-se claro que a realidade que pôde ser apreendida através desta pesquisa pode não ser semelhante a de outras ações de saúde na escola nestes mesmos municípios pesquisados ainda que sejam atendidas pelos programas ou os mesmos profissionais. Ainda assim, é uma realidade possível dentre outras e que pode ser valiosa tanto para formuladores das políticas, gestores e profissionais que atuam na nas ações de saúde nas escolas e nas atividades pedagógicas cotidianas.

Trata-se de uma abordagem qualitativa por estimular os participantes a pensarem livremente sobre o tema, além de mostrar aspectos subjetivos e atingir motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea (Dantas e Cavalcanti, 2006). Neves (1996) afirma que neste método de pesquisa a obtenção de dados descritivos se dá mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo, assim o pesquisador procura entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação pesquisada e, a partir daí, situa sua interpretação dos fenômenos estudados.

Os dados são apresentados por município denominados como M1 e M2 para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, de acordo com as subtemáticas apresentadas nos capítulos e de acordo com as observações das ações de saúde. Nas observações as peças constituintes do mosaico são nomeadas de acordo com os

acontecimentos. Finalmente, são feitas considerações sobre toda a realidade apreendida através da pesquisa.

### **Campo de pesquisa**

Foram visitadas as Secretarias de Educação e cinco escolas de ensino fundamental situadas nos municípios que fazem parte da pesquisa. As escolas retratadas na pesquisa foram classificadas aleatoriamente utilizando as letras do alfabeto de A a F e H excluindo a letra G pois ela será utilizada para identificar alguns entrevistados conforme descrito a seguir.

### **Técnicas de coleta de dados**

Neste estudo de caso foram utilizadas três técnicas de coleta de dados: a análise documental, a entrevista e a observação participante.

### **Entrevista**

Esta pesquisa contou com um roteiro prévio de entrevista (Anexo A). A opção por entrevistas não-diretivas se deveu pela possibilidade que essa técnica traz de suscitar e alimentar hipóteses, além de permitir ao entrevistado uma exploração livre dos temas levantados pelo pesquisador, produzindo informações que correriam o risco de serem censuradas numa entrevista fechada (Michelat, 1982). Ressalta-se que a opção de haver apenas um roteiro para todos os atores se deve ao fato de permitir a análise dos mesmos conceitos, além de crenças e visões que envolvem o gerenciamento e operacionalização das ações de saúde, podendo ser complementando com o que foi observado.

Foram realizadas sete entrevistas de profissionais de saúde e de educação dos quais quatro de atores em cargos de gestão que são identificados pela sigla G e três atores que operacionalizam as ações de saúde nas escolas que são identificados pela sigla P. Atribuiu-se uma seqüência numérica aleatória para preservar a identidade destes atores sendo que

G1, G2, G4 e P2 são profissionais de educação, G3 de saúde e educação e P1 e P3 são profissionais de saúde<sup>5</sup>.

O ‘lugar de quem fala’ é importante para a análise das entrevistas já que a visão e experiência de profissionais de saúde e de educação podem ser diferentes. Para Becker (1997), é necessário estar consciente de que o entrevistado só conta uma parte da história, que selecionou como relevante daquela experiência a qual informa e com isso pode ignorar fatos que seriam de interesse para a pesquisa. Ainda assim, a compreensão de gestores e profissionais do que é a Promoção da Saúde, do PSE, entre outros, é relevante já que estes atores estratégicos são importantes para o alcance dos objetivos do Programa e da consolidação da Promoção da Saúde na escola. Ressalta-se que se busca considerar desta forma, o ponto de vista do sujeito pesquisado ao reconhecer que estes possuem conhecimento e reconhecimento sobre os processos e atividades nas quais estão envolvidos.

As entrevistas foram realizadas nas Secretarias de Educação e em escolas entre junho e setembro de 2011. Os instrumentos de coleta de dados foram: gravador de voz digital do tipo MP3 e caderno de anotações. Os entrevistados receberam esclarecimentos sobre a pesquisa, foi solicitado que consentissem sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) e eles receberam uma cópia deste.

Outros atores como: docentes, pais, alunos, funcionários da escola entre outros também possuem papel fundamental para a efetivação de ações de Promoção da Saúde na escola, porém não fizeram parte desta pesquisa. Tal opção refere-se à limitação de tempo e recursos existentes.

### **Observação Participante:**

Na técnica de observação participante o pesquisador entra em contato direto com o fenômeno observado para obter informações relativas à realidade vivenciada pelos atores sociais em seus próprios contextos (Neto, 1994).

Segundo Zaluar (1985), a técnica é geralmente usada quando o pesquisador está interessado em compreender uma organização particular ou um problema substantivo e não em demonstrar relações entre variáveis definidas abstratamente. Neste caso, as hipóteses do

---

<sup>5</sup> Classificação de acordo com a formação inicial.

estudo podem tanto ser levantadas no próprio campo como estabelecidas previamente para serem então testadas.

A observação participante tornou-se essencial, no caso desta pesquisa, para compor o mosaico por permitir a imersão na realidade do Programa em algumas escolas na tentativa de apreender a realidade dos acontecimentos durante as ações de saúde e a complementação fornecida pelas entrevistas traz ainda mais dados para a análise.

Foram visitadas três escolas, duas em M1 e uma em M2. No primeiro município foi disponibilizado um calendário com as datas das ações de saúde na escola, a partir daí as escolas foram escolhidas aleatoriamente. No segundo município a coordenação do Programa sugeriu algumas escolas para a observação, em duas delas não houve ação de saúde no período da pesquisa destinado às observações. Assim apenas uma escola foi incluída na pesquisa. Essas características que diferenciam a operacionalização do PSE nestes municípios foram debatidas na pesquisa. As observações ocorreram em agosto e setembro de 2011.

Ressalta-se que a observação participante realizada se distancia daquela concepção clássica desta técnica na qual o contato direto com o fenômeno observado se dava através de uma longa inserção na realidade vivenciada pelos atores, durando meses, levando o pesquisador a adotar hábitos daquela comunidade pesquisada como fizeram os antropólogos.

Foram utilizados como instrumentos de coleta o diário de campo e um roteiro de observação construído ao longo da pesquisa decorrente das demandas de observação percebidas ao longo da vivência no próprio campo. As pessoas presentes nos espaços observados receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e um termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para os presentes.

## **PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE**

Os eixos analíticos<sup>6</sup> informados no capítulo I referente à fundamentação teórica são utilizados para analisar os dados empíricos gerados pela pesquisa, a seguir uma descrição sucinta dos mesmos:

---

<sup>6</sup> Vide página 31

1. O conceito ampliado de saúde;
2. Benefícios (alcances) e limites desta ampliação;
3. Articulação entre as concepções de educação, intersetorialidade e Promoção da Saúde;
4. O processo de trabalho em saúde e educação ser setorial e o discurso (ideário) ser intersetorial.

## CAPÍTULO III

### O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: A face normativa

A escola é um espaço potencial de transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores e é um equipamento social importante para construção de uma sociedade democrática. Assim, a escola é a área institucional privilegiada do encontro entre a educação e a saúde, espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à Promoção da Saúde pelo viés da educação integral. A rede pública de ensino é responsável pelo atendimento, na educação básica, por 26% da população brasileira, assim, pode se tornar uma importante porta de acesso ao sistema de saúde (Brasil 2010).

O Programa Saúde na Escola foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 e iniciado em 2008, integra uma política de governo voltada à intersetorialidade que atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social.

Mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o Programa se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde que trata a saúde e educação integrais como partes de uma formação ampla para a cidadania, promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política.

Os objetivos do Programa são (Brasil, 2007):

- integrar e fortalecer a relação das redes de serviços do setor Educação e do Sistema Único de Saúde nos territórios, com o fortalecimento e sustentação da articulação entre as Escolas Públicas e as Unidades Básicas / Saúde da Família, por meio da realização de ações dirigidas aos alunos e suas famílias de forma a ampliar o alcance e o impacto destas ações, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- promover a saúde e a cultura da paz, através do reforço a prevenção de agravos à saúde;
- fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo;

- fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes.

Assim, o PSE propõe uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens – educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos, no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família conjuntamente com as equipes das escolas (Brasil, 2010).

Para o Programa a saúde é uma produção social e as práticas de saúde na escola buscam trocas de experiências e construções compartilhadas de saberes apoiadas nas histórias individuais e coletivas considerando os diferentes contextos em que são realizadas, respeitam o saber popular e o formal na construção de propostas que façam sentido para os sujeitos, assim, a operacionalização das ações deve respeitar as características sócio-econômicas, políticas e culturais dos beneficiários das ações. A participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos profissionais de saúde e dos adolescentes e jovens na construção do PSE é fundamental para sua efetivação, pois torna possível para estes sujeitos vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da saúde.

O planejamento das ações do PSE deverá considerar o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar. Os alunos devem participar das decisões que ocorrem no cotidiano da escola, na elaboração de planos de ação em saúde, reforçando assim a relevância do protagonismo infanto-juvenil.

São critérios para a adesão e recebimento de recursos do PSE: ter Equipes de Saúde da Família atuando no município – as equipes PSF trabalham de modo interdisciplinar em um território adstrito, desenvolvendo ações que vão desde a prevenção de doenças e assistência à saúde às ações de promoção da saúde, quando se mobiliza e potencializa os recursos da comunidade para resolver os problemas vivenciados pela mesma (Brasil, 2007);

conter em seu território escolas com o Programa Mais Educação, com atividades em tempo integral; incluir a temática saúde nos projetos políticos-pedagógicos das escolas; compor o Grupo de Trabalho Intersetorial- GTI, responsável pelo projeto e programação de ações, desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do PSE, na perspectiva da co-gestão. O GTI é composto por atores da saúde e educação e outros setores relevantes integrantes do PSE: cultura, desenvolvimento social, esporte, etc (Brasil, 2010); e preencher sistematicamente o sistema de monitoramento e avaliação do PSE, com as informações das ações realizadas e seus respectivos resultados e garantir a entrega dos materiais do PSE, enviados pelo ministério da educação, para as equipes de saúde e para as escolas (Brasil, 2011).

O programa está estruturado em áreas temáticas de ações. Na primeira, há a avaliação das condições de saúde mediante avaliação clínica e psicossocial, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal, acuidade visual e auditiva e avaliação psicológica do estudante. Essas avaliações têm o objetivo de conhecer como anda o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens e detecção de dificuldades na visão e na audição a partir do reconhecimento que são grandes obstáculos no processo de aprendizagem. Se algum estudante apresentar alguma suspeita de alteração na capacidade visual ou auditiva, deve ser feito o encaminhamento à unidade de saúde da família com o objetivo de garantir, aos estudantes, o acesso ao uso de óculos ou de aparelhos de audição. Além disso também são levados em conta os aspectos relativos à sua saúde mental do estudante.

Na segunda, que trata da promoção da saúde e da prevenção, serão trabalhadas as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Há neste bloco o estímulo à atividade física e práticas corporais e uma abordagem à educação sexual e reprodutiva vinculados ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Estas atividades visam à redução das vulnerabilidades da ordem individual, social e institucional e a formação e estabelecimento de uma rede de apoio e proteção à educação para ajudar as escolas a promover atividades e ações para construir um ambiente sadio e solidário, sem violência.

A terceira área do programa está voltada para a educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens e observa os temas da saúde e constituição das equipes de

saúde que atuarão nos territórios do PSE. Esta capacitação pode ser feita de forma presencial ou à distância.

A quarta área prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio das pesquisas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) e o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), tal sondagem consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema DST/AIDS.

O tempo de execução de cada bloco será planejado pela equipe de saúde da família e deve levar em conta o ano letivo e o projeto político-pedagógico da escola. Uma comissão intersetorial de educação e de saúde, formada por pais, professores e representantes da saúde são responsáveis pelo acompanhamento das ações.

O PSE conta com apoio dos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio de financiamento e fornecimento de materiais e equipamentos para as escolas e equipes de saúde. O Ministério da Saúde é responsável pelo repasse financeiro na forma de incentivo às equipes de saúde da família. O Ministério da Educação é responsável pela produção e distribuição de materiais impressos de apoio aos professores e equipes das escolas e kits com equipamentos clínicos, para as escolas e equipes de saúde. Os equipamentos/materiais a serem disponibilizados nos kits são: para as escolas- balança eletrônica infantil, estadiômetro (medidor de altura) fixo, trena antropométrica, esfigmomanômetro (aparelho de pressão), macro modelos odontológico e conjunto de fio dental, espelho bucal e limpador de língua. Para as ESF- balança eletrônica; estadiômetro portátil; trena antropométrica; esfigmomanômetro infantil e adulto; estetoscópio pediátrico; infantômetro; macro modelo odontológico e conjunto de fio dental, espelho bucal e limpador de língua.

Ressalta-se não ser objetivo desta pesquisa a avaliação do programa, estes dados buscam subsidiar a compreensão do contexto (institucional) no qual ocorrem as ações de saúde nas escolas.

## **CAPÍTULO IV**

### **DO PLANEJAMENTO À OPERACIONALIZAÇÃO: OS DESFECHOS NA REALIDADE PESQUISADA**

#### **INTRODUÇÃO**

O planejamento e operacionalização das ações de saúde na escola e a participação dos atores nestas etapas retratam o que ocorreu, já que podiam se aproximar das recomendações presentes na literatura, serem fiéis à face normativa recomendada pelo PSE ou se distanciar destes devido a condicionalidades existentes. A existência ou não de parcerias também é alvo de análise neste capítulo por se tratar de um programa intersetorial complexo.

No século XX, a ideia de que a escola é uma instituição especialmente talhada para a educação em saúde dos alunos e socialmente responsável pela destinação de parte considerável da própria assistência à saúde de crianças e adolescentes ganhou espaço juntamente com a expansão dos sistemas de ensino para as camadas populares. Isto, segundo Valadão (2004), baseia-se na defesa da saúde como um dos componentes essenciais da experiência escolar que passa a apoiar-se firmemente na perspectiva de universalização do acesso à educação fundamental que, embora longe de ser uma realidade, é uma tendência e uma meta assumida pela quase totalidade dos países do mundo.

Ressalta-se que as ações de saúde pesquisadas ocorrem, de forma geral, para crianças e adolescentes das escolas de ensino fundamental, mas toda a comunidade escolar pode ser beneficiária e este é um objetivo a ser perseguido por ações de Promoção da Saúde na escola.

## **PARTICIPAÇÃO DOS ATORES E DA POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA NAS AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA**

Neste item busca-se evidenciar como se dá a participação mediante discussão de prioridades e criação de estratégias para enfrentá-las objetivando o desenvolvimento sustentável da comunidade escolar.

Nascimento (2010) afirma que quando programas, projetos e equipes técnicas são desafiados ao diálogo e ao trabalho conjunto com a perspectiva da inclusão social há a participação dos membros da comunidade envolvida enquanto sujeitos do processo e a intersetorialidade é necessária ao processo de intervenção.

A participação dos envolvidos nas ações de saúde e a discussão da realidade local – integração com a comunidade, levantamento crítico das suas necessidades e problemas, interpretação dialética e transdisciplinar da realidade – é essencial para a superação do sistema hegemônico que culpabiliza a população por problemas dos quais são vítimas (Wimmer e Figueiredo, 2006). Estes autores reiteram que é preciso que se respeite a curiosidade e os interesses da população quando se pretende construir ações realmente coletivas. Peres e colaboradores (2005) relatam que a efetividade de ações de Promoção da Saúde, das que objetivam a melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente da saúde, implicam um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária.

## **PARCERIAS**

Tratando-se de um programa intersetorial é notório que as parcerias que o setor educação e saúde fazem são essenciais para que o PSE possa efetivar seus objetivos. E até mesmo é importante conhecer como se dá a parceria entre a educação e a saúde.

Wimmer e Figueiredo (2006) acreditam que a complexa situação social de exclusão em que vive a maior parte da população não pode ser resolvida apenas com ações setoriais, mas a partir de micro e macroestratégias intersetoriais construídas em articulação por Estado e Sociedade Civil.

## **ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS**

### **Município 1 - M1**

#### **PLANEJAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

A educação integral existe a partir de um decreto, logo, em todas as escolas existem atividades no contra-turno escolar. Elas vão desde atividades esportivas e formativas a noções de higiene corporal. A realidade enfrentada pela escola pública brasileira perpassa essa educação integral, pois neste município, para que fosse possível que os alunos ficassem na escola entre os turnos foi criada a função de 'Mãe Educadora', mães de alunos pertencentes à comunidade na qual a escola está inserida e que são responsáveis pela supervisão dos alunos no intervalo entre os turnos. Buscou-se, segundo G1, a identificação destas mães com os alunos já que estas fazem parte da comunidade escolar. Contudo, devido à baixa remuneração, falta de capacitação e suporte pedagógico, muitas vezes esses atores deixam essa função quando aparece qualquer outro tipo de atividade remunerada. Apesar de não haver vinculação direta com o PSE, este caso foi evidenciado porque o contexto com o qual o Programa se relaciona é importante para compreender seu funcionamento.

As ações do Programa neste município ocorreram através de agendamento prévio feito pela coordenação do Programa no âmbito central da Secretaria de Educação. É confeccionada uma agenda mensal com as escolas e equipes de profissionais de saúde que a visitarão. Na ação de saúde é realizada a avaliação clínica dos alunos, turma por turma e quando surgem sinais e sintomas de doenças ou é realizado algum diagnóstico é feito o encaminhamento para o serviço de saúde, também é feito um relatório informando o que foi suspeitado ou diagnosticado para que os profissionais de educação da equipe diretiva da escola possam comunicar aos responsáveis dos alunos. A participação do responsável nesse processo é fundamental para que a ação de saúde neste aluno tenha possibilidades de ser efetiva, isso porque é o responsável que levará o aluno ao serviço de saúde e dará prosseguimento ao tratamento quando necessário.

Além da forma citada na qual é a gestão em âmbito central que faz o planejamento, também ocorrem casos em que a demanda vem da escola para o Programa. Segundo G1, o

coordenador do projeto político-pedagógico (CPP) – profissional de educação que faz a ligação entre o horário integral (Programa Mais Educação), o horário regular e os projetos existentes na escola – possui um momento de planejamento com os responsáveis pelas ações de saúde e a partir daí podem surgir demandas que venham da escola para o Programa. Tal fato se aproximaria do que Moura et al (2007) defendem, para estes autores a escola deve começar a perceber-se como espaço de humanização e promoção de qualidade de vida. Assim, a consolidação da Promoção da Saúde no espaço escolar ocorreria por intermédio do compartilhamento, entre educadores e educandos, de experiências da realidade social.

Na escola E a CPP procurou a coordenação do PSE na Secretaria de Educação com uma questão relacionada à sexualidade de jovens e adolescentes. A partir da detecção de muitos casos de jovens na pré-adolescência já ligadas com a questão da sexualidade ‘exacerbada’, houve grande preocupação já que é uma temática ligada à saúde e que envolve questões morais, religiosas, éticas e legais que não permite uma abordagem descuidada. A coordenação do Programa procurou a Secretaria de Saúde e uma profissional de saúde da assistência social foi encaminhada à escola. Esta profissional trouxe uma primeira palestra para os alunos que era sobre uma temática qualquer e não ligada à sexualidade. O objetivo era conhecê-los e fazer a socialização com eles, a partir daí foi criado um clima propenso à abordagem da temática ligada à sexualidade.

No primeiro momento a profissional de saúde buscou a familiarização entre ela e os sujeitos que seriam beneficiários de sua atuação profissional. Num segundo momento, a assistente social sutilmente abordou a questão da sexualidade, assim não houve imposição, não houve resistência por parte dos alunos já que foi caracterizada uma troca entre a profissional e seu saber especializado e os alunos e seu saber baseado nas suas vivências. Esta ação de saúde obteve êxito e houve grande satisfação por parte das profissionais da escola já que os alunos, anteriormente, se mostravam relutantes em aceitar qualquer atividade diferente na escola. Assim, a forma como se deu à entrada da profissional da Assistência Social fez toda a diferença.

Costa, Pontes e Rocha (2006) reiteram que em muitos casos, os sujeitos e as coletividades ainda são tratados como objetos de ações isoladas e fragmentadas, complementam afirmando que o discurso dos usuários dos serviços é ignorado pelo saber

médico, sua subjetividade é tratada por um especialista e seus hábitos ou modo de vida são frequentemente submetidos à ordem médico-sanitária de regras uniformes. No caso citado acima houve o contraponto do que muitas vezes ocorre nas ações de saúde nas escolas e que foi apontado por Tavares (2002) ao afirmar que há um distanciamento entre as proposições de ações de saúde para crianças e adolescentes, em especial os mais pobres, e suas reais necessidades, já que não consideram as condições de vida específicas aos diferentes grupos sociais, se aproximando do que defende Silva (1997) ao afirmar que a partir do levantamento das necessidades da comunidade, devem ser discutidas as prioridades e criadas novas estratégias para enfrentá-las, buscando o desenvolvimento sustentável da comunidade escolar.

O que ocorreu na escola E é um exemplo da importância da tentativa de compreensão do que efetivamente ocorre nas escolas quando são realizadas as ações de saúde do PSE. A face normativa do Programa preconiza que sejam realizadas as ações de saúde, que podem ser, por exemplo, uma palestra descompromissada com a realidade que cerca a escola e de vida dos alunos, ou palestras nas quais seja estabelecida uma parceria com os alunos e com isso o tema encontre relevância para estes.

Neste município, a partir da identificação de uma prioridade relacionada à saúde da comunidade educativa e da comunidade em geral as Secretarias de Educação e de Saúde utilizam o Programa para o enfrentamento do problema. O caso da dengue que é emblemático no estado do Rio de Janeiro, neste município não é diferente. Foram realizadas ações do Programa para o auxílio no combate da dengue, elas ocorreram na escola e na comunidade. Os agentes de saúde realizaram peças de teatros, nestas os próprios agentes de saúde são os atores, trazem o figurino, os alunos também participam. Para Silva (1997), a escola pode representar o equipamento social que protagonize a ação de mudança do quadro desfavorável das condições de vida da população, a partir do seu eficaz papel de construção do conhecimento e a educação em saúde faria parte desta construção.

Contudo, para G2 o objetivo das ações de saúde não é se caracterizar uma consulta médica, mas uma ação preventiva com o objetivo de detectar possíveis problemas e encaminhar. Parece que a resolutividade não interessa à ação de saúde, pois pode haver casos em que será necessário fazer o encaminhamento para o serviço de saúde e outros que os profissionais de saúde poderiam atuar de forma definitiva durante a ação na escola. Essa

informação é relevante por partir da gestão do Programa e se encontrar respaldo na ponta, na ação dos profissionais envolvidos, pode acarretar numa séria limitação para a consolidação da Promoção da Saúde e para o alcance dos objetivos do Programa tais como: fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde ou promover a saúde através do reforço a prevenção de agravos à saúde.

Diferentes autores discutiram tal questão, Valadão (2004) alerta para o fato de que as atividades assistenciais não sejam desenvolvidas no horário destinado ao desenvolvimento curricular, em substituição a ele e nem mesmo como sua parte integrante. Ferriani e Cano (1999) alertam que transformar as escolas em ambulatórios médicos descaracteriza a escola enquanto espaço pedagógico, Valadão (2004) afirma ainda que a escola não se torna promotora de saúde a partir de uma delegação ou da instrumentalização para assumir tarefas específicas. A autora afirma que compreender a escola como cenário para práticas ligadas à saúde não pode implicar despojá-la de seu próprio caráter ou torná-lo secundário em relação à saúde, subordinando o projeto educativo a prioridades e demandas que competem por atenção em um único espaço institucional de acolhimento de crianças e adolescentes.

Assim, defendemos que as atividades assistenciais poderiam ser realizadas no horário regular daqueles alunos que são os beneficiários das ações de saúde sem que isto cause prejuízo ao desenvolvimento das atividades pedagógicas. O planejamento pedagógico anual ou bimestral geralmente deixa margem para que isto possa ocorrer. Também não se defende uma subordinação das atividades pedagógicas às atividades assistenciais de saúde, mas a resolutividade possível para o momento da ação de saúde deve ser considerada.

## **PARTICIPAÇÃO DOS ATORES E DA POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA NAS AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA**

G1 afirma que a escola tem autonomia para optar pelas temáticas ligadas à saúde que atendam as suas necessidades, seguem-se as diretrizes gerais do Programa mas algumas adequações podem ser feitas de acordo com a realidade da escola e da comunidade local. Os profissionais de educação responsáveis pelo contato com as equipes de saúde são o coordenador de aprendizagem (CA) e o CPP, eles devem buscar a

intercessão entre o projeto político-pedagógico (PPP) da escola, o planejamento curricular e as atividades do PSE. Tal fato evidencia a existência de liberdade para a adequação do Programa à realidade da escola. Contudo, segundo G2 não ocorre participação de representantes da comunidade escolar no planejamento das ações, só há participação do representante da Secretaria de Educação e da Secretaria de Saúde.

Santos (2011) faz importante observação sobre a relação entre os setores, para a autora em uma política intersetorial não pode haver dependência exclusiva de encontros formalizados, que na maioria dos casos ocorrem com intervalos longos. Nesse sentido, outras estruturas de oportunidades e canais de comunicação mais rotineiros devem estar disponíveis para que os atores envolvidos em uma dada política pública possam se relacionar. Neste caso pesquisado, segundo G2 os encontros são freqüentes e há contato quase diariamente por outros meios como o telefone e correio eletrônico com o objetivo de fazer os ajustes necessários para o êxito das ações. Ela lembra que a representação da comunidade educativa ocorre através do Conselho Escolar (CE) no âmbito da própria escola, assim, não há contribuição dos beneficiários das ações no planejamento que ocorre na gestão central do PSE. Esta gestora afirma que há planos para esta participação ocorra o que já mostra a importância da contribuição dos beneficiários no planejamento central.

A participação dos profissionais da ponta no planejamento se dá através de retroalimentação de informações das ações que são realizadas. G2 confirma que as escolas possuem possibilidade de adequação das atividades do Programa de acordo com a sua realidade e que coordenação do PSE na Secretaria de Educação faz a ponte entre as necessidades apontadas pelas escolas através de sua equipe diretiva e a equipe de saúde que atenderá tal escola. G2 exemplifica com o caso da escola H que fica situada na zona rural deste município, a diretora desta escola procurou a coordenação do PSE solicitando qualquer tipo de ação lá já que a comunidade reconhecia a carência de infra-estrutura, de assistência à saúde, entre outros. A partir daí, esta escola passou a fazer parte do cronograma do Programa. Chama atenção o fato de um representante do poder público, num cargo de gestão, reconhecer a ‘falta de tudo’ naquela comunidade escolar. Como esta gestora e profissional de educação lida com tal responsabilidade? Quais os meios ela possui para mudar tal situação? Será que ela tem tal interesse? Responder tais questionamentos não fazem parte dos objetivos desta pesquisa, eles foram feitos por

acreditarmos que fazem parte de constantes reflexões de profissionais de saúde e educação que atuam na educação e saúde públicas.

Segundo Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) os profissionais que entregam os serviços diretamente à população percebem e denunciam, seguidamente, os efeitos perversos da fragmentação das políticas sociais. Os autores citam os exemplos de um professor ou um profissional de saúde, estes não teriam, nas organizações tradicionais setorializadas, condições de encaminhar efetivamente esses problemas, de canalizar essas necessidades e demandas, já que são de áreas distintas da administração pública. Assim, G2, por atuar num cargo de gestão de um programa intersetorial e mediante o reconhecimento desta carência acertou ao incluir esta escola no PSE e poderia ir além, articulando e buscando outras respostas às necessidades daquela comunidade educativa.

### **PARCERIAS**

As Secretarias de Educação e Saúde possuem bom relacionamento e há reciprocidade na busca pela resolução de prioridades ligadas à saúde dos beneficiários do Programa segundo G1. A obviedade aparente desta afirmativa por ser relacionada a um programa que envolve justamente os setores Educação e Saúde nem sempre se confirma. Valadão (2004), por exemplo, afirma que é precisamente na valorização de suas especificidades que faz das instituições de educação e de saúde parceiras privilegiadas. Assim, é preciso dar à escola os méritos e responsabilidades da escola, que não poderão ser gerados em uma visão construída no setor saúde, nem são por ele delineados.

Segundo relato de G2, no ano passado na escola F surgiu a necessidade de abordagem da temática ligada à paz devido a problemas de violência dentro da escola e em seu entorno. A coordenação do Programa buscou parceria de agentes da assistência social e foi feita uma programação de palestras que ainda contou com a participação da Coordenação Municipal de Assistência a Mulher, assim além da Saúde e da Educação havia o apoio desses dois setores. Houve grande engajamento da equipe diretiva da escola e com isso esta ação contou com a presença de ao menos duzentas pessoas da comunidade escolar. Ainda segundo G2, a ação foi um sucesso já que os pais e alunos teriam se conscientizado. Ainda que possa haver dúvidas sobre tal conscientização, se ela pode ocorrer em um dia a partir de uma palestra, a ação de saúde e as parcerias estabelecidas foram um ponto de partida para

que a problemática, neste caso a violência, seja discutida e problematizada na escola. Ressalta-se a importância da ampliação necessária representada pela intersetorialidade por tornar a possibilidade de êxito das ações de saúde ainda maior.

G2 também relata que a Coordenadoria de Assistência a Mulher procurou a Secretaria de Educação e a coordenação do PSE pedindo apoio para a divulgação da Delegacia Especial de Atendimento a Mulher (DEAM) através de palestras para alunos e responsáveis nas escolas. Isto porque a participação feminina no cotidiano da escola é prevalente, mães, avós e tias são, na maioria das vezes, aquelas que deixam e buscam os alunos. Nesta ação buscou-se divulgar os serviços da delegacia, incentivar a denunciar caso sejam ou conheçam vítimas de agressões e maus-tratos fortalecendo/empoderando assim essas mulheres.

Esta mesma gestora afirma ainda que também já foram feitas parcerias com a Secretaria Municipal de Assistência Social e Prevenção à Violência, Defesa Civil. Independente da denominação que a Secretaria recebe, fica evidente que temas ligados a questões de gênero, violência, defesa civil entre outros fazem parte das ações de saúde nas escolas e neste município foram representados por instituições. Contudo, não há parceria com a iniciativa privada, algo que poderia ampliar ainda mais as ações de saúde do PSE.

## **OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

O PSE funciona no município desde agosto de 2010, já ocorreram palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), violência, entre outras que foram ministradas por profissionais da enfermagem, profissionais da fisioterapia já palestraram sobre educação postural, osteoporose, LER/DORT além das demais ações.

Na observação 1, a ação de saúde consistiu nas medidas de peso corporal (PC), altura e pressão arterial (PA), neste dia foram atendidos 146 alunos do 2º ao 5º anos de escolaridade, os demais alunos já haviam sido atendidos já que esta é a terceira visita da equipe de saúde na escola, já foram realizadas: triagem auditiva, avaliação funcional e palestras sobre postura. Todas as turmas foram contempladas.

### **Equipe de saúde 1**

Esta equipe é composta por uma profissional da fisioterapia, duas da enfermagem (enfermeira e técnica) e uma funcionária administrativa. A composição da equipe depende da escala dos profissionais, além dos já citados há também profissionais da: medicina (pediatra), fonoaudiologia. Eles estão vestidos de roupas predominantemente brancas e com jalecos nos quais se lê: Nova Saúde da Família / Prefeitura de M1/ SUS. Ressalta-se que esta equipe de saúde não é vinculada ao Programa de Saúde na Família (PSF), ela foi formada para atender o PSE e está vinculada aos Projetos Especiais da Secretaria de Saúde. Tal fato parece demonstrar que no M1 o programa recebeu importante atenção. Contudo, existem escolas que são atendidas por postos de saúde e isso acarreta, as vezes, a não aceitação dessa equipe do PSE. Isto demonstra uma 'sobreposição de pessoal', ou seja, há duas equipes de saúde e uma delas não encontra aceitação para atuar. Surge então a questão ligada a governança dos gestores do setor saúde para evitar que isto ocorra ou que os esforços de ambas as equipes sejam conjugados para um atendimento dos escolares.

### **As condições de realização da ação de saúde**

A ação ocorre numa sala retangular que dá acesso a diretoria e a uma sala de vídeo adaptada, a realidade e a diversidade da escola pública, na sua estrutura física, na comunidade atendida, na composição da equipe de profissionais, entre outros, é um importante fator que deve ser considerado ao se propor a conhecer ações de saúde na escola. A ordem adotada é: PA, PC e altura. É utilizada uma régua escolar e fita métrica de costura presa na parede para a realização da medida de altura dos alunos e uma balança caseira para a medição do PC. Os alunos são atendidos descalços e com a roupa da escola. É pedido o silêncio para não atrapalhar na medição da PA, são dois aparelhos com manguitos para circunferências diferentes do braço. A fita métrica presa na parede só ia até 1,50m, aparentemente alguns alunos têm altura superior a esta. Há, como material de apoio, uma cartilha de desenvolvimento pondero-estatural que não foi consultada durante a realização das medições.

A forma de medir PC e altura, ainda que não sejam completamente fidedignas para o levantamento de dados científicos, permitem o acompanhamento do desenvolvimento físico dos alunos. Uma das questões principais que esta pesquisa suscita é como serão

utilizados tais dados, altura e PC por exemplo, realmente será feito um acompanhamento? A investigação deste questionamento extrapola os objetivos desta pesquisa, surge então uma possibilidade de pesquisa complementar.

### **O Processo de trabalho em saúde no Programa**

Outro fato importante que auxilia na compreensão da dinâmica do processo de trabalho na qual se dão as ações de saúde na escola pode ser exemplificado através do deslocamento da equipe até a escola. Neste município geralmente é a Secretaria de Saúde que fornece o transporte, mas neste dia a supervisão do Programa pagou do bolso o combustível para a equipe chegar na escola. Essa realidade influi na forma como a Saúde entra na escola. Como seria se a escola e os alunos aguardassem uma ação de saúde previamente agendada e ela não ocorresse por falta de transporte para a equipe de saúde?

### **Equipe de saúde 2**

Na observação 2 a equipe é formada por profissionais da: fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem (enfermeira e técnica), odontologia e funcionária administrativa. Conforme informado, apenas a funcionária administrativa é a mesma profissional que estava presente na observação 1 devido a escala dos profissionais de saúde. O pesquisador é apresentado à equipe pela diretora como se fosse acompanhar, avaliar a ação de saúde, este afirma que irá observar buscando não interferir.

### **O imaginário dos beneficiários e as ações de saúde**

Entram os alunos, são cinco por vez, uma aluna está com medo, diz para outro aluno ir na frente por que é homem, afirma: *”se tirar vacina vai doer”*. São realizados a verificação auditiva, a medição da PA, altura, PC e escovação dentária. É utilizado um otoscópio que é limpo com álcool após cada utilização, um esfigmomanômetro, uma balança caseira, régua escolar e fita métrica presa na parede com esparadrapo, a fita está torta.

A profissional da fonoaudiologia ao não ouvir o nome do aluno dito por ele afirma: *“você tem voz para gritar lá fora, não vai ter para falar seu nome?!!”* Esta profissional pergunta a um aluno que examina se ele está sentindo dor, diz: *“nem um pouquinho?”* O

aluno responde que não. No intervalo da ação de saúde, ao ser questionada o que observou naquele aluno, diz que havia inflamação e afirma que vai preparar a guia de referência.

Muitos alunos olham do lado de fora da sala pela parede que é vazada, perguntam uns para os outros para que serve a ação de saúde. Dois alunos estão com medo, dizem um para o outro: “*é você, não, é você*”. Um desses alunos pergunta: “*vai dar vacina?*” A profissional da fonoaudiologia responde: “*vou, no bumbum, preparem-se*”.

Uma aluna que não está entre aquelas que são trazidas pelas professoras da escola entra na sala e pede para ‘tirar’ a pressão, a equipe de saúde responde que o programa só atende crianças de até 13 anos. Outro aluno pergunta: “*não é injeção não né tia?!?*” Alunos da educação infantil ganham kits de escovação (escova e pasta de dente), mas não há kits suficientes para todos.

A profissional da fonoaudiologia afirma que a triagem auditiva não ocorre por falta de condições. A enfermeira compara os dados de PC e altura com tabela de desenvolvimento pondero-estatural.

Um aluno questiona o que era e quem fazia parte da equipe de saúde, afirma: “*você acha que algum médico nariz em pé que trabalha em hospital particular viria na escola?*” Alguns profissionais afirmam que trabalham em consultórios, hospitais e que há o profissional médico no programa. A profissional da fonoaudiologia diz que os alunos têm que ser tratados de igual para igual.

As ações de saúde na escola lidam com o imaginário pré-concebido sobre saúde e sobre o profissional de saúde, neste caso o profissional médico, denotando uma realidade na qual o contato com estes profissionais não é algo comum, é algo raro, uma exceção.

### **A ação de saúde, suas possibilidades e a dinâmica escolar**

Fica evidenciado que a ação de saúde interferiu na dinâmica da escola e foi focalizada. O atendimento não foi ampliado para outros alunos, eles não puderam se beneficiar da presença da equipe de saúde na escola. Ainda que haja a necessidade de direcionar os recursos existentes, um procedimento simples como a medição da PA podia ser uma oportunidade de acolhimento deste aluno, uma aproximação deste com os profissionais de saúde.

## **Município 2 - M2**

### **PLANEJAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

A ação integrada entre educação e saúde já existe desde a década de 90, logo, esse movimento de saúde na escola já existia independentemente do PSE. G3 afirma que questões ligadas à saúde ambiental, prevenção das DSTs/AIDS entre outras já faziam parte das atividades das escolas a partir da inclusão da saúde como tema transversal nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), só que ocorriam de forma dispersa a partir da iniciativa de alguns profissionais. Estes profissionais eram convidados a expor suas experiências em seminários na rede de ensino.

Dado este histórico houve em 2010 a inclusão da semana da saúde na escola no calendário pedagógico por iniciativa da SME, o que denota a importância dada às questões ligadas à saúde independente do Programa. Assim, até mesmo as escolas que não fazem parte do PSE têm a possibilidade de realizar ações nas quais a saúde é o tema principal.

Segundo G3, o PSE aborda os pontos de atenção básica em saúde: prevenção de violências e agravos à saúde, nutrição, saúde bucal, DSTs/AIDS, hepatites virais e as questões de saúde ambiental voltados para a Promoção da Saúde. Os atendimentos são feitos pelas equipes de PSF que estão vinculados à determinada escola e realizam avaliação clínica, nutricional, da saúde bucal na perspectiva clínica e educativa.

O planejamento, no âmbito central, é feito pelo grupo de trabalho intersetorial que é composto pela Saúde e Educação Municipal, a Educação estadual (Coordenadoria Metropolitana), Assistência Social e Direitos Humanos e os parceiros. G3 esclarece que existe um planejamento inicial que é aquele que é feito pelo grupo gestor que são focados nas escolas do Programa e o planejamento secundário que é feito com os parceiros para os casos em que o órgão gestor não possui recursos para realizar as ações e os parceiros são chamados com o objetivo de ampliar a capacidade de realização das ações de saúde na escola.

A avaliação das ações operacionalizadas pelos parceiros é feita por um membro da Secretaria Municipal de Educação (SME) ou mediante envio de relatório pela equipe diretiva da escola, assim é possível acompanhar a efetividade da mesma, ou seja, se o que foi planejado conseguiu-se colocar em prática.

Além das ações do PSE, existem outros programas que também desenvolvem atividades ligadas à saúde, por exemplo, os programas chamados Escola que dá gosto, Mais Educação e Recreio nas férias. G4 explica que o primeiro desenvolve atividades com alimentos na perspectiva do reaproveitamento, mostrando às crianças que as cascas dos alimentos são onde se encontra a maior parte dos nutrientes, assim são dadas mais opções na dieta da família dos alunos. No segundo, de acordo com a comunidade na qual a escola está inserida, são realizadas oficinas com temáticas ligadas a questões que interfiram no cotidiano das pessoas, o problema do lixo foi um exemplo citado. Há também algumas ações que se desdobram a partir do PSE sem estarem vinculadas a nenhum programa ou projeto. G3 lembra que foram realizadas ações que buscaram atender o entorno da escola com questões ligadas à saúde, ao meio-ambiente, empreendedorismo, direitos etc. Assim, a escola torna-se um equipamento aliado no desenvolvimento da comunidade. Já no terceiro, as atividades são desenvolvidas de maneira lúdica, com teatro e a culminância ocorre no teatro municipal. Para G4 essa é a forma deste programa de mostrar a importância da saúde para cada criança, levando em conta que é uma questão complexa diante das condições de vida dos alunos.

Valadão (2004) ressalta que a primeira condição para compor um referencial de escolas que promovem a saúde é reconhecer na escola uma potencialidade intrínseca: no espaço físico, nas formas de organização da experiência educativa, na convivência cotidiana. Assim, para essa autora a escola pode promover a saúde sendo escola e cuidando da educação de forma crítica, mesmo quando não toma em conta, de forma explícita, dimensões interpretadas como saúde.

Os desdobramentos do PSE e até mesmo as outras ações que não possuem vínculo com este programa são importantes porque o aluno muitas vezes retrata nos seus hábitos e costumes a realidade na qual está inserido, na família, na comunidade, assim, quando o aluno vivencia um ambiente violento ou com lixo em locais impróprios, por exemplo, ele pode tender a reproduzir tais condutas. A escola é o lugar por excelência onde esta realidade deverá ser questionada e refletida e o PSE e os demais programas podem ser o ponto de partida para este processo. Não se trata de uma 'visão romântica' do papel social da escola a partir da defesa da escola e da educação formal como a resolução para questões sociais complexas como as citadas, mas a constatação de que programas, vinculados à

saúde ou não, quando realizados dentro das escolas, podem fazer parte de um processo que não se esgotará na escola, com o objetivo de mudanças locais.

Na escola F, por exemplo, a comunidade possuía alta incidência de violência e a equipe da escola sinalizou esta questão a SME, a equipe de supervisão visitou a escola, ouviu alguns profissionais de educação e traçou a estratégia de fazer visitas mais frequentes à escola para que os profissionais desta percebessem a existência de apoio para combater a questão da violência. Isso foi fundamental para que a questão da violência fosse trabalhada de forma exitosa.

Para Moura et al (2007) o objetivo maior das ações de saúde na escola é sensibilizar todos na busca de saúde de grupos e de toda a coletividade, reforçando assim a ação comunitária através de redes sociais de apoio, do desenvolvimento de aptidões pessoais e do estímulo ao exercício da cidadania, ações estas que concretizarão a Promoção da Saúde no espaço escolar. Assim, as visitas frequentes da equipe de supervisão escolar tornou possível a constituição de redes de apoio gerando confiança para fazer com que as estratégias escolhidas fossem colocadas em prática.

Na escola A, segundo P2, o planejamento foi realizado a partir de observações das condições e necessidades da comunidade na qual os alunos da escola vivem. Contudo, quem observa esta tal realidade? Profissionais especializados de educação ou de saúde tendem a ver tal realidade apenas pela perspectiva das necessidades e carências, não se reconhecem às potencialidades e possibilidades. Mas também há a abertura para o surgimento de temas ou necessidades específicas com a equipe do PSF se colocando a disposição para tais casos quando ou se surgirem. Esta reflexão relacionada a quem avalia a realidade não quer dizer que profissionais de saúde ou educação não possam realizar uma leitura da realidade assim como aqueles a quem querem beneficiar com as ações de saúde, só traz a tona o fato de o lugar que ocupa na estrutura da sociedade interferir na avaliação.

Esta reflexão é presença marcante na literatura sobre Promoção da Saúde e intersetorialidade, conceitos centrais para esta pesquisa. Costa, Pontes e Rocha (2006) defendem a valorização da percepção que o cidadão tem acerca dos seus problemas, com suas identidade e sua prática social. Junqueira (2004) revela que a população deve passar a ser considerada como sujeito e não como objeto das ações de saúde e com isso ela passa a assumir um papel ativo colaborando na identificação dos problemas e na sua solução.

Assim, para este autor, muda-se a lógica da política social, que sai da visão da carência, da solução de necessidades, para aquela dos direitos dos cidadãos a uma vida digna e com qualidade. Wimmer e Figueiredo (2006) complementam defendendo que o profissional de saúde, o sanitarista, o educador, etc. podem e devem apoiar a comunidade para que ela mesma vença as suas dificuldades, e estas não devem ser ditadas por um único setor, mas construídas numa discussão intersetorial que fortaleça um processo de tomada de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos na realidade cotidiana pela comunidade. Para isso, segundo os autores, é necessário que, além da capacidade científica, do domínio técnico e da ação política, tais profissionais tenham compromisso com o desenvolvimento de autonomia da comunidade.

Ainda na escola A, a semana da saúde durou mais do que uma semana (aspecto cronológico) em virtude da obra que ocorria na escola. Essa escola, no momento da realização da pesquisa, estava funcionando em um prédio emprestado, adaptado e que não apresentava condições para a continuação de ações de saúde já existentes. Neste prédio só havia um banheiro masculino e um feminino que era em um andar diferente das salas de aula. Assim, o hábito da escovação que já havia sido trabalhado em ações de saúde anteriores não pôde ter a continuação desejada. Este hábito ligado à higiene bucal por parte dos alunos era considerada uma conquista por essa escola que havia o desejo de construção de um escovódromo na escola que estava em obras para que tal atividade pudesse ser mais bem desenvolvida. P2 ressaltou que as atividades não deixaram de ser realizadas. Mais uma vez a realidade imposta pelas condições da escola pública interferiram no funcionamento do Programa e das ações de saúde.

Na semana da saúde, a equipe de PSF também realizou orientações sobre como funciona o PSF, sobre a saúde dos responsáveis pelos alunos. Nesta escola, além da semana da saúde, foram desenvolvidos no Programa encontros com as famílias para a discussão de assuntos ligados à saúde dos alunos e da família, dinâmicas e oficinas com os alunos. Estas ações são feitas pelos profissionais das equipes do PSF ou pelos profissionais da educação da escola. Não houve a necessidade de apoio das Secretarias ou do Programa em prioridades relacionadas à saúde a partir da identificação pela comunidade educativa, mas P2 acredita que haverá apoio, o que é bom, pois a descrença poderia impossibilitar um pedido de ajuda quando necessário. Ainda na escola A, ocorreu também uma demonstração

da limitação existente entre a necessidade de encaminhamentos e a possibilidade de atendimentos pela equipe do PSF. Foram detectados um número de crianças com cáries, contudo nem todas foram encaminhadas para o devido tratamento pela impossibilidade de atendimento pela equipe de PSF.

Leonello e L'Abbate (2006) relatam a urgência de uma maior articulação entre os responsáveis pelos setores da educação, da saúde e representantes da comunidade, no sentido de refletir e debater as temáticas da educação e da saúde e, sobretudo, a relação entre os dois campos. Os autores acreditam que tal articulação irá contribuir para a construção de uma concepção mais integrada e crítica da educação em saúde e também da saúde em educação capaz de nortear ações coletivas e planejadas de saúde e educação que sejam condizentes com a realidade social. Esta maior articulação poderia tornar possível que toda demanda gerada nas ações do PSE fossem atendidas pela equipe de PSF e as demais instituições do setor saúde.

Na escola B as ações de saúde acontecem a um ano. Ela é atendida pela equipe de PSF da localidade que visita escola uma vez por mês com intenção de aumentar essa periodicidade. Por parte de P3 há a convicção de que a educação e saúde devem vir juntas, pois uma coisa está ligada à outra. Nesta escola já foram realizadas palestras sobre alimentação saudável, higiene bucal e sobre higiene corporal. Também já foram realizadas consultas clínicas nas quais foram detectados casos de obesidade e hipertensão além da assistência a saúde bucal. A partir da crença de que a criança acata melhor do que um adulto o que os profissionais de saúde passam, P3 afirma que o que se objetiva são mudanças nos hábitos de vida. Ainda que seja verdade, qual será a governança dessa criança para atuar em favor da sua saúde e de sua família? Tal reflexão parece não fazer parte da busca da equipe de saúde em fazer de suas palestras ações efetivas e com reais possibilidades de que elas possam gerar mudanças nas condições de saúde dos beneficiários.

O planejamento dos temas das ações de saúde é feito pela SME que passa à equipe de saúde algumas opções e a equipe de saúde estabelece prioridades de acordo com a realidade da escola. A escola e a comunidade educativa, até o momento da pesquisa, não haviam mudado a prioridade escolhida pela equipe de saúde, apesar desta reconhecer a importância de existir possibilidade de escolha ou priorização de algum tema dentre

aqueles propostos pela SME. P3 reconhece também que há situações nas quais o professor, que está em contato diariamente com as crianças, é o melhor profissional para abordar algumas temáticas do que os profissionais de saúde que não estão em contato com os alunos não tão assiduamente quanto os professores.

Para Valadão (2004), as atividades assistenciais não pressupõem o professor e os demais membros da comunidade escolar como componentes da equipe de saúde, seja na forma de observadores com capacidade de fazer triagens, hipóteses diagnósticas, ou enquanto responsáveis pela destinação de técnicas específicas do cuidado profissional em saúde. Já para Tavares e Rocha (2006), a equipe escolar pode contribuir para um diagnóstico da qualidade de vida dos escolares e suas famílias, oferecendo informações e buscando estratégias de enfrentamento dos problemas já existentes. Gonçalves et al. (2008) afirmam que o professor e a equipe pedagógica seriam incorporados nas ações de Promoção da Saúde já que possuem grande familiaridade com os alunos, estando envolvidos na realidade sócio-cultural dos discentes, o que facilitaria o trabalho.

Vale ressaltar que tais afirmativas não invalidam a existência de equipes de saúde nas escolas, tanto em propostas educativas como na prestação da assistência preventiva, diagnóstica e/ou curativa, contudo há que se ter claro os propósitos e objetivos desta ação de saúde para que os envolvidos estejam conscientes do que será ofertado e como isto se dará. É necessário então que haja participação da comunidade escolar na identificação, planejamento e execução das práticas assistências e educativas que ocorrem no ambiente escolar.

Na escola B também não foi necessário o apoio das secretarias ou do Programa em prioridades relacionadas à saúde da comunidade educativa, mas há por parte de P3 a crença que isto ocorreria caso fosse necessário, como citado anteriormente, isso é um fator positivo.

## **PARTICIPAÇÃO DOS ATORES E DA POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA NAS AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA**

G4 afirma que quando uma demanda ligada à saúde chega ao âmbito da gestão central do PSE, toda equipe envolvida no Programa na Secretaria de Educação é

cientificada e é mobilizada para buscar meios e parcerias para atuar nestas questões. Geralmente, este processo de busca de parcerias para atender a demanda tem sucesso.

Neste município também não há participação de representantes dos beneficiários no planejamento no âmbito da gestão central do Programa, G4 acredita que a representatividade do CE é efetivada nas reuniões que ocorrem nas escolas e assim as prioridades da comunidade poderiam ser respeitadas. Mas P2 afirma que só participam dos encontros para o planejamento das ações de saúde na escola A profissionais de educação e saúde do PSF. Este planejamento no âmbito da escola A iniciou-se na semana de planejamento que ocorre no início do ano letivo e teve prosseguimentos nos grupos de estudos (GEs) quando alguns momentos foram reservados para a discussão das ações do PSE na escola. Em alguns GEs houve a participação da equipe de saúde do PSF e também ocorreram encontros entre a equipe pedagógica e a equipe de saúde para complementação do planejamento. Logo, não houve participação dos beneficiários do Programa, P2 lembra que é membro do CE e teve a oportunidade de repassar informações aos pais sobre o que havia sido planejado em relação às ações do PSE e pôde ouvir algumas demandas, contudo esclarece que as observações partem predominantemente da equipe docente da escola.

Consideramos apenas os encontros do CE um espaço ainda pequeno para a participação dos beneficiários no planejamento das ações de saúde do Programa. Isto é confirmado mediante a informação de que não há periodicidade definida para os encontros do CE na escola A, ficando a cargo da presidente do CE, a diretora da escola, a marcação desses encontros.

Ressalta-se, mais uma vez, que o levantamento das demandas, necessidades e temáticas ligadas à saúde a partir de observações somente de profissionais de educação e saúde possibilita o risco de que essa visão se detenha apenas às limitações impostas e existentes e não consiga chegar às potencialidades daqueles sujeitos e da comunidade conforme debatido anteriormente.

G3 também afirma que não há participação dos beneficiários no grupo de trabalho intersetorial e complementa afirmando que quando o PSE vai a comunidade escolar, o elemento que vai fazer essa mediação é o gestor da escola. Lembra que a instância de participação na escola é o CE que é constituído por representantes de cada segmento da escola, corpo diretivo, equipe pedagógica, alunos e responsáveis e funcionários. Segundo

ele, quando é realizada a estruturação das ações de saúde para determinada escola, o gestor da escola comunica e aciona os pais e responsáveis para que haja mobilização da comunidade com o objetivo de identificar quais atividades são desejadas e que poderão ser proporcionadas a essa comunidade.

Este gestor reconhece a importância da participação dos beneficiários tanto no planejamento quanto na execução e avaliação da ação de saúde do Programa pois permitirá que o objetivo e as demandas da comunidade escolar sejam alcançados ou que se faça às adequações necessárias para que isto ocorra. G3 ainda ressalta que as temáticas abordadas nas ações de saúde são escolhidas pelas escolas e que é importante à gestão central do Programa ter sensibilidade para ouvir a demanda pedida pela escola.

Silva e Haddad (2006) afirmam que a discussão a respeito dos determinantes sociais da saúde/doença da população, a mobilização em torno do direito à saúde, o fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da educação criariam e/ou fortaleceriam o protagonismo da escola como espaço de produção de saúde em seu território. Assim, é necessário ampliar e fortalecer os mecanismos de participação dos beneficiários das ações de saúde nas escolas para que a possibilidade êxito seja maior.

## **PARCERIAS**

Neste município ocorrem parcerias com a Assistência Social, Saúde, Esporte e Lazer e segundo G4 e além destas, a Secretaria de Educação tem o privilégio de ter a participação de todas as demais secretarias que compõem o município. Assim, o PSE também gozaria deste tal privilégio. Também são feitas parcerias com instituições privadas, envolvendo desde questões ambientais a higiene pessoal. G4, ao falar do problema do lixo em algumas localidades deste município, ressalta a importância destas parcerias.

G3 inclui também as instituições de ensino superior e associações e conselhos profissionais no rol das parcerias existentes, estas parcerias fazem atividades nas escolas tentando ampliar a atuação do Programa, justamente naquilo que as equipes de saúde do PSF não conseguiriam fazer, pois há o reconhecimento que o Programa possui limitações em atingir o grande universo de educandos. Ele defende que o envolvimento de todos os atores sociais e não apenas o setor público é essencial para a Promoção da Saúde.

Silva e Haddad (2006) sugerem a formulação de novos arranjos institucionais integrados, intersectorializados e participativos, a ressignificação da escola enquanto espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos identificam-se, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável e cidadã. As parcerias informadas são um indício de que possa estar ocorrendo esta formulação.

## **OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

### **Equipe de saúde**

Na observação 3 a equipe de saúde é composta por profissionais da medicina, enfermagem (enfermeira e técnica de enfermagem) e dois agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe é vinculada ao PSF da localidade, se baseia no posto de saúde próximo a escola e vai à escola uma vez por mês, já realizou palestras sobre prevenção de acidentes, nutrição e neste dia a ação de saúde consiste em uma palestra sobre violência doméstica, *bullying* e violência contra a criança e o adolescente.

No dia da visita a escola, o tema a palestra era a violência já que a equipe de saúde quis aproveitar os casos recentes que estavam sendo amplamente divulgados pela mídia<sup>7</sup>.

Já haviam sido realizadas a triagem com medição de PC, altura e PA. Há trabalhos sobre nutrição no mural da escola, o que denota que uma temática ligada à saúde fez parte das atividades pedagógicas cotidianas.

### **Organização da ação de saúde. Organização?**

Conversando momentos antes de iniciar a ação de saúde, os profissionais de saúde e a orientadora pedagógica (OP) concordam que seria boa a participação dos pais, mas não foi feito nenhum convite ou chamado para tal. A OP pergunta se os profissionais de saúde irão orientar como a criança deve agir em casos de violência doméstica ou *bullying*<sup>8</sup>. Um

---

<sup>7</sup> Massacre na escola em Realengo, bairro do Rio de Janeiro – RJ e aluno que atirou na professora e se matou em São Caetano – SP

<sup>8</sup> termo utilizado para descrever atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo (do inglês *bully* ou *valentão*) ou grupo de indivíduos causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder (Neto e Saavedra, 2004).

ACS afirma não ter pensado nisso, a técnica de enfermagem diz que irão orientar a falar na escola, falar com algum parente com a qual se sinta acolhida. Fala-se em ‘palmada merecida’, que o aluno não deveria denunciar porque levou uma palmada.

Inicia-se a palestra no 2º ano de escolaridade, um agente de saúde conduz, voz potente, lê os cartazes, neles constam os sinais e sintomas que de quem sofre violência. Os alunos (15 crianças) prestam atenção, quietos, fala-se sobre a normalização dos atos de violência a partir da realidade vivida em casa (exemplo: pai agredindo a mãe) e que isso não pode ocorrer, que não é normal. A enfermeira diz que os alunos virem os pais brigando, que não devem se meter, deixando eles se resolverem. Continua afirmando que não pode reproduzir esta conduta na escola. Já para a profissional da medicina o importante é não ficar calado, nada de violência, conversar com o professor, pai, mãe, familiar que seja amigo ou ainda com um com o amigo, se não tiver coragem de falar com outra pessoa. Questiona: “*para que agressão se podemos conversar?*” Afirma ser necessário saber dialogar.

A afirmativa referente a deixar os pais se resolverem parece possuir o objetivo de preservação dos alunos já que são pequenos e teriam pouca efetividade em separar uma briga como essas. Contudo, instruir os alunos a buscar ajuda, ainda que não seja naquele momento no qual ocorre a briga, assim como fez a profissional da medicina, seria mais condizente com o objetivo da palestra que é ligado ao combate a violência. Há também aí uma possível contradição com a tal ‘palmada merecida’. Fica claro que nada foi combinado, ocorre uma conjugação de opiniões pessoais, um profissional de saúde difere e interrompe o outro.

### **Agressão justificável?**

Tenta-se classificar e graduar uma agressão, a tal palmadinha seria uma agressão leve justificável como correção, já jogar no chão, quebrar o braço seria uma agressão. Um ACS insiste que não se deve confundir agressão do pai com violência, relata: “*eu fui criado assim, levei chinelada e foi bom, aprendi*”. Há no material de apoio da palestra uma foto de marca de mão no rosto de uma menina, como o aluno consegue diferir o que é ‘bom’ para aprender e o que excederia este ponto se tornando uma agressão grave?

A enfermeira fala em agressão sexual, exemplifica: se um tio falar para tirar a roupa, isso não é normal. Conclama que os alunos não fiquem quietos sobre nenhum tipo de violência, mas e a tal palmadinha justificável? Um ACS fala sobre tratamento psicológico, acompanhamento judicial. E mais uma vez pede: Não fique calado.

A médica ao falar sobre *bullying* informa que se devem enfatizar as qualidades do colega, respeitar a individualidade de cada um, por sermos seres únicos no mundo, por um saber mais português, geografia etc, defende que os alunos estão na escola para aprender, não para julgar o outro.

### **É preciso estar preparado para interagir com os alunos**

O ACS lê o que é o *bullying* no cartaz e como identificar, a enfermeira complementa dizendo que as pessoas devem se colocar no lugar dos outros, a outra ACS tenta interagir com os alunos perguntando a uma aluna o que ela faria se sofresse *bullying*, outro aluno responde que ao sofrer o *bullying* ‘zoaria’ também, ou seja, praticaria também o *bullying*, o ACS afirma que isso está errado, que deveria falar com o professor. Em 20% dos casos as pessoas são simultaneamente vítimas e agressoras de *bullying*, ou seja, em determinados momentos cometem agressões, porém também são vítimas de assédio escolar pela turma. Nas escolas, a maioria dos atos de *bullying* ocorre fora da visão dos adultos e grande parte das vítimas não reage ou fala sobre a agressão sofrida (Aramis e Lopes Neto, 2005). O *bullying* em si não é a questão central desta pesquisa, a informação trazida busca apenas subsidiar a compreensão do comportamento que seria adotado segundo o aluno. O importante aqui é a conduta dos profissionais de saúde frente a resposta de uma questão colocada por eles.

As crianças caçoam umas das outras, um aluno pede para participar e é interrompido pelo ACS que solicita que os alunos conversem com os pais, com o professor, relata que estudou na escola e quando acontecia algo sua mãe vinha na escola.

Um ACS busca a participação dos alunos, pergunta se alguém já passou por isso? Alunos relatam o que fariam se sofressem violência, um diz que iria para a casa da avó, outro diz que separaria a briga entre o pai e a mãe.

Há na próxima turma 17 alunos do 2º ano de escolaridade, há um cartaz de hábitos de higiene no quadro, é sinal que mais uma vez uma temática ligada a saúde pode estar

presente na atividade pedagógica diária. Os alunos ficam quietos, prestam atenção, o ACS volta a tentar diferenciar ‘correção’ (palmada, beliscão) e agressão. A OP informa ao pesquisador que um dos alunos é irmão de outro aluno que já foi agredido pelo pai e este caso está sendo acompanhado pelo Conselho Tutelar. Este aluno conta que o pai já deixou suas costas marcadas. O aluno conta tal caso para a equipe, que não se pronuncia, o ACS que está conduzindo a palestra não sabe como agir, a médica questiona se ele contou a alguém, afirma que ele não pode ficar calado. Não há aprofundamento da questão, nem ali nem após o término da palestra. A equipe parece crer que apenas a informação sobre não dever ficar calado é suficiente ou era o único recurso que a equipe possuía para abordar a situação.

Alunos apontam um colega de turma que pratica o *bullying*, a equipe diz que ele não pode fazer mais, aluno fica tímido, se defende dizendo que não é só ele, a equipe afirma que esse tal aluno é o problema, depois, ao perceber ter escolhido mal as palavras, diz não querer saber quem é, só que não é certo fazer. O ACS afirma que agora os alunos sabem que é errado, um aluno começa a acusar o outro, nesta turma há maior participação (fala) dos alunos.

A última turma a ser atendida é do 4º ano de escolaridade e têm 23 alunos, a OP chama o pesquisador e relata que um aluno está sendo acompanhado pelo Conselho Tutelar por ser violento, seu pai está preso por envolvimento com tráfico de drogas. Nesta turma os alunos são mais participativos, levantam as mãos para participar. Um aluno fala ao pesquisador sobre o caso do aluno violento, diz que ele bate em todo mundo, este é o mesmo aluno citado pela OP. O ACS cita a lei que proíbe a agressão física<sup>9</sup> como correção, diz que já viu crianças dizendo que vão denunciar os pais se apanharem, fala com um tom negativo, como se a consciência da criança de um possível direito fosse algo ruim.

A técnica de enfermagem reitera que casos de agressão não são normais e que não se deve normalizar caso isso ocorra em casa. Afirma-se que os casos de tragédias nas escolas – invasão da escola em Realengo no RJ e de São Caetano em SP - este último havia acontecido há poucos dias – foram causados por pessoas que sofreram violência na escola. Tal afirmativa carece de maiores esclarecimentos por estabelecer uma relação de causa e efeito simplista.

---

<sup>9</sup> Projeto de lei 7672/2010

Um aluno com sinais de deficiência cognitiva e motora diz, com dificuldade, que tem crianças que ficam ‘gastando’ os outros. A técnica de enfermagem afirma que quem praticar o *bullying* deve pedir para a mãe levá-lo ao médico, ao psicólogo. Tal afirmativa requer um grau de conscientização da criança que torna o pedido improvável de ocorrer.

## CONSIDERAÇÕES

Os eixos analíticos informados no capítulo I subsidiaram a análise dos dados levantados até aqui, o eixo 1 referente ao conceito ampliado de saúde demandando ações ampliadas que extrapolam o setor saúde e, além disso, requerem ações diversificadas dentro deste próprio setor e até mesmo com questões mais gerais ligadas a vida dos sujeitos e coletividades.

Enquadra-se nesse eixo o possível empoderamento<sup>10</sup> ocorrido através da parceria entre a escola e a DEAM para que vítimas de agressões e maus-tratos pudessem denunciar, o que explicita uma questão de gênero ainda prevalente, em especial em contextos relacionados à pobreza, como ocorre nas comunidades educativas conhecidas por essa pesquisa. Outro fato digno de nota é a constatação, por parte de G4, da complexidade que envolve temas ligados à saúde já que as condições de vida dos alunos influem em suas condições de saúde. Através da ludicidade, atividades artísticas e da realização de um projeto (culminância) no teatro municipal são feitas tentativas de fazer a saúde entrar, de forma consciente, no cotidiano dos alunos.

Vale citar também o apoio que a equipe da Secretaria de Educação forneceu na escola F para combater a questão ligada a violência, este apoio significa a confirmação de que a perspectiva ampliada de saúde requer ações conjuntas e ampliadas. P3, por sua vez, reconhece a necessidade de a saúde e educação trabalharem juntas. O reconhecimento da necessidade e importância da participação de todos os envolvidos em todas as etapas das ações de saúde é mais uma aproximação com a perspectiva supracitada, ressalta-se que tal fato ainda ocorre de forma incipiente.

---

<sup>10</sup> É a tradução não dicionarizada do termo inglês empowerment. É entendido como o processo pelo qual os sujeitos ganham poder para defender seus direitos, ampliar sua autoconfiança, identidade própria e autoestima e, assim, aumentar as possibilidades de agir em favor de sua saúde.

O eixo 2 referente aos alcances e limitações da ampliação necessária às ações de saúde é representada pelas limitações impostas pela condições da escola pública brasileira, quando não oferece estrutura física adequada para a realização das ações de saúde, muitas vezes não oferecem nem condições adequadas para as atividades pedagógicas cotidianas. O caso da escola A que funciona num prédio adaptado e que por isso impediu que uma conquista ligada à saúde – hábito da escovação – pudesse ser mantida devido à existência de apenas um banheiro e em andar diferente das salas de aula.

Outra limitação encontrada foi a questão do material utilizado nas ações de saúde, a fita métrica torta ou que não permitia a medição com fidedignidade, a falta de kit escovação para todos os beneficiários. A necessidade de a supervisão investir recursos próprios (pessoais) para o deslocamento da equipe de saúde até a escola na qual estava agendada a ação de saúde também deve ser destacada.

Esses fatos mostram que apesar do conceito ampliado de saúde ser amplamente defendido pela Promoção da Saúde, sua operacionalização é algo complexo e que envolve fatores diversos.

O eixo 3 referente aos paradigmas da educação e sua interrelação com a Promoção da Saúde e a intersetorialidade é evidenciado na abordagem realizada pela profissional de saúde no caso da sexualidade ‘exacerbada’ apresentada por pré-adolescentes na escola E. Ao optar pela aproximação com os beneficiários da ação ao invés de apenas informar condutas que deveriam ser adotadas independente do contexto, dos desejos e possibilidade dos sujeitos, essa profissional acolheu estas alunas e possibilitou a constituição de um diálogo no qual pôde ser abordado de forma exitosa este tema tão complexo. Há também no reconhecimento, por P3, de que a proximidade entre professor e aluno é uma ferramenta importante a ser utilizada para a abordagem de temas ligados a saúde nas escolas mais um indício da importância deste eixo assim como referido.

Também aparecem abordagens informativas, nas quais a divulgação de informações seria suficiente para provocar mudanças nos hábitos e atitudes ou até mesmo divulgam-se informações divergentes. Quando, numa palestra sobre violência, se informa para não se fazer nada ao presenciar uma briga familiar, ainda que possa ser para preservar a criança, não dá nenhum elemento para que esta criança possa interferir na situação de forma a amenizá-la ou transformá-la. A contradição fica ainda mais evidente quando na mesma

palestra há uma opinião contrária por parte de um integrante da equipe de saúde, este sugere que após o término da situação alguma ajuda seja procurada. Afinal, como essa criança foi instruída a agir? Há também a culpabilização de um aluno quando se afirma que ele seria o problema por praticar *bullying*, tal afirmativa foi logo retirada com uma mudança no assunto, mas mostra uma perspectiva educacional que simplifica uma questão complexa nos seus resultados e não nas causas.

O eixo analítico 4 diz respeito a necessidade de compreender para superar o fato do processo de trabalho ser setorial e a necessidade de ações intersetoriais. Assim, o fato de os setores Saúde e Educação possuírem bom relacionamento é importante para a efetivação dos objetivos do Programa. Além disso, o fato de sempre haver resposta positiva quando se busca parceria com outros setores como a Assistência Social, por exemplo, é outra grande vantagem que se obteve nesta realidade pesquisada. Contudo, questões intrasetoriais também aparecem como fatores limitantes como no caso da duplicidade entre equipes do PSE e dos postos de saúde que atendem algumas escolas. Há o caso do número de encaminhamentos relacionados à saúde bucal identificados na escola A e que o serviço de saúde não conseguiu dar resposta à demanda. Digno de nota também é o despreparo de uma profissional de saúde para atuar numa ação de saúde na escola ao não saber lidar com a curiosidade, medo, anseios e desejos dos beneficiários das ações.

Outra questão ligada ao aspecto setorial é a não participação dos beneficiários das ações de saúde no planejamento no âmbito da gestão central do PSE. Tal fato não permite a agregação do saber destes, algo essencial para fazer das ações de saúde um instrumento de aproximação e diálogo com a comunidade educativa.

## **CAPÍTULO V**

### **OS APECTOS PEDAGÓGICOS NAS AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA: ESTRATÉGIAS, RECURSOS E COMPLEMENTARIDADE.**

#### **INTRODUÇÃO**

As concepções pedagógicas, conscientes ou não, são questões-chave para o desvelamento da forma que a Saúde entra na escola e para que isto ocorra de forma efetiva e definitiva. Tais concepções informarão as estratégias, recursos e a complementaridade entre as ações de saúde e as atividades pedagógicas cotidianas. A educação em saúde está presente no PSE através de uma área específica que prevê a educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens e, por ocorrer em escolas, em qualquer relação entre os atores. Assim, o aspecto pedagógico estará intimamente relacionado aos objetivos pretendidos por ações de saúde nas escolas que pretendam efetivar a Promoção da Saúde.

Schall e Struchiner (1995) afirmam que as diversas concepções, tanto sobre educação como sobre a saúde, são, na verdade, reflexos de diferentes compreensões de mundo, as autoras as dimensões do fenômeno educativo:

a) Humana: na qual o relacionamento humano e o crescimento/desenvolvimento do indivíduo são pressupostos do processo pedagógico, portanto os elementos afetivos e cognitivos são inerentes a sua dinâmica;

b) Técnica: na qual estão inseridos os aspectos objetivos, mensuráveis e controláveis do processo, assim como o conjunto de conhecimentos sistematizados na forma de métodos, técnicas e recursos instrucionais;

c) Político-social: no qual a educação é um processo situado num contexto cultural específico, com pessoas que ocupam posições bem definidas na estrutura social.

Essas dimensões foram evidenciadas para auxiliar na análise das práticas pedagógicas que foram pesquisadas.

## **ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS**

### **Município 1 - M1**

#### **ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS**

Neste município ocorrem pesquisas, palestras, oficinas informativas, orientações diretas através de teatro, trabalhos manuais, cantigas de roda, roda de conversa, ou seja, de uma maneira diversificada, segundo G1, buscando superar um aspecto conteudista, assim o aluno conseguiria ver através de situações lúdicas como ele pode prevenir e promover a saúde individual e na comunidade. Tal busca pela superação do aspecto citado evidencia o privilegiamento da dimensão político-social apontada por Schall e Struchiner (1995) ao buscar situar a educação em saúde de acordo com a realidade na qual os beneficiários do Programa estão inseridos.

Para G1, essas estratégias são as que as escolas utilizam, práticas, básicas e que podem acontecer na escola pública sem viabilizar nenhum recurso. Essa não dependência de recursos para a realização de quaisquer atividades na escola pública é algo que possui dupla perspectiva, a primeira seria ligada à busca da superação das condições existentes, quando faltam recursos buscam-se novas formas para que se alcancem os objetivos propostos. Já a segunda perspectiva estaria ligada à ausência constante de recursos. Ambas as perspectivas estão presentes no cotidiano da escola pública, logo as ações de saúde se deparam com isto. Conforme apontam Moura et al. (2007) e Leonello e L'Abbate (2006), a educação em saúde é eixo estratégico para o desenvolvimento de indivíduos responsáveis e autônomos conhecedores de seus direitos em relação à saúde, o que contribuiria para o desenvolvimento da sociedade e assim deve receber maior atenção e recursos por parte dos formuladores das políticas.

Não há, por parte do Programa ou das Secretarias ligadas a ele nenhuma recomendação relacionada às estratégias pedagógicas a serem utilizadas ficando a cargo dos profissionais da ponta, da educação e da saúde, a escolha destas. Isso permite que a autonomia de cada escola seja respeitada e que as estratégias sejam adequadas de acordo com a realidade da escola, da comunidade e dos beneficiários. Contudo, esta falta de recomendação pode permitir também que a Saúde não entenda a necessidade e relevância

das estratégias pedagógicas ou até mesmo a Educação não perceba a importância de refletir e fazer opções direcionando as estratégias aos objetivos propostos. Acreditamos que até mesmo quando as ações de saúde possuem caráter predominantemente assistencial ligadas a saúde bucal, auditiva e oftalmológica a existência de estratégias pedagógicas é necessária e pode ser um diferencial na efetivação da Promoção da Saúde. Essa diferença é, provavelmente, oriunda da formação na qual a Educação é perpassada constantemente pelo pedagógico, já a Saúde aparentemente não reconhece essa necessidade.

Valadão (2004) afirma que as questões da saúde na escola de educação fundamental são continuamente agregadas ao projeto educativo ou ao currículo de fato, não raro de forma desarticulada, competitiva, ou mesmo contraditória. Isso pode ocorrer devido, a esta falta de reconhecimento da importância e necessidade de estratégias pedagógicas para a realização de ações de saúde nas escolas.

### **RECURSOS PEDAGÓGICOS**

Os recursos pedagógicos são importantes por permitirem ao profissional de educação ou saúde a abordagem de temas ligados a saúde de forma lúdica e interessante para os alunos. O PSE prevê a produção e distribuição de materiais impressos de apoio aos professores e equipes das escolas e em M1, segundo G2 o Ministério da Educação (MEC) fornece cartilhas, carteirinhas e material didático para temas específicos, logo dentro do próprio projeto maior que é enviado por Brasília, há a preocupação do envio do recurso citado. Tal material não foi encontrado nem nas escolas nem nas Secretarias de Educação.

Vale ressaltar que a mera aquisição de informações não é suficiente para engendrar atitudes e ações, objetivo principal da iniciativa educacional, principalmente na área da saúde (Schall e Struchiner, 1995), contudo o material pode ser utilizado de forma criativa e contextualizada, o que ajudaria no processo pedagógico relacionado à saúde.

Também são enviados pelo Programa para a Saúde materiais específicos para a assistência a saúde tais como balanças, estadiômetros, estetoscópios, entre outros. A cada ano é realizada a estimativa do número de alunos que será atendido no ano posterior e baseado nesse dado são entregues os recursos necessários. Contudo, os recursos recebidos são constantemente aquém do necessário.

## **COMPLEMENTARIDADE**

A complementaridade entre as ações de saúde e o trabalho pedagógico cotidiano é algo importante para que as ações não sejam pontuais e possuam fim em si mesmas. Tais ações quando são pontuais não são capazes de gerar conhecimento como novos saberes transformadores da realidade e assim não representam possibilidade efetiva de mudança para sujeitos e comunidades (Silva, 2010).

São feitas referências sobre a realização de mini-projetos na escola com o objetivo de dar prosseguimento a campanhas como a do combate a dengue. Neste município, o calendário para as ações de saúde parte do setor saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde, recebendo apoio da Educação.

## **OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

### **Palestra com ou sem diálogo?**

Na escola C, uma parte da ação de saúde do Programa é uma palestra sobre educação postural no 5º ano de escolaridade (32 alunos) com a presença da professora na sala. A profissional da fisioterapia, de jaleco branco, explica o que é o PSE e o que é postura. Segue dizendo que a postura correta de estar sentado é encostado na cadeira com os pés no chão, a partir daí as crianças se ajeitam. A profissional de saúde afirma ainda que a dor nas costas é devido a fraqueza muscular e que a atividade física (natação, vôlei, futebol) serviria para o fortalecimento muscular e combateria as dores. Ressalta-se que só a profissional da fisioterapia fala, os alunos estão ‘mudos’, prestando atenção, há erros de concordância na fala desta. São feitos desenhos no quadro da coluna vista de frente e as curvaturas (cifose, lordose e escoliose). A profissional da fisioterapia fala em ombro e quadril, afirma que uma das causas da dor nas costas é a mochila mal carregada e que 90% da população mundial vai ter problema na coluna. Para ela, trazer tal informação ajudaria a prevenir ou adiar o surgimento de dor na coluna.

Aborda também como se evitaria as dores na coluna causadas pela forma incorreta de carregar a mochila: ajustá-la bem, não carregar muito peso, o ideal seriam só 10% do peso corporal da criança, calcula e exemplifica que seria o primeiro número do peso que seria o peso máximo a ser carregado;  $30\text{kg} \times 10\% = 3\text{kg}$ . Ao final da sua fala explicativa

sobre a postura questiona se algum aluno tem alguma dúvida. Tal pergunta não obtém nenhuma resposta e em poucos segundos ela dá a palestra como encerrada. Realiza a ‘chamada’ pedindo para o aluno dizer a idade e se sente dor todo dia para ela anotar, sete alunos respondem que sentem dor todo dia. Alunos riem quando a outra responde e quando a palestrante lê o nome de um deles errado.

A mesma palestra é realizada no 4º ano de escolaridade (21 alunos), a fisioterapeuta afirma que se deve evitar a realização de movimentos rotacionais, para o lado. Fica ‘torta’ para demonstrar e pergunta: eu não estou torta? Isso é ruim para a coluna? Os alunos respondem positivamente.

Tais palestras trazem um tema importante para os escolares, mas questiona-se: a estatística apresentada faz algum sentido para as crianças e ainda se sabem o que é quadril ou qual é a sua função para o correto alinhamento da coluna e conseqüente manutenção da postura adequada? A profissional de saúde acredita que os alunos estão entendendo, algo que não foi avaliado ou questionado. Também não busca interagir com os alunos. Provavelmente há a crença de que a divulgação de informações é capaz de mudar hábitos e comportamentos.

Expõe os alunos ao perguntar sobre a dor nas costas: Daniel<sup>11</sup>, quantos anos? Alguma dor? Não busca o acolhimento, ao não saber lidar com as brincadeiras e risos provocados pela leitura incorreta do sobrenome do aluno, mostra não estar familiarizada com a dinâmica escolar da sala de aula. Contudo, observa que um aluno estava com dificuldade de ver as ilustrações que ela fazia no quadro, perguntou a ele se trocou o óculos esse ano, afirma que vai fazer referência para o serviço de saúde especializado para avaliação desta necessidade. Assim, busca atender uma possível necessidade de saúde não diretamente ligada a sua área ou tema, o que mostra uma ação mais abrangente. Já na segunda palestra busca maior interação com os alunos, utiliza linguagem acessível ao perguntar se está ‘torta’. Assim, pode-se afirmar que entre erros e acertos, ou melhor, em situações um pouco mais ou menos exitosas do ponto de vista da Promoção da Saúde, a saúde adentra a escola.

---

<sup>11</sup> Nome fictício

### **Falando de igual para igual... Igual a quem?**

Na escola D ao abordar a questão do tratamento dos alunos de igual para igual, referido pela profissional da fonoaudiologia, fica a reflexão de como isso se daria. O que ficou evidente é que se referia mais a linguagem e a forma de conduzir o atendimento do que a compreensão de que os beneficiários da ação de saúde são sujeitos do processo saúde-doença-cuidado. A profissional da fonoaudiologia se isenta de falar sobre estratégias pedagógicas por que isso é coisa da escola, não há a percepção de que há ou deveria haver uma importante ação pedagógica na ação de saúde.

### **Município 2 - M2**

#### **ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS**

A opção pelas estratégias pedagógicas também é feita pelos profissionais da ponta, da equipe pedagógica que atua dentro da escola e das equipes do PSF. Na Educação, segundo G4, é sinalizado aos coordenadores, diretores e equipe pedagógica, em reuniões, a necessidade do olhar pedagógico estar sempre presente nas atividades que estão sendo desenvolvidas pelo Programa. Moura et al (2007) defendem que este olhar pedagógico pode possibilitar transformações individuais e sociais, contribuindo assim para a formação de sujeitos éticos e cidadãos em busca constante de uma vida melhor.

P2 lembra que foram realizados encontros com as famílias e em um deles, foram realizadas palestras e um debate no qual houve participação ampla dos pais presentes, foi feito um círculo e os pais se sentiram a vontade para perguntar caracterizando uma conversa entre eles e os profissionais de saúde e de educação. Ressalta-se este acontecimento por superar o modelo tradicional de educação em saúde no qual o profissional de saúde é o detentor do saber especializado e por isso não considera o beneficiário de sua ação profissional como sujeito que possui uma história e condições de vida que permitirão maior ou menor governança nos atos, atitudes e hábitos ligados à saúde que são ou serão adotados a partir do que for proposto pelo profissional de saúde. Ao buscar superar o biologicismo, o autoritarismo do doutor, o desprezo ao saber e à iniciativa do doente e familiares, a imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais (Vasconcelos, 2001) e a dominância do discurso médico entre os profissionais e a

dominância dos profissionais sobre a população através do discurso técnico (Garcia, 2001) esta pequena iniciativa de conformar um círculo para conversar se torna muito próxima da EPS.

Com as crianças são desenvolvidas muitas dinâmicas, brincadeiras, jogos etc para discutir as questões relacionadas à saúde. Na escola A, no final do ano de 2010, como encerramento do PSE, foi montada uma peça denominada de Ataque do Dente que foi pesquisada através da internet. Houve ensaios, confecção do cenário e das roupas, também foi feita uma paródia de uma música do Justin Bieber que foi transformada numa versão que falava justamente sobre o que eles já tinham aprendido e deviam praticar, que era o cuidar dos dentes todos os dias. Os alunos cantaram, dançaram e apresentaram para todas as crianças da escola, encontrando grande recepção por parte de todos. Neste caso, a atuação dos profissionais de educação permitiu uma considerável aproximação entre o tema relacionado à saúde e o cotidiano dos alunos, independente de avaliações sobre a qualidade musical do cantor citado, é notório que ele encontra aceitação das crianças e através da paródia baseada em sua música, o tema pôde ser trabalhado de forma lúdica, o que facilita a compreensão por parte dos alunos e a inserção de temas ligados a saúde ao cotidiano vivido na escola.

A iniciativa retratada acima toma como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior dos beneficiários da ação (Vasconcelos, 2001) e ao utilizar a proposta metodológica da construção compartilhada do conhecimento, a partir da utilização de um artista aceito, propicia o encontro entre cultura popular<sup>12</sup> e a científica, (Pedrosa, 2006) representada por condutas ligadas a saúde bucal, aproximando-a da EPS. Mas também há ações que ocorrem apenas uma vez por mês e são apenas palestras sobre temas relacionados à saúde.

A Saúde além do atendimento individualizado que caracteriza a atenção à saúde propriamente dita, há também mais uma especificidade digna de nota, P2 afirma que a Saúde através da equipe do PSF também utilizou estratégias pedagógicas voltadas para as crianças, a saber: apresentação de vídeos, trabalhos pedagógicos e momentos de conversa com as crianças. Essa equipe de saúde recebeu apoio da P2 na pesquisa dessas atividades, o que demonstra uma complementaridade entre as ações de saúde e educação. Assim, pode-se

---

<sup>12</sup> Cultura popular entendida como aquela que os beneficiários da ação conhecem.

acreditar que houve, em alguma medida, a superação da reprodução do paradigma de caráter assistencialista da atenção em saúde; o qual prioriza o indivíduo e partes dele, em detrimento da coletividade e do todo. O fato da equipe de saúde extrapolar o atendimento individualizado pode também ser caracterizado como uma aproximação com a EPS já que esta propõe um olhar mais amplo e crítico capaz de abranger as dimensões da complexa dialética da satisfação das necessidades de saúde da população (Stotz, 2004).

Também não há, neste município, recomendações do Programa ou das Secretarias sobre estratégias pedagógicas, assim, os profissionais envolvidos nas ações de saúde é que discutem e decidem quais são as melhores para cada caso. Conforme citado, as diferenças existentes entre os profissionais de educação e saúde, no tocante à familiarização com o pedagógico, fica claro quando P3 afirma que o Programa está no início, que a equipe de saúde está aprendendo fazendo, como falar para crianças, como contemplar nas ações de saúde diferentes faixas etárias, este ator afirma que estão ‘engatinhando’.

### **RECURSOS PEDAGÓGICOS**

Segundo P2, é a SME é quem fornece cartazes e *folders* que versam sobre as temáticas que serão abordadas e ainda materiais informativos sobre saúde e promoção da saúde. Há também os recursos pedagógicos que os profissionais de educação colhem através de pesquisas de propostas pedagógicas em revistas e disseminam entre outros profissionais.

A Saúde também recebeu material específico, mais propriamente a equipe de odontologia, para ações que envolvem a escovação: boca e escova grandes para demonstração da forma correta de escovar os dentes. Contudo, ainda segundo P2, não recebem kits pedagógicos específicos para abordar as temáticas ligadas a saúde, ou seja, os cartazes e materiais informativos são vinculados a campanhas como a do combate ao tabagismo ou a dengue, não há fornecimento de jogos ou vídeos, por exemplo.

Há distribuição de kits de higiene bucal por parte da própria prefeitura e a equipe de odontologia do PSF também realizou a distribuição no dia da apresentação da peça de teatro: Ataque do dente, nesta ocasião ocorreu também a distribuição de kits de higiene bucal com creme e escova dental para os pais. P2 ressalta que na escola A, as crianças escovavam o dente vendo o material de apoio (cartaz) afixado próximo a um local

adaptado como ‘escovódromo’ e buscavam reproduzir as instruções que lá continham. Assim, tais recursos se mostram importantes na ação de saúde e na continuidade que ela pretende. A ampliação desses recursos também se faz necessária para que se possa extrapolar a perspectiva normativa das ações de saúde na qual há disponibilização de informações através dos cartazes e espera-se que apenas isso seja suficiente para a adoção de hábitos e atitudes relacionadas a saúde individual e coletiva. A Saúde recebeu estadiômetro, aparelho de pressão e material para a parte odontológica.

### **COMPLEMENTARIDADE**

Na pesquisa, a importância da complementaridade entre as ações de saúde e o cotidiano de atividades pedagógicas na escola é mostrada através da inclusão da semana da saúde no calendário pedagógico, o que permite e estimula o desenvolvimento de ações de saúde até mesmo nas escolas que não fazem parte do programa. Esta semana temática também foi o ponto de partida para ações internas nas escolas envolvendo temáticas ligadas a saúde que não precisaram da presença do Programa ou do profissional de saúde. Daí, surgem na escola A, por exemplo, a montagem de um teatro de fantoches com a participação da equipe pedagógica, da professora da sala de leitura e até da equipe da secretaria da escola, caracterizando o que a P2 denominou como uma ação conjunta, escola e saúde.

Ainda na escola A, P2 pesquisou atividades de sala de aula que o professor pudesse desenvolver, tais atividades foram contextualizadas dentro da área de linguagens, matemática, ciências sociais e ciências naturais, então foi montada uma pasta que serviu como apoio para o planejamento do professor. Assim, dentro do próprio planejamento do professor existiam ações voltadas para a promoção da saúde, que foram materializadas em cartazes feitos pelos alunos entre outras atividades. Para Gonçalves et al. (2008), o papel da escola, em relação à saúde do aluno e à educação em saúde, centra-se na preocupação com a construção da consciência crítica de seus alunos e, conseqüentemente, com a conquista da cidadania. Assim, para estes autores as práticas educativas no espaço escolar integrariam estratégias pedagógicas que propiciem discussão, problematização e reflexão das conseqüências das escolhas no plano individual e social e decisão para agir assim como

ocorreu nesta escola ao contextualizar as ações de saúde dentro das áreas que compõem os conteúdos curriculares.

## **OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

### **Palestra com ou sem diálogo?**

Na escola B, durante a palestra sobre bullying e violência contra crianças e adolescentes em uma turma do 2º ano de escolaridade, uma ACS pergunta o que os alunos fariam no caso que é relatado por um aluno que já ficou com as costas marcadas ao apanhar do pai, os alunos começam a responder mas logo o profissional de saúde toma a palavra, defende que quem sofre violência tem que ser acompanhado pelo médico especialista. Não deixa os alunos, beneficiários do Programa participarem efetivamente e também atrela todo o trabalho em saúde a figura do profissional médico, caracterizando a medicalização.

Indo para outra turma para realizar a palestra, a equipe pede sugestão ao pesquisador, este diz que prefere não interferir, insistem e o pesquisador sugere que deixem os alunos falar, busquem interagir com eles.

A última turma a ser atendida é do 4º ano de escolaridade. Os profissionais de saúde perguntam o que os alunos fariam se sofressem ou conhecessem alguém que sofre violência ou *bullying*, mais uma vez não deixam os alunos falarem, retomam a palavra imediatamente.

Um aluno pergunta a professora o que ela faria, ela responde que procuraria a OP e a direção da escola para tomar as devidas providências. A participação do professor só é solicitada pelo aluno, a equipe de saúde em nenhum momento faz isso, não aproveita a proximidade que o docente possui com as crianças.

A professora participa de forma espontânea, pergunta a equipe de saúde em tom afirmativo se quem ri da prática de *bullying* também está errado. Afirmar que é muito importante falar, para que os professores e os pais saibam. A participação do professor é importante porque mostra uma possibilidade de complementação entre a ação de saúde e a prática pedagógica diária.

O material informativo utilizado nestas palestras são cartazes que possuem muitas informações e em nenhuma sala eles foram integralmente utilizados. Não está claro para os membros da equipe de saúde o que seriam agressões leves ou graves, justificáveis ou não.

Assim, esta observação permite afirmar que a saúde, neste caso, através desta equipe, não reconhece a importância da preparação pedagógica necessária para entrar na escola, na sala de aula.

## **CONSIDERAÇÕES**

O eixo analítico 1 pode ser encontrado na busca da superação de um aspecto conteudista através da, maneira diversificada de abordar temas ligados a saúde representada pelas oficinas informativas, orientações diretas através de teatro, trabalhos manuais, cantigas de roda, roda de conversa, dinâmicas, brincadeiras e jogos. A ludicidade também é citada com o objetivo de prevenir e promover a saúde individual e na comunidade. Há ainda o caso da escola que utilizou o teatro e a paródia para aproximar o tema ligado a saúde bucal da realidade dos beneficiários do programa. A Saúde, através de uma equipe do PSF, também conseguiu atuar de forma a abarcar a saúde ampliada ao apresentar vídeos, realizar trabalhos pedagógicos e momentos de conversa com as crianças contando com a ajuda dos profissionais de educação que possuem a vivência de trabalhar com estas formas.

Outro fato digno de ser ressaltado é a inclusão de temáticas ligadas à saúde nas atividades pedagógicas cotidianas através de sua contextualização dentro da área de linguagens, matemática, ciências sociais e ciências naturais mediante a confecção de uma pasta que servia de apoio para o planejamento do professor.

Com esta forma lúdica e cotidiana, acreditamos que a ampliação do conceito de saúde pode ser mais bem problematizada com os beneficiários do PSE.

O eixo analítico 2 envolve a dupla perspectiva encontrada nas estratégias que a escola pública utiliza em relação aos recursos necessários para as ações de saúde e até mesmo as pedagógicas, práticas e básicas como foram denominadas. Trazem à tona a limitação das ações intersetoriais pela escassez de recursos, mas também trazem a potencialidade existente nas ações dos profissionais de educação e saúde que buscam superá-la para aumentar as chances de êxito das ações.

O fato de não serem encontrados os materiais didáticos de apoio previstos pelo Programa pode ser também uma limitação nas ações de saúde. A forma como estes

materiais são utilizados é outra questão importante que não pôde ser observada pelos motivos já informados.

A falta de capacitação da profissional de saúde que acredita que falar de igual para igual com os beneficiários do Programa é apenas uma forma de conseguir se impor e ter o monopólio dado pelo saber técnico durante a ação de saúde é outra limitação existente quando se defende ações intersetoriais.

Um aspecto positivo é encontrado quando a profissional de saúde não fica presa apenas a sua formação e consegue atuar ao perceber sinais e sintomas que atingem a saúde de um beneficiário do Programa. Esta atuação se deu ao permitir que o aluno tenha acesso ao serviço de saúde especializado para sua necessidade. Ainda que tal encaminhamento não possa garantir que o aluno seja atendido, é naquele momento, a atuação possível na busca da satisfação da necessidade de saúde do aluno.

O eixo analítico 3 aparece na não existência de sugestões de estratégias pedagógicas para a realização das ações do Programa. Trata-se de uma questão importante já que pode limitar o alcance e o impacto das ações de saúde para transformar as condições de saúde dos beneficiários.

Também aparece nas ações de saúde representadas por palestras nas quais os profissionais de saúde não estão familiarizados com a dinâmica da sala de aula, o que compromete a possibilidade daquelas informações virarem conhecimento e ação por parte dos alunos. Acreditam que o saber técnico seria suficiente para tais ações, não procuram adequar, por exemplo, a linguagem ou emitem muitas opiniões pessoais divergentes dos outros membros da equipe de saúde que realiza a palestra. Assim, realizam a ação de saúde baseada na concepção meramente informativa, não interagem com os alunos, não interagem com os professores, não buscam saber se aquilo fez algum sentido para os alunos,.

Contudo, há situações nas quais uma concepção mais crítica de educação surge no planejamento ou nas ações de saúde como a necessidade do olhar pedagógico, no círculo de conversa feito com os pais em uma das escolas, que possibilitou a interação com os profissionais de saúde e educação.

O eixo 4 é evidenciado no recebimento de material para a Saúde e não ter sido enviado recurso pedagógico para as ações nas escolas. O material para a saúde ainda chegava aquém da necessidade. O material educativo recebido pela Saúde possuía

finalidade a saúde bucal, o que pode ser considerado algo restrito na perspectiva de um Programa com tamanho potencial para atingir a saúde integral dos beneficiários. Outro fato importante é ser a Saúde responsável pelo calendário das ações de saúde em um dos municípios, assim, as escolas devem se organizar de acordo com a disponibilidade das equipes de saúde. E no outro município, foi incluída no calendário pedagógico a semana da saúde representando um estímulo à realização de ações de saúde independentes do PSE ou da participação de profissionais de saúde. Ou seja, em um município as ações de saúde são importantes independentes de qual setor irá realizá-las, em outro, o setor Saúde possui a prerrogativa confeccionar o calendário e provavelmente o faz de acordo com suas prioridades, o que pode representar uma limitação mesmo recebendo apoio da Educação.

Vasconcelos (2001) defende a inserção de princípios éticos, políticos e pedagógicos da educação popular no processo de formação e o desenvolvimento de ações nas escolas do ensino fundamental, considerando-as como espaços de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos se identificam, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudáveis. Acreditamos que esta sugestão ocorreu, de alguma forma, nas escolas pesquisadas e que iniciativas como essas precisam ser fortalecidas e ampliadas. Este mesmo autor afirma que a Educação Popular é o jeito brasileiro de fazer promoção da saúde por ser um importante instrumento de gestão participativa de ação social (Vasconcelos, 2004). Pelo exposto, os aspectos pedagógicos: estratégias, recursos e complementaridade são importantes ferramentas para abordar temas ligados a saúde com o objetivo de aumentar as possibilidades de transformações nas condições de vida e saúde dos beneficiários do Programa e sugere-se que façam parte do debate relacionado a continuidade do PSE.

## **CAPÍTULO VI**

### **ATORES DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA**

#### **INTRODUÇÃO**

Os atores envolvidos nas ações de saúde na escola do PSE são os responsáveis por materializar ou não o texto legal do Programa e as reflexões e análises contidas na literatura especializada. Isto denota a importância de incluí-los na análise das ações de saúde do Programa.

A implementação e operacionalização de políticas públicas e programas, observada a partir dos atores, revela que estes não agem somente como fiéis executores dos serviços orientados pelas normas e regras, eles desenvolvem seus papéis conduzidos também com base em suas experiências, valores, visão de mundo, e inseridos em um dado contexto político-institucional e social, pois contam com certo grau de autonomia que permite a eles determinarem, em parte a natureza e a qualidade do programa (Santos, 2011). Além disso, há ainda as condições materiais que os atores encontram quando vão atuar no Programa, já foram citados fatos que evidenciam como a realidade da escola pública no Brasil interfere nas ações de saúde.

Algumas questões sobre os atores das ações de saúde nas escolas precisam ser abordadas para que seja possível compreender o que, na prática, ocorre nas ações de saúde nas escolas: Quem são? Quais as suas concepções sobre a Promoção da Saúde? Existe capacitação e qualificação em Promoção da Saúde para estes atores? Como ocorre? Qual é o envolvimento dos atores estratégicos com a Promoção da Saúde? O que pensam sobre o Programa?

#### **CONCEPÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Mediante a defesa da saúde como direito e a partir do entendimento de que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde busca-se explicitar como os atores envolvidos no

Programa compreendem a Promoção da Saúde. Isto porque o termo Promoção da Saúde é ‘palavra’ fácil no discurso tanto de profissionais de saúde ou educação e até mesmo de não profissionais, assim tornou-se um jargão amplamente utilizado.

Os conceitos de Promoção da Saúde e prevenção são, via de regra, considerados como sinônimos. Esta indefinição conceitual gera uma confusão entre práticas ditas de Promoção da Saúde e de prevenção. Diversas concepções sobre saúde, Promoção da Saúde e prevenção foram encontradas na pesquisa logo, é importante vislumbrar o que de fato é feito nas ações de saúde na escola a partir dessas compreensões já que serão baseadas nelas, em maior ou menor parte, que ações de saúde na escola serão planejadas e executadas.

Bydlowski, Westphal e Pereira (2004) apontam algumas dificuldades que dificultam o avanço do processo da Promoção da Saúde, entre elas, o fato de os profissionais da saúde não possuírem um conceito unívoco sobre a Promoção da Saúde, o que também se reflete na sua prática, muitas vezes, comportamentalista e mantenedora do *status quo*. Isto torna importante a discussão e problematização dos conceitos e práticas de Promoção da Saúde entre os atores envolvidos no Programa relacionado-os a realidade na qual serão realizadas, não basta crer que haverá consenso sobre questões tão complexas que envolvem a Promoção da Saúde e qualidade de vida devido apenas a formação em saúde.

## **CAPACITAÇÃO e QUALIFICAÇÃO**

A existência de capacitação e qualificação dos profissionais responsáveis pelas ações de saúde é outra questão-chave que a pesquisa traz na perspectiva de que a Promoção da Saúde permita que opções mais saudáveis sejam adotadas e promovam mudanças individuais, coletivas e organizacionais.

Para Focesi apud Fernandes, Rocha e Souza (2005) a maior responsabilidade do processo de educação em saúde é a do professor, cabendo a este colaborar para o desenvolvimento do pensamento crítico do escolar, além de contribuir para que as crianças possam agir em favor de sua saúde e da coletividade. A equipe escolar é crucial em programas referentes à temática da saúde e os profissionais de saúde e os demais membros da comunidade escolar também possuem grande importância na construção da concepção ampliada de saúde.

Contudo, os professores não conseguem ver a saúde como uma questão que não envolve questões apenas relacionadas à higiene, alimentação e doenças. Na pesquisa de Fernandes, Rocha e Souza (2005) poucos foram os que conseguiram desenvolver uma conexão importante da saúde com as questões da qualidade de vida e da cidadania, temáticas mais abrangentes e complexas. Assim, é essencial a formação e a qualificação docentes na expectativa de que estratégias de Promoção da Saúde fomentem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e promovam mudanças individuais, coletivas e organizacionais necessárias (Brasil, 2002). As possibilidades de consolidação da Promoção da Saúde são aumentadas quando há uma transformação dos indivíduos técnicos, com grande relevância para os da saúde, o que implica em mudanças estruturais desde a área do ensino até a vida profissional, com a educação permanente dos que já estão inseridos nela (Bydlowski, Westphal e Pereira, 2004).

## **ENVOLVIMENTO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O QUE PENSAM SOBRE O PSE**

Para subsidiar o que na pesquisa denominamos como envolvimento com a Promoção da Saúde recorre-se ao conceito de *Advocacy*, isto porque tal conceito torna-se importante mediante o pressuposto de que o envolvimento de atores estratégicos responsáveis pelo planejamento e operacionalização das ações de saúde com a Promoção da Saúde é um importante fator para a aumentar a possibilidade de êxito das ações propostas.

*Advocacy* significa a busca de apoio para os direitos de uma pessoa ou para uma causa. No tocante ao apoio a uma causa este se constitui nas várias formas de proteção à qualidade de vida de pessoas em condição de vulnerabilidade social e conseqüente garantia de respeito a seus direitos. Palavras-chave como promoção, defesa e proteção circunscrevem o campo de atuação do *Advocacy*. Tal conceito traz em si a idéia de luta: por mais e melhores direitos, por uma qualidade de vida mais digna entre outros. O *Empowerment*, por exemplo, vem sendo considerado um dos mais importantes fundamentos da missão de *advocacy* (Azevedo, 2003).

Dallari e colaboradores (1996) relatam que o *advocacy* surgiu das experiências da democracia americana, que historicamente desenvolveram comportamentos de

reivindicações de direito de modo característico e próprio. Assim, significa ações individuais e de grupos organizados que procuram influir sobre as autoridades e os particulares para que fiquem mais sensíveis às carências e necessidades diversas que emergem na sociedade (Dallari e colaboradores, 1996).

Quando relacionado à saúde, segundo estes autores, caracteriza-se como um processo que utiliza um conjunto de estratégias políticas visando a promover direitos não respeitados, através de meios legais e éticos, a favor de grupos sociais desfavorecidos ou oprimidos mediante o desenvolvimento de ações que procuram influenciar autoridades e particulares, sensibilizando-os para carências e necessidades sanitárias diversas e pela reivindicação pelo direito à saúde. Citam as seguintes etapas para o desenvolvimento do processo da advocacia em saúde: clareamento do problema, coleta de dados sobre a situação, elaboração de estratégias para se atingir os objetivos, apresentação das estratégias para a clientela de tal forma que a mesma tenha autonomia para selecionar as que melhor lhe convierem, aplicação da estratégia escolhida e avaliação. Tais etapas mostram-se pertinentes para uma ação de Promoção da Saúde na escola.

Dallari e colaboradores (1996) consideram qualquer indivíduo um potencial ‘advogado’ da saúde já que quando um cidadão ou grupo de cidadãos parte para a reivindicação do seu direito à saúde efetivam a condição de cidadão tendo como característica ativa negociar, pressionar os poderes públicos para derrubar as barreiras que impedem o alcance de seu direito à saúde.

## **ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS**

### **Município 1 - M1**

#### **CONCEPÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Para G2, a Promoção da Saúde seria a possibilidade de realização de diagnósticos precoces de doenças ou agravos comuns em crianças ou adolescentes para que seja possível prevenir complicações futuras. Essas ações preventivas seriam incorporadas no PPP da escola e assim a saúde faria parte do cotidiano da escola já que esta inclusão significaria que não haveria necessidade de um programa ou projeto para que a saúde fosse abordada na

prática pedagógica. Fica claro aí que não existe, para esse ator, distinção entre os conceitos de prevenção e Promoção da Saúde. Vale ressaltar que o debate terminológico é importante, mas independente da nomeação dada, a incorporação das ações e temáticas ligadas à saúde no PPP da escola seria um grande avanço. Tendo claro que isto é necessário mas pode não ser suficiente já que, como descrito, pode se restringir somente a detecção de doenças.

### **CAPACITAÇÃO e QUALIFICAÇÃO**

Segundo G1, a Secretaria de Educação reconhece a necessidade de uma formação específica para os envolvidos nas ações de saúde. As Mães Educadoras, por exemplo, participaram de uma capacitação na qual a saúde foi um dos principais temas. Contudo, conforme já mencionado, a maior atenção e dúvidas girou em torno de questões financeiras.

Apesar de uma das áreas temáticas do Programa ser relacionada à educação permanente e capacitação de profissionais e a constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios, é necessário apenas ter habilitação profissional para atuar no PSE, não sendo necessário ter nenhuma qualificação especial bastando ter 'boa vontade'. A seleção dos profissionais de saúde ocorre mediante convocação da Secretaria de Saúde. Vale esclarecer que neste município não são as equipes de PSF que fazem as ações, há uma equipe específica para realizar as ações de saúde do Programa.

Assim, não há capacitação ou qualificação para o PSE a partir da organização da gestão central, o que há são encontros e conversas informais entre os gestores e entre os profissionais quando surge tal necessidade. Tal fato pode impedir o que é sugerido por Devide (2003): que o trabalho docente – estendemos a todos os envolvidos nas ações de saúde nas escolas – gire em torno da visão crítica do mundo, da realidade que nos rodeia e sobre a qual interferimos. Assim, a necessidade de problematizar os determinantes que impedem a indivíduos e coletivos de realizarem opções saudáveis torna-se questões pessoais de cada ator envolvido, a partir da sua visão particular de mundo, do Programa, da saúde e não uma questão do PSE.

## **ENVOLVIMENTO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Para G1, a proposta de um Programa que aborde temas ligados à saúde na escola é válida por que num primeiro momento não existia, e verifica-se que há necessidade de existirem ações de saúde nas escolas. Continua afirmando que a educação é a base e, quando se trabalha na escola com conceitos e orientações ligados à saúde é possível promover a saúde de verdade já que seria possível atingir este aluno quando este cidadão tiver na idade adulta, tal crença já foi discutida anteriormente.

G2 concorda com a importância do Programa, ressalta as dificuldades, lutas, entraves existentes e que o Programa ainda está em fase de estruturação e assim ainda há necessidade de implementar alguns componentes sem especificá-los. Vale lembrar que o Programa funciona desde 2010 e a complexidade da gestão e operacionalização de um programa como esse fica evidente quando a gestão central considera que em mais de 1 ano ele ainda está na fase citada. G2 reitera que o beneficiário, o aluno, tem essa possibilidade ligada à assistência a saúde, contudo, afirma que tal atendimento ainda que precário já é alguma coisa para quem, supostamente, não teria acesso a ele e que as crianças e as famílias gostam do Programa devido à carência ligada às condições de vida. Ora, só gostam devido à carência? A partir daí pode ser legitimado o ‘fazer de qualquer jeito’ porque são carentes de todos esses benefícios? Finaliza afirmando que considera o saldo positivo e que é gerada grande satisfação na equipe gestora que lida com as comunidades escolares beneficiadas pelo Programa e que o fato de fazer algo pelos alunos com a ajuda da Saúde, que antes não existia, é algo muito bom.

Aqui podemos concluir que a aproximação com o conceito de *Advocacy* ainda é insuficiente já que o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde não se repercutem em melhorias na qualidade de vida dos beneficiários ou a efetivação de seus direitos relacionados a saúde.

## **OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

### **Superando a atuação fragmentada baseada na especialização**

Durante a ação de saúde na escola C a profissional de enfermagem pergunta a um aluno se ele estava com conjuntivite, ele responde que seria um problema de vista, a

profissional de saúde questiona se ele usava óculos, se estava usando colírio, uma funcionária da escola diz que o aluno usava óculos e pediu para o aluno pegar. Neste caso, a profissional de saúde busca a interação com o aluno a partir da observação de alguns sinais e sintomas de uma possível doença. Não há elementos para saber qual era o real problema que ocorria com o aluno, mas neste caso houve uma investigação sobre um possível problema de saúde, tal investigação não foi aprofundada, mas permitiu a interação dos profissionais de saúde e da educação. Há também o relato de um aluno que está com dor no joelho, a enfermeira pede que ele aguarde para ser avaliado pela fisioterapeuta. Ao ser indagado sobre o motivo da dor, o aluno diz que caiu da cama. A enfermeira pede gelo e inicia o tratamento crioterápico, pergunta se há alguém em casa para buscar o aluno e prepara guia de referência para encaminhá-lo a serviço de saúde especializado, essas guias são entregues aos pais pela direção da escola. Não faz parte dos objetivos desta pesquisa a investigação sobre o encaminhamento citado, sabe-se que é um dado importante para compreender os desdobramentos das ações de saúde na escola nos serviços de saúde, logo fica uma importante possibilidade de pesquisa complementar.

No caso dos óculos<sup>13</sup>, a profissional de saúde consegue ampliar a ação de saúde para além de sua especialidade, mostrando certa aproximação com o conceito de saúde ampliada.

### **Um problema de saúde que não é relacionado à ação na escola é responsabilidade da equipe de saúde?**

Na escola D uma professora entra na sala e pergunta de onde são os profissionais, se a equipe almoçará na escola ou se já passaram no refeitório. Afirma que no refeitório há ‘esgoto a céu aberto’ e questiona se é a Saúde ou a vigilância sanitária (VISA) que deveria resolver, diz que aquilo interfere na saúde das pessoas. A profissional da fonoaudiologia responde que é a VISA que deveria resolver. A equipe não busca maiores informações sobre o problema. A funcionária administrativa e a auxiliar de enfermagem comentam que a professora deveria enviar relatório para a Secretaria. No intervalo, a profissional da fonoaudiologia comenta que relatará o problema no relatório. Outra aluna pede para medir a pressão e a profissional da enfermagem (enfermeira) nega dizendo que todos os alunos

---

<sup>13</sup> Vide página 73

iriam querer, a profissional da fonoaudiologia afirma que dessa forma não se consegue atingir o objetivo do programa com crianças desse tamanho.

Não se buscou ampliar as possibilidades desta ação de saúde, não houve acolhimento da demanda apresentada pela professora, as profissionais da equipe apenas se eximiram da responsabilidade. Ainda que não seja parte dos objetivos da ação de saúde na escola, tal demanda merece atenção e maior vontade para ser resolvida já que envolve a salubridade da alimentação de alunos, professores e funcionários. Além disso, negar a medição da PA alegando que todos irão querer, isso seria ruim? Se não há recursos para atender a todos naquele momento, que isto seja explicado e que atendam a um determinado número de alunos e com isso ampliar o canal de intercessão entre a ação de saúde e a escola.

---

## **Município 2 - M2**

### **CONCEPÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Neste município já há uma compreensão de Promoção da Saúde mais próxima do que o conceito moderno tal qual para Buss (2000) quando P2 defende a criação de estratégias para se trabalhar na escola pela busca da qualidade de vida a partir das necessidades dos alunos, suas famílias e da comunidade local. Ou até mesmo quando a Promoção da Saúde, segundo G3 se materializa através de ações que evitariam que os sujeitos adoecessem. O fator econômico também é citado por este gestor, a perspectiva de que seria menos custoso promover a saúde do que tratar a doença está presente, isso provavelmente é verdadeiro, contudo o que se busca através das ações de Promoção da Saúde é a transformação da realidade local, a questão econômica é importante mas não se resume a ela. Não se deve promover a saúde apenas para diminuir gastos, tal perspectiva foi denominada como Conservadora<sup>14</sup>.

Há também, para G3, a crença da simplicidade em transferir hábitos da infância para a idade adulta o que subestima as diversas possibilidades ligadas às condições de vida. Concordamos que é uma possibilidade mas acreditando que haverá diversos fatores que influenciarão tal adoção de hábitos.

---

<sup>14</sup> Vide página 15

Para P3, a Promoção da Saúde também é defendida como conscientização ou entendimento, da importância da saúde, o que evitaria que a busca dos serviços de saúde somente a partir do aparecimento de sinais e sintomas de doenças. Há o reconhecimento do caráter processual por este ator, assim como a importância da educação. Mediante isto, segundo P3, a função maior do PSE seria evitar que a doença ocorra, prevenir sua aparição. Mais uma vez Promoção e prevenção são usados como termos intercambiáveis. Mas mostra, mesmo sob a denominação de prevenção, a importância de atuar antes da doença. Concordamos que indivíduos e coletivos mais conscientes e informados teriam mais opções em relação a sua saúde, mas vale lembrar que há condicionantes e determinantes que fogem ao controle deles. Assim, o que fazer a partir da conscientização? Todos os beneficiários do Programa terão seus direitos ligados à saúde e cidadania efetivados a partir do momento em que ‘se tornarem conscientes’? Aí pode estar mais uma forma de responsabilizar a ‘vítima’ já que esta, não sendo ‘consciente’, não preveniria o surgimento de doenças.

Para G1, as pessoas dentro da escola e de um modo geral na sociedade não teriam entendimento básico sobre alguns diagnósticos, de algumas coisas que são básicas para prevenir doenças por não se orientarem. Para ela, promover a saúde é fazer com que através de orientação na parte educativa, as pessoas tenham conscientização de que podem prevenir doenças através de cuidados básicos – desde a higiene pessoal até mesmo à alimentação – ou seja, seria tudo aquilo que o cidadão como leigo pode fazer através de atitudes dentro da própria comunidade e da sociedade para prevenir muitas doenças.

Esta conscientização já foi abordada acima e esta distinção entre profissional de saúde e até mesmo de educação e leigo é algo que merece ser observado. Parte da crença de que quem detém informações ou conhecimento técnico poderia ou deveria ser capaz de não adoecer, isto porque só a informação permitiria a este evitar e prevenir doenças. E leigo seria aquele que não detém o ‘poder’ dado pelas informações ou conhecimento técnico. Defendemos a superação de tal crença através da Promoção da Saúde partindo do princípio que os sujeitos são os mais capazes de agir em favor de sua própria saúde, tanto no aspecto individual como no coletivo e isto se daria através do diálogo com os profissionais de saúde e de educação, este com seu saber especializado e aquele com seu saber oriundo do cotidiano, o saber que as condições e situações de vida lhe permitem. Perpassaria também essa relação entre o sujeito e o profissional, questões ligadas ao contexto maior no qual

ambos estão inseridos, o ambiente, as possibilidades que a vida do sujeito tem e que poderá objetivar superá-las, entre outros.

Assim, P3 e G1 deveriam considerar que a análise de situação pressupõe que a realidade é produto de um jogo entre vários atores e que os diferentes jogadores explicam a realidade da vida, do jogo ao partir de seu ponto de vista. Todos podem partir dos mesmos dados e informações e fazerem uma leitura diferente a respeito deles (Brasil, 2005).

Devide (2003), ao analisar a compreensão de escolares do segundo segmento do ensino fundamental sobre a relação entre a disciplina Educação Física e saúde, afirma que há predomínio de uma concepção estreita de saúde. Segundo o autor, isto refletiria a discussão escassa e reducionista de saúde realizada muitas vezes no âmbito escolar, que a associa aos determinantes biológicos das doenças, reduzindo a saúde ao seu aspecto individual. Ainda que este autor tenha tratado especificamente de um componente curricular, acredita-se que expressa, de forma geral, como a saúde é abordada nos conteúdos escolares. Logo, há a necessidade ampliação das concepções de saúde a serem trabalhadas nas escolas não só pelos alunos mas também pelos profissionais de saúde e educação.

### **CAPACITAÇÃO e QUALIFICAÇÃO**

Segundo G3, já na década de 90 ocorriam seminários que abordavam temáticas ligadas à saúde no que se denominou de formação em serviço. Nestes, ocorriam palestras nas quais os profissionais que trabalhavam tal temática compartilhavam sua experiência e trocavam informações, o que estimulava outros profissionais a abordar essas e outras temáticas ligadas à saúde de acordo com a realidade da escola na qual estava inserido. Este gestor lembra ainda que houve uma oficina denominada :‘M2 também faz a sua história’ que focou questões ambientais, artísticas e históricas além das questões envolvendo a saúde. Era uma forma dos profissionais de educação da rede de ensino entenderem como o município se concretizou cultural e historicamente e como isso interferiu no processo ambiental e ligado à saúde no município. Um dado importante que auxilia a compreensão de como uma iniciativa como essa é importante refere-se ao fato de que grande parte dos profissionais de educação da rede de ensino de M2 não residirem no município.

A iniciativa descrita mostra uma ampliação da formação e capacitação, que não aborda somente as questões ligadas à saúde, mas é importante para a compreensão do contexto, isto unido ao conhecimento da realidade local da comunidade na qual a escola está inserida tornará maior a possibilidade de êxito em qualquer iniciativa de saúde e até mesmo de educação e se aproxima do sugerido por Devide (2003) ao permitir uma visão crítica da realidade do município em questão.

Também já ocorreram formações voltadas a questões das drogas e voltadas para as DSTs/AIDS com parceria com uma instituição de ensino e pesquisa e grupos de apoio respectivamente, além daquelas com viés pedagógico que fomentaram a discussão em torno da linguagem, escrita etc que não são diretamente ligados à saúde mas não são menos importantes quando se defende o conceito de saúde ampliada e se pretende agir nas escolas. Esse resgate histórico é importante para possibilitar o delineamento do momento atual.

Atualmente, a coordenação central do PSE realiza palestras e oficinas com temas ligados a saúde na escola, já foram abordados: combate ao tabagismo; drogas na escola: educação e prevenção; conversas sobre sexo com crianças e adolescentes; diversidade e gênero na escola; saúde e trabalho infantil entre outros. Os profissionais de educação e de saúde são convidados a participar. Tais encontros acontecem em dois turnos, nos quais há divisão de participantes de acordo com a região onde a escola se situa, esta forma tem o objetivo de facilitar o acesso dos envolvidos nas ações de saúde na escola. Segundo G3, mesmo sem dispor de recursos para a contratação do palestrante faz-se o convite buscando convencê-los da importância da capacitação dos profissionais, além disso, este ator (G3) é militante de temas em saúde, o que permitiu construir ampla rede de contatos e conseguir a participação destes palestrantes. Além desta oportunidade, segundo P2 nos GEs há o repasse das informações recebidas. A equipe do PSF participou de alguns GEs na escola A contribuindo esclarecendo dúvidas, trocando ideias e divulgando informações.

Já para P3, essas palestras mensais não são suficientes, ela reconhece a necessidade de existirem mais oportunidades para capacitação e qualificação. Para ela os profissionais de saúde que atendem a escola B estão ‘aprendendo fazendo’ pois não sabiam como lidar já que Programa seria uma coisa nova. P3 também ressalta que seria importante a participação de toda equipe e não só apenas um ou outro já que os temas são diferentes.

Logo, existe um cronograma de qualificação em temas ligados a saúde na escola, mas que ainda pode ser aperfeiçoado para atender melhor as necessidades dos profissionais da ponta. Outro fator importante evidenciado aqui é a constituição de uma rede a partir da militância de um ator-chave, G3, possibilitando uma capacitação que conta com parceiros sensibilizados pelo Programa e suas possibilidades. Logo, a inserção social, institucional e as experiências, valores e visão de mundo permitem a este ator desenvolver seu papel de forma a aumentar a possibilidade de êxito do PSE no que tange a capacitação e qualificação dos envolvidos nas ações de saúde na escola.

### **ENVOLVIMENTO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Segundo P2, o PSE tornou possível uma ação mais voltada para a Promoção da Saúde na escola já que anteriormente a ele, algumas ações pontuais podiam fazer parte do planejamento do professor ou da equipe pedagógica, com ele as ações se tornaram sistemáticas.

P2 considera muito positivo o trabalho do Programa na sua escola (escola A) e relata que pôde perceber, através dos encontros com profissionais de educação e saúde que operacionalizam o Programa em outras escolas, que nestas não se obteve tanto êxito como na escola na qual trabalha. Lembra dos entraves que ocorreram por causa das obras na escola, o que atrapalhou o andamento do Programa no segundo semestre de 2011. Afirma ainda que a boa relação com a equipe do PSF foi fundamental para que as atividades do PSE funcionassem. Desta boa relação surgiu a disponibilização do espaço da escola para atividades do PSF que não necessariamente estariam ligadas ao PSE, assim torna-se possível uma ampliação das atividades do Programa até mesmo para quem não pertence à comunidade escolar.

P3 considera brilhante um programa que aborde temas ligados à saúde na escola, pois seria uma possibilidade de mudanças das condições de saúde daquela comunidade e ressalta que tais programas já deveriam existir a mais tempo, mas reconhece que ainda é uma coisa nova para a equipe de saúde. Afirma também que a interação entre educação e saúde é essencial e que a continuidade e êxito do Programa vão depender muito de todos que estão dentro dele, mas sabe que essa possível mudança leva tempo, que é um trabalho diário.

A boa relação entre a equipe da escola e a equipe de saúde, a compreensão da importância da continuidade e êxito do PSE estar ligada ao envolvimento dos atores e que as ações de saúde na escola podem levar a melhorias nas condições de vida e saúde da comunidade educativa pode ser traduzida como uma aproximação com o *advocacy* como descrito no início deste capítulo, pois são parte da luta pelos direitos ligados a saúde e cidadania de indivíduos e coletivos.

## **OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

### **Os profissionais de saúde estão preparados para entrar na escola quando a ênfase é componente educacional ao invés do assistencial?**

Na escola B, em uma palestra sobre *bullying* e violência contra crianças e adolescentes, a profissional de medicina pergunta aos alunos se todos são amigos, continua afirmando que é importante viver nas diferenças, respeitar o colega. O ACS questiona se deu para ter uma noção sobre o tema da palestra, uns alunos dizem que não e outros que sim, o término do turno interrompe a palestra. Um aluno fala com a equipe sobre um caso, diz que é agredido na rua, a equipe passa o caso para OP. A professora já havia abordado tal temática em aula e opina dizendo que é bom outras pessoas falarem porque dá outra ênfase.

A profissional de medicina emite opiniões pessoais nem sempre condizentes com o material preparado para a palestra ou com o que os demais membros da equipe vinham falando, os outros integrantes da equipe fazem o mesmo. O ACS que conduz a maior parte das palestras conhece aquela escola, faz parte da comunidade, porém o pouco conhecimento teórico do tema e a falta de preparação conjunta com os demais membros da equipe são mais relevantes para uma apresentação confusa do tema.

## **CONSIDERAÇÕES**

O eixo 1 é representado tanto de forma negativa quanto positiva, primeiramente quando se relaciona a Promoção da Saúde ao diagnóstico precoce com fins preventivos e posteriormente, com a inclusão das ações de saúde no PPP da escola e a partir daí, a não

dependência de programas ou ações isoladas para que ocorram ações que envolvam temáticas ligadas a saúde na escola. Ou ainda quando o profissional de saúde extrapola os conhecimentos referentes a sua formação e busca interagir com o aluno a partir da identificação de um sinal de uma doença para encaminhar este aluno ao serviço que ele necessitava.

Evitar que os sujeitos adoeçam e a busca da qualidade de vida de alunos, família e a comunidade local são questões importantes para a Promoção da Saúde e também evidenciam este eixo de forma a ampliar as ações de saúde para atender as necessidades dos beneficiários do Programa.

O eixo 2 aparece na inexistência de formação específica para os envolvidos nas ações de saúde em um dos municípios mesmo com o reconhecimento de tal necessidade pelo do órgão gestor do Programa, ou ainda a inexistência de critérios para a seleção dos profissionais de saúde que atuarão no PSE bastando que eles tenham apenas ‘boa vontade’. Há também o caso da escola que estava funcionando num prédio cedido e isso atrapalhou o andamento da semana da saúde devido a inadequação das instalações.

Já o compartilhamento de experiências por profissionais de educação que trabalhavam com temas ligados a saúde estimulando outros profissionais, a ampliação da formação e capacitação ao abordar questões mais amplas que permitem uma leitura da realidade do município e o reconhecimento de que o envolvimento dos atores que operacionalizam o PSE são essenciais para alcançar os objetivos das ações de Promoção da Saúde na melhoria das condições de vida dos beneficiários.

O eixo 3 é encontrado na afirmação de que educação é a base e que a educação em saúde possui grande potencial quando trabalhada na escola. Contudo, há que se ter claro que esta educação para a saúde não se refere apenas a educação formal (escolar) e que diversos fatores irão interferir nas opções que cada sujeito ou coletividade farão em relação à saúde. Assim, a crença de que seria suficiente informar para que todos pudessem agir, prioritariamente, em favor de sua saúde é questionada.

Também aparece nas discussões suscitadas pelos encontros de capacitação que um dos municípios realizam e principalmente quando os temas abordados neles é levado para os GEs e debatidos de acordo com a realidade da escola.

Uma ação de saúde pesquisada também traz elementos para serem enquadrados aqui, quando se pergunta aos beneficiários se deu para ter noção sobre o tema que era abordado e o término do turno não dá possibilidade desta avaliação ser levada adiante, ou quando a opinião pessoal dos profissionais se sobrepõe ao material de apoio utilizado evidenciando que não houve preparação prévia para a realização daquela ação, há indícios de que as concepções de educação não fazem parte das reflexões que a equipe de saúde deveria fazer para tornar a ação de saúde com maior possibilidade de ser exitosa.

O eixo 4 está no acesso limitado aos serviços de saúde que faz de um atendimento precário ser enaltecido, nos encaminhamentos realizados após as ações de saúde do Programa sem que haja nenhuma forma de verificar se houve atendimento de tal demanda por parte dos serviços de saúde e também no não reconhecimento da própria equipe de saúde como um agente de mudança na ocasião da queixa da professora ligada a insalubridade do local onde eram preparados e servido a alimentação para os alunos e professores. Neste caso, a equipe de saúde não se mostrou disposta a passar tal caso dentro do próprio setor Saúde denotando que mesmo em questões intrasetoriais pode haver entraves no encaminhamento de soluções para as necessidades da comunidade educativa.

Um ponto positivo relacionado a este eixo é a existência de um ator que consegue agregar parcerias e valores ao PSE a partir de sua militância no campo da saúde e assim, ao extrapolar o setor do qual faz parte e integrar outros setores busca tornar o PSE mais próximo de seus objetivos.

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSÕES

Inicia-se a parte final reiterando a compreensão de Promoção da Saúde desta pesquisa já que conforme apontado, promover a saúde tornou-se um discurso fácil sendo amplamente aceito no senso comum. É uma espécie de ‘bandeira branca’ para tornar o que se fala sobre saúde aceitável e desejável. A Promoção da Saúde e a intersetorialidade buscam ser ferramentas de transformação das condições de vida e de saúde de sujeitos e coletividades mediante a visão integrada dos complexos problemas sociais da atualidade e através de múltiplas estratégias que envolvem atores, instituições, saberes, práticas, englobando assim todos os componentes ligados à saúde: social, econômico, político, biológico, cultural, étnico-racial e espiritual.

Ressalta-se que esta multiplicidade, considerada grandiosa pelos críticos, constituinte da Promoção da Saúde não a obriga a dar conta de tudo, sempre. Pequenos atos, por exemplo, podem fazer diferença na vida de um aluno e/ou uma família sendo uma grande conquista quando se trabalha com vistas a promover a saúde. Isto é importante já que na literatura e nesta pesquisa se fala em mudanças nas condições de vida e saúde, o que pode gerar no leitor uma ideia de utopia infinda. Assim, defende-se a Promoção da Saúde como veículo de transformações desde a vida de um indivíduo até transformações sociais, naquilo que for possível para o momento e ocasião; ação de saúde na escola, cotidiano dos serviços de saúde, o processo de trabalho do profissional de saúde e de educação, divulgação de informação através da mídia, formulação de políticas entre outros.

Tendo como objeto de análise a relação entre a Promoção da Saúde e o ambiente escolar, no caso deste estudo, escolas de ensino fundamental, através do conhecimento e análise de ações de saúde do Programa Saúde na Escola nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu buscou-se apreender: como ocorre o planejamento e operacionalização das ações de saúde, quem são os atores envolvidos nas ações, além do envolvimento e a compreensão que atores estratégicos possuem com e da Promoção da Saúde e como os aspectos pedagógicos relacionam-se com as ações de saúde.

A escola é o lugar por excelência onde a realidade deverá ser questionada e refletida e as ações de saúde, em complementaridade com as atividades pedagógicas cotidianas, podem ser o ponto de partida para este processo. Não se trata de uma 'visão romântica' do papel social da escola a partir da defesa da escola e da educação formal como a resolução para questões sociais complexas, mas a defesa de que as ações de saúde, entre outras, quando realizadas nas escolas podem fazer parte de um processo com o objetivo de proporcionar mudanças.

O questionamento importante a ser feito neste capítulo final é: ao analisar a dinâmica intersectorial nos dois municípios, o que se pôde conhecer?

Com avaliações clínicas, palestras, confecção de peças teatrais, prática da escovação dentária e outras as ações de saúde são realizadas nas escolas alterando a dinâmica escolar. Essas ações de saúde lidam com o imaginário pré-concebido sobre saúde e sobre o profissional de saúde por parte dos beneficiários, denotando uma realidade na qual o contato com estes profissionais não é algo comum, é algo raro, uma exceção.

Para responder ao conceito ampliado de saúde é necessário que os profissionais de saúde e até os de educação que atuam nas escolas tenham isto claro para facilitar a comunicação entre eles e os beneficiários da ação. A partir daí, a construção compartilhada de conhecimento através do diálogo que também deve ocorrer entre instituições e setores é uma importante tentativa de dar resposta às demandas de sujeitos e coletivos. A prática pedagógica citada tem por característica a construção de possibilidades e soluções e contrasta com uma prescrição normativa de condutas ditas saudáveis para sujeitos e coletividades que não possuem condições ou intenção de adotá-las. Contrasta também com a sobreposição de setores e instituições sem o compartilhamento de poderes, metas, enfim, sem a real intenção de intervir positivamente nas condições de vida e saúde dos beneficiários das ações.

A profissional de saúde que buscou a familiarização com os sujeitos que seriam beneficiários de sua atuação profissional permitindo a aceitação do tema a ser abordado, sem imposição ou resistência por parte dos alunos é um exemplo. De forma geral, os atores pesquisados não possuíam envolvimento com a Promoção da Saúde como ideário, área de pesquisa, saberes e práticas o que não impediu de realizarem ações condizentes com a Promoção da Saúde como apresentada pela pesquisa.

Outro achado relacionado ao conceito ampliado de saúde pode ser encontrado na atuação de um ator a partir de sua militância na área da saúde, que permitiu a realização de palestras e debates para a qualificação e capacitação dos profissionais de saúde e educação que participam do Programa em um dos municípios pesquisados.

Este fato evidencia que a inserção social, as experiências, a expertise acumulada, valores e visão de mundo, compreensão do processo educativo e do processo saúde-doença dos atores envolvidos em ações intersetoriais são fatores importantes e precisam ser levados em conta tanto no planejamento quanto na operacionalização das ações de saúde. Na experiência citada a inserção do ator é algo positivo, mas quando algum destes fatores for identificado como um obstáculo ao êxito da ação de saúde, se torna essencial que ele seja clarificado e que se aja em torno dele. Sabe-se que modificar a visão de um ator sobre educação ou saúde, por exemplo, não é um processo simples mas a identificação deste obstáculo dá opções para aqueles que realizam as ações de saúde.

Vale lembrar que as concepções pedagógicas são mais ou menos conscientes para cada ator e, assim torna-se essencial revelá-las através de reflexões e debates oriundos da capacitação e qualificação dos atores que atuam nas ações de saúde na escola. Assim, conforme evidenciado pela pesquisa, a inexistência de capacitação e qualificação bastando apenas ter habilitação profissional e ‘boa vontade’ para atuar no PSE pode ser uma séria limitação à consolidação da Promoção da Saúde e da intersectorialidade. Isto porque este importante fator torna-se uma questão pessoal de cada ator envolvido, a partir da sua visão particular de mundo, do Programa e da saúde.

Os valores que expressam a visão de mundo, sociedade, saúde, educação e a leitura sobre a inserção no contexto político-institucional e social são materializados através dos aspectos pedagógicos e quando alinhados com as expectativas geradas pela entrada da Saúde nas escolas auxiliam na conquista de melhores condições de saúde para os beneficiários da ação de saúde.

Um exemplo ocorreu quando surgiu a questão sobre o ator que faria a avaliação das necessidades dos beneficiários a serem abordadas nas ações de saúde do Projeto. O lugar que este ator ocupa na estrutura da sociedade interfere na avaliação, profissionais de educação ou de saúde podem tender a ver tal realidade apenas pela perspectiva das necessidades e carências, não reconhecendo as potencialidades e possibilidades. Assim, é

preciso que os profissionais de saúde e educação envolvidos, além de sua expertise técnico-científica, tenham interesse e compromisso com o desenvolvimento da comunidade baseado no fortalecimento de sua autonomia.

A Promoção da Saúde também pode ser materializada quando não são abordadas temáticas ligadas a saúde, uma educação crítica e baseada em valores ligados a democracia e respeito à diversidade é um exemplo. A confecção de material de apoio para que os profissionais de educação pudessem trabalhar com temáticas ligadas a saúde dentro das áreas referentes a linguagens, ciências exatas ou biológicas merece destaque por incluir a saúde no cotidiano pedagógico da escola. Esse caso se tratou de uma iniciativa pessoal, algo que poderia ser adotado em ações de saúde nas escolas para diversificar sua atuação.

Outro fator importante é relacionado a não identificação da necessidade de estratégias pedagógicas para as ações de saúde, a entrada da Saúde na escola altera a sua dinâmica e tais estratégias seriam fundamentais para que isto ocorresse de forma a aproximar os profissionais que operacionalizam as ações de saúde e os beneficiários contribuindo na constituição de diálogos e trocas. Palestras com informações descontextualizadas e sem sentido para os alunos evidenciam que os profissionais de saúde não estavam preparados para a 'sala de aula'. O recebimento de materiais ligados à assistência a saúde e o não recebimento de recursos pedagógicos é outro achado que pode evidenciar uma predominância do componente assistencial sobre o educativo nas ações de saúde.

Os limites para a efetivação do conceito ampliado de saúde também ficam evidentes na realidade pesquisada devido à realidade e a diversidade da escola pública, na sua estrutura física, na comunidade atendida, na composição da equipe de profissionais, até mesmo no material utilizado como uma régua escolar e fita métrica de costura presa na parede para a realização da medida de altura dos alunos e uma balança caseira para a medição do PC. Isto denota a complexidade ligada a ampliação do conceito de saúde. Complexidade esta que nos remete ao desafio de superá-la.

A relação entre a necessidade de ações intersetoriais e a setorialização existente na Saúde e Educação vem à tona, na pesquisa, na consciência da limitação das possibilidades de atuação do Programa que ocasionou as parcerias estabelecidas com a iniciativa privada sendo importante na ampliação das ações de saúde na escola. A inclusão da semana da

Saúde na Escola no calendário pedagógico também é relevante, mostra a importância dada às questões ligadas à saúde independente do Programa. Assim, até as escolas que não fazem parte do PSE têm a possibilidade de realizar ações nas quais a saúde é o tema principal. Além disso, podem ocorrer ações com temáticas ligadas a saúde independente da presença de profissionais de saúde nas escolas. Há também o bom relacionamento entre as Secretarias de Educação e Saúde havendo reciprocidade na mobilização pela busca de resolução de prioridades ligadas à saúde dos beneficiários do Programa, algo que remete certa obviedade mas que nem sempre se confirma.

A utilização das ações do Programa para o enfrentamento de problemas de saúde estabelecidos como prioritários como a dengue merece destaque, também é digno de nota a flexibilidade dada às escolas a partir da possibilidade de adequação das atividades do Programa de acordo com a sua realidade. Contudo, os mecanismos de participação dos beneficiários do Programa no planejamento no âmbito da gestão central ainda são incipientes.

Até mesmo quando se trata do componente assistencial da ação de saúde, a resolutividade possível para o momento deve ser considerada e não apenas encaminhar para os serviços de saúde, assim ocorre a atuação possível do profissional de saúde na busca da satisfação da necessidade de saúde do aluno.

Buscou-se contribuir com a discussão referente a ações intersetoriais entre, principalmente, saúde e educação no âmbito escolar ao trazer as peças deste mosaico constituído pelas ações de saúde do PSE em Duque de Caxias e Nova Iguaçu.

A Promoção da Saúde necessariamente incorpora ações intersetoriais para permitir que sujeitos e coletividades alcancem gradações crescentes de saúde a partir da possibilidade aumentada de fazer opções e agir em favor de sua saúde. Ressalta-se que as percepções dos atores envolvidos de sua realidade social é o ponto de partida para este processo.

Esta pesquisa reconhece que a dinâmica intersetorial entre Saúde e Educação, representada pela articulação de saberes e experiências com o objetivo de dar soluções sinérgicas a problemas complexos oportunizando transformações nas condições de vida de sujeitos e coletivos, abre muitas possibilidades para a consolidação da Promoção da Saúde na escola. Existem também algumas limitações que acreditamos fazer parte não só da

realidade pesquisada mas também das demais ações que abordam temáticas ligadas à saúde nas escolas.

Assim, é possível concluir que a Saúde pode contribuir para que a escola torne-se um equipamento social aliado no desenvolvimento da comunidade educativa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azevedo MA. Advocacy em rede, 2003. Disponível em <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/advocacy.doc> . Acesso em 7 de Setembro de 2010.

Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade, V.11 N° 1;1-11, 2002.

Becker HS. A História de Vida e o Mosaico Científico. In. Becker, H S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 3° ed. Editora Hucitec, São Paulo, 1997.

Brasil. A promoção da saúde no contexto escolar. Projeto Promoção da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde. Revista de Saúde Pública; 36(4) p.533-535, 2002.

\_\_\_\_\_. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. 1986

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física / Secretaria de Educação Fundamental. . Brasília: MEC / SEF, 1998. 114 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: Apresentação dos temas transversais / Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília: MEC/SEF, 1997. 146p.

\_\_\_\_\_. Sítio do Ministério da Educação. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12372&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12372&option=com_content&view=article). Acesso em 20 de maio de 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Saúde na Escola. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das praticas de saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005

Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1): 163-177, 2000.

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde na infância e adolescência. Rev. Bras. Saúde matern. Infant., Recife, 1(3): 279-282, set.-dez., 2001.

\_\_\_\_\_. Uma Introdução ao Conceito de Promoção de Saúde. In Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Bodstein R, Zancan L. Avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social in Zancan L, Bodstein R, Marcondes W B (orgs.). *Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local*. Abrasco, Rio de Janeiro, 2002.

Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *saude soc.*, abr 2004, vol.13, no.1, p.14-24.

Brandão CR. A educação popular na área da Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 8. 2001

Campos FC, Teixeira PF. Promoção de saúde na atenção básica no Brasil. [site da internet]. 2005 [acessado em 9 de janeiro de 2012]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/promocao\\_saude\\_ab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/promocao_saude_ab.pdf)

Costa AM, Pontes ACR, Rocha DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. *In: Castro, A, Malo, M. (Org.). SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 96-115.

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3):745-749, 2004.

Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr., Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 635-667, (Saúde em debate, 170).

Carvalho AI. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):4-5, jan, 2008.

Carvalho YM. Educação Física e Saúde Coletiva: Uma Introdução. *In LUZ, M. T. Novos Saberes e Práticas em Saúde coletiva: Estudos Sobre Racionalidade médicas e Atividades Corporais*. São Paulo: Hucitec, 2005.

Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento – uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. *In: Vasconcelos EM. (org). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo (SP): Hucitec; 2001. p.101-14.

Carvalho, FFB. Análise crítica da Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da Educação Física através do enfoque radical de promoção da saúde. *Saude soc.* [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 227-236.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In Czeresnia, D, Freitas CM (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Cyrino EG, Pereira MLT. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação em Botucatu, São Paulo. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 15(Sup.2):39-44, 1999

Dallari SG, Barber-Madden R, Torres-Fernandes MC, Shuqair NSMSA, Watanabe H A. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. Rev. Saúde Pública, 30 (6): 592-601, 1996  
Dantas M, Cavalcante V. Pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação. Recife, 2006.

Devide FP. A Educação Física escolar como via de educação para a saúde. In Bagrichevsky M, Palma A, (Orgs.). A saúde em debate na Educação Física. Blumenau, SC: Edibes, 2003, pp. 137-150.

Farinatti PTV, Ferreira MS. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

Fernandes MH, Rocha VM, Souza, DB. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.12, n.2, p. 283-91, mai-ago. 2005.

Ferreira JR., Buss PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB (Orgs.). Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

Ferriani MGC, Cano M. A. T. O programa de saúde escolar no município de Ribeirão Preto. Ver.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v.7 n.4, p. 29-38, outubro 1999.

Ferreira MS. Agite antes de usar... A Promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo Rio de Janeiro: Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2008.

Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. Ciência & Saúde Coletiva, 15(2):397-402, 2010

Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino/aprendizagem em serviços de Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 8. 2001

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Ed.Atlas, 1987.

Goldemberg MA. arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1997.

Gonçalves FD. et al. A promoção da saúde na educação infantil. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.

Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade - saúde soc. vol.6 no.2 São Paulo aug./dec. 1997

\_\_\_\_\_ A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor - - saúde e sociedade v.13, n.1, p.25-36, jan-abr 2004

\_\_\_\_\_ Inojosa, RM, Komatsu S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de fortaleza. Anais do xi concurso de ensayos del clad "el tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones". Caracas, 1997.

Leonello VM, L'abbate S. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. Interface – Comunic. Saúde, Educ. v.10, n.19, p.149-66, jan/jun 2006

Moura JBVS. et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.489-501, abr.-jun. 2007.

Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.5-13, jan-abr 2004

Michelat G. Sobre a Utilização da Entrevista Não-Diretiva em Sociologia. In: Thiollent M. J. M. Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária. Editora Pólid, 1982.

Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):861-868, 2009

Monnerat GL, Souza RG. Da seguridade social a intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil - - r. katál., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011

Moretti et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (pr) -ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.1 rio de janeiro junho 2010

Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas - serv. soc. soc., são Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010

Neto, OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo, MCS, organizadora: Pesquisa social: teoria método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM, Martins RS. Grupos Focais e Pesquisa Social: O Debate Orientado com Técnica de Investigação. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

Neto AA, Saavedra LH. Diga NÃO para o Bullying. Rio de Janeiro: ABRAPI; 2004

\_\_\_\_\_ Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. J Pediatr (Rio J). 2005; 81(5 Supl):S164-S172: Violência escolar, violência juvenil.

Neves JL. Pesquisa qualitativa. Características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, V.1, n° 3, 2° sem./1996.

OMS. Relatório da Conferência sobre Ação Intersetorial para a Saúde: Pilar da Saúde para Todos no Século XXI (1997).

Paim J. *Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Paludo C. Educação Popular – dialogando com redes latino-americanas(2000-2003). Educação popular na América Latina: desafios e perspectivas. — Brasília : UNESCO, MEC, CEAAL, 2005.

Palma A, Bagrichevsky M, Estevão A. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção de saúde. In Bagrichevsky M, Palma A., Estevão A. (Orgs.). A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edibes, 2003.

Pedrosa JIS. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 8. 2001

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e educação em saúde. In: Castro A, Malo M. (orgs.) *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec/OPAS, p. 77-95, 2006.

\_\_\_\_\_. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência e saúde coletiva* [online]. vol.9, n.3, p. 617-626, 2004.

\_\_\_\_\_. Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde*. — Brasília, p. 41 a 48, 2006a.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e educação em saúde In: Castro A, Malo M. (orgs.) *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006b.

Peres FF. et al. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. *Ciência & saúde coletiva*, 10(3):757-769, 2005.

Reis INC (Org.). Promoção da saúde e reorientação de serviço: a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria. In Zancan L, Bodstein R, Marcondes W B (Orgs.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em manguinhos-RJ*. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

Rosen G. "O que é medicina social?" In Rosen G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

\_\_\_\_\_. Uma história da saúde pública. São Paulo; HUCITEC, 1994.

Santos NN. A intersetorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil. O Caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos. Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo. 2011. 166 f.

Saviani D. Escola e Democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política/ Dermeval Saviani – 37. ed. –Campinas,Sp: Autores Associados, 2005 (Coleção Polêmicas do Nosso tempo; Vol.5)

\_\_\_\_\_. As Concepções Pedagógicas na história da Educação Brasileira. Texto elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil.” Campinas, 2005.

Souza ES. Educação Popular e Saúde: cidadania compartilhada. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 8. 2001

Stotz EN. Os Desafios para o SUS e a Educação Popular: uma Análise Baseada na Dialética da Satisfação das Necessidades de Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_, Araújo JWG. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.5-19, maio-ago 2004.

Silva CS. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde-I. Departamento Científico de Saúde Escolar. Sociedade Brasileira de Pediatria. P.14-20. 1997.

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no município do Rio de Janeiro. Tese de doutoramento apresentado à Escola Nacional de Saúde pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ) em 30 de Novembro de 2010.

Silva JAA, Haddad F. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 272p. – (Série Promoção da Saúde; n. 6)

Tavares MFL. Da saúde escolar à escola saudável: construindo espaços de promoção da saúde. In Zancan L, Bodstein R, Marcondes W B (Orgs.). Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

\_\_\_\_\_, Rocha, R. M. Promoção da Saúde e a Prática de Atividade Física em Escolas de manguinhos – Rio de Janeiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde

: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília, p. 157 a 167, 2006.

Valadão MM. Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutor. 2004

Vasconcelos EM.. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 8. 2001

\_\_\_\_\_. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004

Westphal M. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior, Carvahó YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.635-667, tab. (Saúde em debate, 170).

\_\_\_\_\_, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Rev Adm Pública. 2000;34(6):47-61.

Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. cien saude colet 2006; 11(1):145-154

Zaluar A. O Antropólogo e os Pobres: Introdução Metodológica e Afetiva, In: Zaluar, A. A Maquina e a Revolta – As Organizações Populares e o Significado da Pobreza. Editora Brasiliense. São Paulo, 1985.

Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. Saúde e Sociedade v.16, n.3, p.26-34, 2007.

## ANEXOS

### Anexo A

#### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Quais ações de educação em saúde existiam/existem na Rede de Ensino e/ou nas escolas?
2. Para você, o que é promoção da saúde? Como a escola e o Programa Mais Educação podem promover a saúde da comunidade educativa beneficiária?
3. Como é feito o planejamento das atividades das oficinas? Quem participa do planejamento?
4. Como e feita a problematização das atividades das oficinas? Quem participa desta problematização
5. Dentro das temáticas pré-definidas pelo Programa Mais Educação, a escola e a comunidade educativa possuem possibilidade de escolha de temáticas das oficinas de acordo com suas prioridades e necessidades? Explique como isto ocorre.
6. A partir da identificação de uma prioridade relacionada à saúde da comunidade educativa, há apoio da Secretaria e/ou do Programa para o enfrentamento deste problema? Como ocorre este apoio?
7. Os responsáveis pelas oficinas (oficineiros) recebem alguma qualificação/formação sobre a promoção da saúde? Descreva atividades de qualificação/formação que ocorrem. Como é feita sua seleção?
8. Quais estratégias pedagógicas são utilizadas nas oficinas? Existe alguma recomendação do Programa e/ou da Secretaria ou fica a cargo do 'oficineiro'? Existe algum recurso pedagógico ou material de apoio? Fale sobre tais recursos ou materiais.

#### A SER PREENCHIDO PELO PESQUISADOR

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local de realização \_\_\_\_\_  
Entrevistado \_\_\_\_\_  
Cargo/Função: \_\_\_\_\_  
Formação: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa para dissertação de Mestrado em Saúde Pública de Fabio Fortunato Brasil de Carvalho intitulada: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO: OS CASOS DE DUQUE DE CAXIAS E NOVA IGUAÇU - RJ

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Secretaria de Educação e a escola na qual trabalha.

O objetivo deste estudo é analisar as ações de promoção da saúde que são realizadas nas oficinas de prevenção e promoção da saúde do programa Mais Educação em escolas dos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu - RJ.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na entrevista e/ou observação das atividades desenvolvidas nas oficinas de prevenção e promoção da saúde do Programa Mais Educação.

Através deste documento é dada a autorização para a gravação das entrevistas e da observação das oficinas. O material gerado por tais gravações ficará armazenado com o pesquisador por 5 anos e os dados gerados por esta pesquisa poderão fazer parte de futuras publicações científicas.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Contudo, apesar da garantia de sigilo por parte do pesquisador sobre nomes e outras informações, a identificação do voluntário pode ocorrer de forma indireta já que os participantes desta pesquisa possuem funções específicas no Programa Mais Educação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a possibilidade de aprimorar ações de educação em saúde no programa Mais Educação e nas escolas a partir do conhecimento e análise de como elas ocorrem na realidade pesquisada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

- Orientadora responsável: Dra. Regina Bodstein; Telefone: (21) 2598-8113
  - Instituição: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais. Rua Leopoldo Bulhões, 1.480. Sala 915. Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.
  - Mestrando – Pesquisador responsável: Fabio Carvalho; Contatos: (21) 2278-6739; (21) 9757-8640; [fabiofbcarvalho@gmail.com](mailto:fabiofbcarvalho@gmail.com)
  - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ENSP): Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210; Tel e Fax - (21) 2598-2863; e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br); Página: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>
- Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

---

Sujeito da pesquisa