

AÇÕES INTERSETORIAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: ENTRE TEORIA E PRÁTICA



Fonte: Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil

Débora de Souza Santos

Débora de Souza Santos

**AÇÕES INTERSETORIAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: ENTRE
TEORIA E PRÁTICA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DAS FACULDADES DE
CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.**

**Orientador: Mauro Antônio Pires Dias da Silva (Professor Doutor do
Departamento de Enfermagem da FCM-UNICAMP)**

CAMPINAS (UNICAMP), 2005

UNIDADE	BC
CHAMADA	
EX	
DMBO BC/	67963
IOC.	16-123-06
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
ECO	11,00
ITA	11-04-06

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa59a Santos, Débora de Souza
Ações intersetoriais de educação e saúde: entre teoria e prática. /
Débora de Souza Santos. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação. 2. Promoção da Saúde. 3. Ação Intersectorial. I.
Silva, Mauro Antônio Pires Dias da. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(Slp/fcm)

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

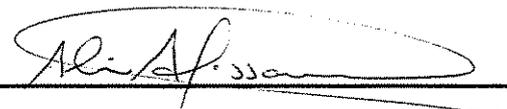
Orientador(a) PROF. DR. MAURO ANTONIO PIRES DIAS DA SILVA

Membros:

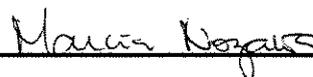
1. PROF. DR. MAURO ANTONIO PIRES DIAS DA SILVA



2. PROFA. DRA. ANA CRISTINA PASSARELLA BRÉTAS



3. PROFA. DRA. MÁRCIA REGINA NOZAWA



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 29 de abril de 2005

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a meus amados pais, **Francisco** e **Maria Lúcia**, por terem confiado nas minhas decisões e respeitado as minhas vontades, despertando-me e libertando-me para o hábito de sonhar sempre. Sem a amizade e o amor incansável que me dedicaram, com certeza este sonho que estou prestes a realizar não existiria. Minha eterna gratidão aos seus esforços sem fim, principais responsáveis pelas minhas conquistas materiais e espirituais.

Agradeço aos meus irmãos, **Rodrigo**, **Daniela**, **Thiago** e **José**, e ainda a minha cunhada **Janice**, por terem, cada um a seu modo, auxiliado-me na conclusão deste estudo.

Sinceros agradecimentos a minha querida sogra **Maria do Socorro**, por seu espírito aventureiro e jovial que me serviu de exemplo e me colocou “pra cima”, e ainda pela sua bondade e generosidade sinceras, que muito contribuíram para esta realização.

Devo agradecer também a baiana **Sandra Cardoso**, que zelosamente cuidou de nossa casa e da pequena Gabriela, principalmente quando as leituras e reflexões consumiam minha energia e meu tempo. Sua ajuda não teve preço!

Não poderia deixar de agradecer minhas grandes amigas de graduação e mestrado: **Maíra Libertad**, **Priscilleyne** e **Valéria**. Juntas compartilhamos momentos de farras e tristeza, de conquistas e fracassos, mantendo sempre o bom-humor e as intermináveis conversas “terapêuticas” ao telefone.

Agradeço também ao meu querido orientador e amigo **Mauro Antônio** (Maurão!) por ter me conquistado desde a graduação com seu jeito brusco e direto, porém sensível, proporcionando-me uma orientação pouco convencional, mais parecida com a nossa “cara”! Obrigada pela paciência, pelos momentos de incentivo e pelos debates acalorados, leves e divertidos, que muitas vezes transformaram momentos de crise em gostosas gargalhadas!

Agradeço ainda com carinho às professoras e amigas **Josely Rimoli**, **Eliete Maria** e **Márcia Nozawa** pelos exemplos de competência, solidariedade, ética, alegria e amizade, inspiradores do meu entusiasmo acadêmico e profissional.

Ao colega **Permínio** e à bibliotecária **Mirian**, das Faculdades Jorge Amado, dirijo um carinho especial em retribuição aos preciosos auxílios que prestaram-me para a elaboração do resumo em inglês e da ficha catalográfica, respectivamente.

O agradecimento também ao **Programa de Pós-graduação** do Departamento de Enfermagem da UNICAMP pela oportunidade de aprendizado e também pela tolerância com alguns atrasos inevitáveis cometidos.

Finalmente, agradeço em especial aos principais responsáveis e incentivadores deste trabalho: meu marido e minha filha. O primeiro, **Marconi**, companheiro de amor e luta, com seu jeito doce e fala mansa embalou-me em momentos bons e difíceis. Foi em meio aos seus beijos de amor e às suas críticas construtivas que este estudo nasceu, se desenvolveu e agora se concluí. Quanto a nossa filha, **Gabriela Morena**, palavra alguma traduz sua preciosa participação. Foram suas mamadas, os primeiros passos, as palavrinhas gritadas e as risadas largas, soltas e ingênuas que aplaudiram minhas conquistas e fortaleceram-me nas horas de desânimo. É seu olhar límpido e amoroso que me faz amar ainda mais a vida e prosseguir na luta.

*Dedico este trabalho a Marconi e
Gabriela Morena, amores do meu
viver*

SUMÁRIO

Sumário	13
Resumo	21
Abstract	25
Apresentação: como tudo começou....	29
Da organização da dissertação	34
Introdução: delimitando o problema	37
Dos objetivos do trabalho	40
Do referencial teórico-metodológico	41
PARTE I – O DISCURSO INSTITUCIONAL	45
I.a) A Saúde através dos tempos	45
História da Saúde Pública e o surgimento da Saúde Coletiva como principais campos para práticas intersetoriais de educação e saúde	48
O nascimento do SUS: uma política voltada para a promoção da saúde	57
Paidéia, ações intersetoriais e educação em saúde	63
Intersetorialidade: compartilhando saberes, idéias, problemas e soluções	68
I.b) A Educação no Brasil	73
As principais correntes pedagógicas	73
Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental	84
Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil	87
PARTE II – O DISCURSO DOS SUJEITOS	91
II.a) O trabalho de campo: considerações gerais	91
II.b) Análise dos discursos	96
Um projeto intersetorial coletivamente construído	96
A respeito do andamento do projeto	101
CATEGORIA A: Dos conceitos de saúde e promoção	103
CATEGORIA B: o papel da educação para a saúde	109
B.1) Dos educadores	110
B.2) Das estratégias	114
CATEGORIA C: Paidéia como facilitador das ações intersetoriais	121
C.1) Dos progressos	121
C.2) Das limitações	125
REFLEXÕES FINAIS	133
Referências Bibliográficas	139

Anexos	145
ANEXO 1	145
ANEXO 2	146
ANEXO 3	147
ANEXO 4	148

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CGPM – Comissão Geral do Programa de Moradia

CS – Centro de Saúde

CF – Constituição Federal

EUA – Estados Unidos da América

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores sem Terra

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCN's – Parâmetros Curriculares Nacionais

PSF – Programa de Saúde da Família

RCNEI – Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VEJA – Vivência Educacional de Jovens e Adultos

LISTA DE TABELAS

Quadro 1: Identificação dos entrevistados (p. 95)

Quadro 2: Levantamento de necessidades pelos funcionários da Escola (p.98)

Quadro 3: Trabalho da Equipe multidisciplinar do CS Bahia (p. 99)

RESUMO

O trabalho centrou-se no estudo de um projeto intersectorial desenvolvido por uma Escola e uma UBS da cidade de Campinas, em 2004, tendo como desafio fundamental analisar, a partir dos discursos dos atores sociais envolvidos, as aproximações e limitações de suas práticas com as respectivas propostas políticas oficiais de Educação e Saúde. Utilizou-se como referencial metodológico para análise dos discursos a noção de representação social de Moscovici, como forma de saber construído a partir das relações cotidianas individuais e sociais inseridas no coletivo. Assim, resgatamos nas falas dos sujeitos (profissionais de saúde e de educação) as percepções, conceitos e vivências relacionados às práticas intersectoriais, buscando correlacioná-las ao discurso formal das políticas a este respeito. A partir do estudo do discurso institucional das políticas de saúde e educação foi possível identificar que, no Brasil, ambos são constitucionalmente tidos como direitos fundamentais do cidadão, sendo de responsabilidade do Estado a criação e desenvolvimento de políticas que visem à promoção da saúde e a educação orientada para o exercício pleno da cidadania dos brasileiros. Além disto, o discurso formal evidencia a proposição de parcerias entre esses setores para alcance destas metas, conforme análise dos princípios fundamentais do SUS e do programa Paidéia de Saúde da Família da cidade de Campinas. O estudo empírico, realizado mediante entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde e educação, buscou contrapor teoria e prática, a fim de levantar os principais avanços, perspectivas e limitações referentes a intersectorialidade. Ao estudar as falas dos sujeitos evidenciou-se que ainda prevalece entre eles uma explicação unicausal do processo saúde-doença, bem como a priorização de atendimentos médicos e individuais. Identificou-se ainda a prática cotidiana de ações educativas verticalizadas e fragmentadas, baseadas na transmissão “acabada” de conhecimentos. Houve também a conclusão de que os professores, pais e crianças não participaram de todo o processo do trabalho, ocupando duas funções centrais: apontar os problemas e receber as ações educativas do “pessoal do posto”. No entanto, o trabalho multidisciplinar de saúde, a

preocupação com a realidade escolar na construção do projeto e a busca por desenvolver um trabalho intersetorial sistematizado e contínuo entre Escola e UBS demonstraram significativos avanços no desenvolvimento do referido trabalho intersetorial, visando à promoção da saúde.

Palavras-chave: saúde coletiva; educação; promoção da saúde; intersetorialidade.

ABSTRACT

This paper has focused on the study of an intersectorial project developed by a school and a *UBS* (Primary Service's Health) in the city of Campinas, and has as its fundamental challenge to analyse, from the speeches of the social actors involved (professionals of health and education), which are the limitations and policies of their practices with the respective official political proposals of Health and Education. The notion for social representation of Moscovici, as a form of know-how built on the daily individual and social relations inserted in the collectivity, was used as a methodological referential to analyse the speeches. Thus, the perceptions, concepts and life experiences linked to intersectorial practices were drawn from the subjects' speeches, trying to correlate them to the speeches related to the formal policies in this respect. It was possible to identify, from the study of institutional policies regarding the conceptions of health and education, that in Brazil both are constitutionally seen as fundamental rights of the citizen, being the responsibility of the State the creation and development of policies that aim to promote health and education oriented to the full exercise of Brazilian citizenship. Besides, the formal speech shows the proposition of partnerships between sectors to achieve these goals, according to the analysis of fundamental principles of the *SUS* (United Health System) and from the Family Health program *Paidéia*, from the city of Campinas. The empirical study, made through semi-structured interviews with the actors, tried show the differences between theory and practice, in order to find the main advances, perspectives and limitations regarding intesectoriality. As the subjects's speeches were studied, it was shown that there still prevails, among them, an explanation based on a single cause of the health-sickness process, as well as the prioritization of individual and medical treatments. It was identified the daily practice of educational verticalized an fragmented actions, based on the "finished" transmission of knowledge. There was also the conclusion that teachers, parents and children do not take part in the whole work process, occupying two main functions: to show the problems and receive the educational actions from the "people from the station". However, the multidisciplinary health work, the preoccupation with school reality in the

building of the project and the search to develop a systematize and continuous intersectorial work between Scholl and *UBS* (Primary Service`s Health) have shown significant advances in the development of the aforesaid intersectorial work, aiming the promotion of health.

Keywords: public health; education; promotion of health; intesectoriality.

APRESENTAÇÃO: COMO TUDO COMEÇOU....

É na minha disponibilidade permanente à vida a que me entrego de corpo inteiro, pensar crítico, emoção, curiosidade, desejo, que vou aprendendo a ser eu mesmo em minha relação com o contrário de mim. E quanto mais me dou à experiência de lidar sem medo, sem preconceito, com as diferenças, tanto melhor me conheço e construo meu perfil.

Paulo Freire

Inicialmente realizarei uma breve explanação a respeito da origem do problema e dos fatores que me instigaram a realizar este trabalho. Depois de tantas idas e vindas, pesquisas bibliográficas, entrevistas aos profissionais, discussões com meu orientador, com colegas e outros professores, tive dificuldade em identificar o que me motivou, há dois anos atrás, a escrever o projeto de pesquisa precursor desta dissertação.

De fato, o desejo de lecionar foi o principal motivador, aliado ao incentivo de amigos, professores e familiares. No entanto, não teria partido para uma investigação tão aprofundada, que requer um curso de pós-graduação em nível de mestrado, se não houvesse uma questão importante, instigante e ainda pouco explorada que me servisse de estímulo.

No entanto, por mais que buscasse resgatar na memória um motivo que tenha me levado a estudar as relações intersetoriais estabelecidas entre escola e serviço básico de saúde, com enfoque na promoção da saúde e no exercício da cidadania para melhoria da qualidade de vida, não consegui identificar um motivo, e sim, vários, entrelaçados, interdependentes, que se confundem com minha própria história de vida acadêmica. Foram quatro anos de graduação e dois anos de mestrado cursados no Departamento de Enfermagem das Faculdades de Ciências Médicas da UNICAMP.

Na graduação, meu objeto de estudo, em duas bolsas de iniciação científica (financiadas pela FAPESP), foi as relações do gênero feminino no trabalho da enfermeira, focalizando especialmente a formação cultural e histórica dos estereótipos e as conseqüências dos mesmos para o desempenho profissional. Foi um trabalho bem avaliado e muito motivador, principalmente porque eram questões que me inquietavam, assim que entrei na faculdade. O contato que tive com as ciências humanas neste momento, em especial a antropologia, foi de grande valia, contribuição que facilitou imensamente o desenvolvimento do atual estudo.

No entanto, foi justamente o percurso que tracei na graduação, que me distanciou deste tema e aproximou-me de outros, que foram fundamentais para a mudança de objeto. Posso citar dois campos de experiência nos últimos três anos de graduação determinantes para este encaminhamento: a **Saúde Coletiva** e a **Educação**.

O amor pela Educação, como campo do aprender mútuo e constante e instrumento de construção e transformação social, nasceu a partir das intensas experiências que tive no movimento estudantil. A própria dinâmica do movimento constitui em si mesmo um campo rico para o aprendizado, através das reflexões coletivas que culminam sempre em ações de transformação e construção. Foi neste convívio que aprendi a trabalhar coletivamente e a identificar as dificuldades e riquezas do trabalho genuinamente coletivo, democrático e participativo.

Minha experiência no movimento estudantil sempre esteve ligada a projetos de ação comunitária e de extensão universitária. No final do 1º e durante o 2º ano de graduação desenvolvi um trabalho educativo, chamado “Cursinho da Moradia”, juntamente a outros estudantes da UNICAMP de vários cursos. Este trabalho, que existe até hoje, teve início no ano de 1998, a partir das reflexões e várias discussões da então Comissão Geral do Programa de Moradia com grupo de estudantes moradores a respeito do papel da Moradia dentro da Universidade. Uma das decisões foi a criação de grupos de trabalho de extensão comunitária, dentre eles o Cursinho da Moradia.

Assim como seu ponto de origem foi a construção coletiva, todo o processo que vivi no cursinho, como professora de Biologia, também foi fundamentalmente

baseado no debate de idéias e nas decisões democráticas. Desde o início, todos os professores (ou grande parte deles) se responsabilizaram pelo trabalho, também incitando a participação dos alunos no processo decisório e organizacional do projeto. Foi um período extremamente rico para mim. Além de ter tido a oportunidade de testar meus conhecimentos, algo que trago comigo até hoje, tive a inigualável chance de aprender a ouvir, questionar, argumentar politicamente. Pois, além do trabalho em sala de aula, era preciso traçar um projeto pedagógico, estabelecer parceria com a Universidade, organizar recursos físicos e humanos. E se tudo isto é complicado para uma só pessoa, imagine para trinta, fazendo juntas!

Foi um período de experiência única, do qual tenho lembranças inesquecíveis e que trouxeram também muitos questionamentos. Entre eles, o que mais me afligia era a dubiedade que vivenciávamos. Por um lado tínhamos uma proposta de educação crítica e reflexiva, voltada para o despertar social dos alunos que estudavam conosco. Por outro, essas pessoas que a nós chegavam, cheias de esperança, após passarem por um rigoroso processo de seleção sócio-econômica, queriam acima de tudo passar na prova do vestibular. Era aí que surgia nosso conflito enquanto professores: como desenvolver um trabalho educacional nos moldes idealizados por nós, se a comunidade queria nada mais que uma chance de entrar na Universidade? Não é preciso salientar que esta questão era razão de extensos e repetidos debates. Na prática, acontecia que, mesmo com o discurso de educação crítica e transformadora, na sala de aula agíamos como qualquer professor de cursinho particular: “passando” aceleradamente a matéria para o vestibular, em uma relação vertical de transmissão de conhecimentos do professor para o aluno.

Foi por este motivo que, no final do 3º ano, resolvi deixar o Cursinho e entrar em outro projeto de extensão, também desenvolvido na Moradia, o VEJA (Vivência Educacional de Jovens e Adultos). Consistia também em um trabalho educacional voltado para a comunidade local (Barão Geraldo), mas com outra característica, o de realizar atividades educativas com pessoas alfabetizadas, de Ensino Fundamental incompleto, mas que tinham o interesse de aprender algo mais. Não era um supletivo

e isto era esclarecido aos alunos. Na época, havia uma média de dez estudantes na sala e os professores lecionavam todas as disciplinas convencionais.

Minha realização como educadora e enfermeira no VEJA foi especial, pois tudo o que não tinha conseguido alcançar no cursinho, foi possível neste projeto. A expectativa dos alunos era diferente, permitindo um trabalho mais prolongado e individualizado. Era possível estabelecermos debates e, principalmente, foi possível desenvolver um trabalho real de educação e saúde, algo que nem chegou a ser esboçado no Cursinho. Foi neste momento que comecei a questionar como os temas da saúde eram abordados nas escolas. Minha principal inquietação era a respeito da fragmentação do saber perpetuada pelas instituições formais de ensino, crítica que trago até hoje. Na minha interpretação, a divisão das disciplinas muitas vezes dificulta um trabalho holístico e integrado entre os diversos campos, em especial a inserção do tema “Saúde”. Percebo que ao dividirmos o conhecimento, perdemos o principal: a capacidade de entender o todo, o “global”, como expressa tão bem Edgar Morin (2002), conduzindo-nos a uma visão pobre e distorcida da realidade.

Até aqui expus a minha vivência com a Educação e os dilemas dela oriundos, agora cabe colocar o papel da Saúde Coletiva como fomentadora do problema precursor desta pesquisa.

Minha paixão pela Saúde Coletiva foi instantânea, desde a primeira disciplina oferecida na Graduação, ainda no segundo ano. Na realidade, acredito que o próprio caminho que fui traçando na Universidade conduziu-me para uma maior afinidade pelas questões de saúde de abrangência coletiva. Passei a entender os problemas de saúde como oriundos de um conjunto de fatores que vão além das causas individuais, abarcando as condições de vida das pessoas, o que implica conhecer as relações culturais, econômicas e políticas de um povo. Além disto, a reflexão a respeito das causas sociais e históricas para os problemas de saúde, bem como os debates teóricos na busca de novos caminhos para melhorar a qualidade de vida das pessoas e garantir a promoção da saúde são questões que sempre me fascinaram e estimularam.

É claro que professoras formidáveis contribuíram muito para o despertar desta paixão, posso citar com carinho Eliete Maria Silva, Josely Rimoli e Márcia Nozawa,

mulheres maravilhosas que serviram de exemplo para mim em vários aspectos, dentre eles o compromisso e a paixão pela Saúde Coletiva. Foi a partir das experiências que vivenciamos juntas, que despertei para as conquistas políticas que o povo brasileiro já alcançou na área da saúde e tive a dimensão do que ainda precisamos enfrentar para alcançarmos um patamar de qualidade de vida digna e acesso a serviços de saúde para todos.

Com certeza, a experiência que tive no estágio supervisionado no último semestre do curso foi de grande valia para as reflexões que culminaram neste trabalho. Naquele momento, estagiei em uma Unidade Básica de Saúde, onde o programa PAIDÉIA de saúde da família estava começando a funcionar. Muito aprendi e também muito me decepcionei com esta experiência.

Vivenciar o dia-a-dia de um Centro de Saúde foi de extrema importância para que eu pudesse entender as dificuldades e limitações em colocar na prática o que idealizávamos na teoria. O trabalho coletivo com profissionais que não possuíam o hábito de trabalhar multidisciplinarmente aliado à falta de integração da comunidade com os trabalhos desenvolvidos pela Unidade naquele momento me mostraram o desafio que é desenvolver um trabalho de promoção à saúde com participação popular.

Assim, na graduação estava tendo a oportunidade de conhecer o cotidiano do trabalho em Saúde Coletiva e nas atividades do movimento estudantil pude participar de um trabalho educativo, realizando atividades de educação e saúde. Esta combinação surtiu em mim um questionamento fundamental para o próximo passo, o mestrado. A questão era entender como Educação e Saúde, enquanto setores institucionais, se articulavam na realização de práticas educativas de saúde com o intuito de promover a saúde dos estudantes.

No final do primeiro ano do mestrado (2003), eu e meu marido recebemos um convite inesperado: lecionarmos em uma faculdade para o curso de Enfermagem na cidade de Salvador-BA. Naquele momento, nossa pequena filha havia nascido há poucos dias, e apesar do momento de emoção e mudanças que vivenciávamos, aceitamos o desafio e iniciamos uma corrida contra o tempo para acertarmos tudo para a partida. O mais urgente era meu exame de Qualificação, o qual aconteceu em

meados de dezembro. Em janeiro do ano seguinte (2004), eu e minha família estávamos em outro Estado, iniciando uma nova etapa de nossas vidas.

Apesar do meu trabalho docente em Salvador ter dificultado um pouco o correr do segundo ano de mestrado, principalmente pelas questões práticas, devido à distância entre Salvador e Campinas, foi um período de grandes experiências no campo da Saúde Coletiva. Pude, ao trabalhar com a disciplina “**Enfermagem em Saúde Coletiva I**” estimular nos estudantes durante os estágios em UBS’s a prática de atividades educativas com escolas. A experiência foi inigualável, pois pude perceber as grandes diferenças regionais referentes a trabalhos intersetoriais e a imensa dificuldade que temos (alunos, professores, profissionais) em realmente fazermos parcerias e trabalharmos questões de saúde com outros setores, de maneira articulada. Culturalmente estamos ainda muito presos à forma mecanizada e pragmática de aprender e ensinar, além de ainda trazermos a herança do entendimento da saúde como problema somente (ou prioritariamente) individual, médico e biológico.

Foram estas experiências que despertaram e alimentaram meu interesse em estudar ações intersetoriais entre os campos da Educação e da Saúde Coletiva, culminando neste trabalho de dissertação de mestrado. Apesar de minhas idas e vindas, do meu trabalho em Salvador que muito ocupou minha mente e meu tempo, o esforço do corpo e o desejo da alma em finalizar este estudo foram intensos. Espero ter cumprido o objetivo.

DA ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Antes de partirmos para os capítulos posteriores, descreveremos agora como a dissertação foi organizada, a divisão dos capítulos e síntese de seus respectivos conteúdos, para facilitar a compreensão do leitor.

Após esta apresentação, desenvolvemos o capítulo **Introdução**, abordando em linhas gerais a delimitação do problema investigado e sua relevância. Neste momento, destacamos os principais objetivos do trabalho, além de dissertarmos

sobre a metodologia científica empregada na investigação, a qual alicerçou o desenvolvimento das partes posteriores.

A **Parte I**, intitulada “O discurso institucional”, corresponde a discussão teórica oriunda de pesquisa bibliográfica e documental sobre políticas de Saúde e Educação do Brasil, além da análise de legislação e programas federais e municipais sobre proposições intersetoriais para estes campos. A finalidade é apontar aspectos fundamentais destas políticas, dando maior ênfase aos pontos do discurso formal referentes às propostas de intersectorialidade.

Iniciamos a discussão em torno das concepções de saúde na sociedade ocidental em que nos inserimos, para entendermos qual conceito orienta as políticas atuais. Neste ponto, inevitavelmente discutimos a promoção da saúde, nos valendo para isto dos relatórios das principais conferências de saúde internacionais e nacionais. Só então, foi possível contextualizarmos as transformações históricas do setor saúde no Brasil, em especial a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e os programas adjacentes formulados para sua melhor implementação. Dentre estes programas, é dado maior destaque para os de atenção básica familiar, principalmente o PAIDÉIA, pois é o programa vigente nas Unidades de Atenção Básica em Campinas atualmente. O objetivo é buscar no discurso oficial destas políticas as propostas intersetoriais. Assim, discutimos também o conceito de “intersectorialidade”, trazendo os principais autores que estudam este tema e que propõem formas de desenvolvimento.

Ainda na **Parte I**, realizamos a discussão a respeito das transformações políticas do sistema de ensino no Brasil, resgatando as principais teorias pedagógicas difundidas ao longo da história da Educação nacional e que foram fundamentais para a configuração da atual política educacional. Apresentamos a LDB (9394/96) e os PCN (Parâmetros Curriculares Nacionais) do ensino fundamental e de educação infantil, buscando na análise documental as referências à abordagem de temas relativos à saúde na vivência escola, além do discurso de inter e transdisciplinaridade e também intersectorialidade.

A **Parte II**, nomeada “O discurso dos sujeitos”, está dividida em “Percurso metodológico” e “Análise dos discursos”.

No “Percurso metodológico” são descritas a trajetória e as técnicas utilizadas na pesquisa empírica, com detalhamento do método para a escolha dos campos de trabalho e descrição dos instrumentos de coleta de dados. Na “Análise dos discursos” utilizamos as representações sociais oriundas das falas dos sujeitos da pesquisa para compreensão das relações intersetoriais entre Escola e UBS e identificação das aproximações e distanciamentos destas práticas com o discurso institucional.

Enfim, encerramos a Dissertação com **Reflexões Finais**, em que apresentamos uma síntese dos principais resultados da pesquisa e propomos algumas sugestões de trabalho intersetorial entre os dois campos, com a finalidade de contribuir para o incentivo, desenvolvimento e aprimoramento de atividades de parceria entre Educação e Saúde.

INTRODUÇÃO: DELIMITANDO O PROBLEMA

De fato, quando os direitos subjetivos e objetivos eram vistos como resultado da vontade de Deus, não havia porque declará-los. Existiam como um fato. A prática de “declarar” direitos significa, em primeiro lugar, que não é um fato óbvio para todos os homens que eles são portadores de direitos e, por outro lado, significa que não é um fato óbvio que tais direitos devam ser reconhecidos por todos.

Marilena Chauí

A princípio, ao buscarmos definir “saúde”, encontramos diversas acepções. Isto por que, para cada povo e cada cultura, saúde e doença, como manifestações humanas sociais, se apresentam de uma maneira. Em uma mesma sociedade, o conceito de saúde se transforma conforme a época, pois acompanha os movimentos históricos. É o que chamamos de mudança de paradigma. KUHN (1975, p.13) define paradigma como “às realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.” Assim, no campo da saúde, as realizações científicas fornecem as questões e respostas para a situação de saúde de uma determinada comunidade.

Na sociedade em que se insere os campos estudados, escola e UBS da cidade de Campinas – Brasil, saúde é entendida como um direito do cidadão e um dever do Estado, garantido mediante políticas que visem à melhoria da qualidade de vida, com redução de riscos ao adoecer e promoção da saúde (art. 196, Constituição Federal, 1988).

E educação? O que diz a constituição brasileira a respeito? O art. 205 (desta Constituição) afirma que “a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

A Constituição brasileira é bem clara ao afirmar que saúde e educação são direitos. E o que é direito? Ao procurarmos o significado desta palavra no dicionário, encontramos as seguintes definições de diferentes autores: “O que é justo e conforme com a lei e a justiça” (MICHELIS, 2000); e “Prerrogativa, que alguém possui, de exigir de outrem a prática ou abstenção de certos atos, ou o respeito a situações que lhe aproveitam.” (FERREIRA, 1986) .

Podemos interpretar que se saúde e educação são direitos, são bens que não são dados, ao acaso. São justos, merecidos de quem os conquistou. O direito não é uma dádiva, pois se assim fosse, não seria direito, seria uma graça! Direito é uma conquista de justiça. Desta forma, saúde e educação são bens que possuímos, mas que precisamos conhecê-los, para garanti-los, definir suas práticas, exigir os benefícios, adequá-los, transformá-los, e assim participar, construir – e conquistar sempre!

E como faremos valer nossos direitos de acesso à educação e saúde se, para isto, não estivermos usufruindo deles? Sem educação como poderemos aprender a ser cidadãos, conscientes dos direitos e deveres, críticos e reflexivos para assim poder transformar, conquistar, exigir benefícios? Sem saúde, o que será da educação? Sem educação, o que será da saúde? Evidentemente, estes dois campos estão estritamente interligados, pelo menos se tomarmos como referencial os paradigmas de educação e saúde da nossa realidade brasileira!

Por um lado, só poderemos usufruir saúde, se fizermos jus a este direito, o que significa praticar a cidadania para melhoria da qualidade de vida e conseqüente promoção da saúde. Por outro, os brasileiros somente serão cidadãos ativos e pensantes se a educação, direito constitucional, for realmente para uma formação crítica e transformadora.

COLLARES e MOISÉS (1987) traduzem de maneira simples a razão da forte ligação entre saúde e educação, quando afirmam que “Ambas trabalham com o mesmo sujeito – o ser humano - e com o mesmo propósito: propiciar-lhe seu pleno desenvolvimento e bem-estar”. Assim, não é difícil concluir que estes dois campos potencializariam suas ações se buscassem trabalhar em parceria, de forma intersetorial.

Ao realizarmos um estudo a respeito das políticas brasileiras, percebemos que a sugestão de intersetorialidade é clara e sempre presente. Quando estudamos a Reforma Sanitária, criação do SUS (1988) e conseqüente priorização da Atenção Primária à Saúde, e ainda mais recentemente a implantação em 1994 do PSF (Programa de Saúde da Família) em âmbito federal e o PAIDÉIA (2000) no contexto municipal de Campinas, percebemos um discurso baseado na promoção da saúde com grande enfoque para valorização do trabalho coletivo, inter e multidisciplinar, envolvendo também outros setores sociais além do setor saúde. É a chamada intersetorialidade.

Segundo Nobre (2003), este tema no campo da saúde vem sendo debatido com maior força desde o surgimento do atual modelo assistencial de Vigilância à Saúde, criado a partir das significativas mudanças de reorganização da gestão dos serviços de saúde no Brasil. A autora coloca que a intersetorialidade busca trazer para os diversos setores sociais a co-responsabilidade pela promoção da saúde, como estratégia para formação de políticas públicas saudáveis capazes de gerar qualidade de vida (PAIM, 2002,).

Entendemos que o setor da Educação é o que melhor pode contribuir para a promoção da saúde, até por que a educação é a base necessária para qualquer transformação social que busque contribuir para uma vida humana melhor e digna. No mesmo período em que as políticas de Saúde foram reformuladas, a partir da Constituição de 1988, o campo da Educação também passou por profundas transformações, pelo menos teoricamente. Em 1996 foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394) e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's), que buscaram redefinir o papel da educação brasileira, respondendo a uma necessidade mundial de despertar em homens e mulheres a consciência crítica do mundo em que habitam, tornando-os capazes de construir uma sociedade mais justa e um planeta mais saudável (BRASIL, V.1, 1997).

O documento ressalta que os PCN's propõem uma educação direcionada para o exercício da cidadania, em que alunos e professores reflitam a respeito da própria realidade, estimulando a participação da comunidade, ultrapassando os limites da

Escola. Isto significa que outras instituições devem participar deste processo e, sem dúvida alguma, a Saúde é uma delas.

Assim, este estudo, busca discutir justamente como esta intersectorialidade preconizada pelas atuais políticas de educação e saúde brasileiras acontecem no cotidiano de uma comunidade da cidade de Campinas. A escola e a UBS foram escolhidas a partir de critérios metodológicos pré-estabelecidos pela autora e que serão detalhados na Parte II da Dissertação, por ocasião da apresentação e discussão do trabalho empírico.

A seguir enfocaremos os objetivos e o referencial metodológico orientadores desta pesquisa.

DOS OBJETIVOS DO TRABALHO

A partir do exposto até o momento, podemos destacar neste trabalho quatro objetivos centrais:

1. Identificar as concepções de educação e saúde que permeiam as atuais políticas destas áreas no Brasil, resgatando no discurso oficial as propostas de intersectorialidade.
2. Analisar as representações sociais e as práticas que os profissionais de saúde e educação apresentam em relação às atividades intersectoriais entre a UBS e a Escola como estratégias para promoção da saúde.
3. Compor uma análise comparativa entre a proposta oficial de intersectorialidade contida nas políticas de Educação e Saúde e a vivência prática dos atores sociais envolvidos com esta forma de ação. E ainda, apontar, a partir desta análise, os principais avanços, limitações, contradições e perspectivas do trabalho intersectorial desenvolvido pelos profissionais investigados.
4. Mediante as reflexões oriundas do trabalho analítico, apresentar sugestões que auxiliem na superação de limites e também contribuam para o aperfeiçoamento das conquistas já alcançadas.

Para contemplar os objetivos acima apontados, nos orientamos por uma análise qualitativa do material teórico e empírico. A seguir, dissertamos a respeito da base metodológica empregada na pesquisa.

DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A esperança continua no aparente caos da pós-modernidade.
Esperança, palavra antes eliminada do vocabulário científico,
pode agora ser assumida pois ficou evidenciado que
aspectos subjetivos estão presentes em qualquer análise
científica.

Eymard Vasconcelos

Este é um estudo qualitativo que buscou, sob uma perspectiva dialética, contrapor a teoria à prática das ações educativas desenvolvidas por Escola e UBS. Para isto, recorreremos ao estudo das políticas de educação e saúde (apresentado na Parte I) e à análise do material empírico, obtido através de entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores da Escola e da UBS (apresentada na Parte II). Utilizamos como referencial para interpretação dos dados as representações sociais que emergiram dos discursos, buscando contrapor as recomendações oficiais de intersetorialidade entre Educação e Saúde e a realização prática destas políticas.

A opção pelo termo qualitativo para definir esta pesquisa não busca negar a importância da dimensão quantitativa para investigação do objeto. Entendemos que a quantificação dos dados e o tratamento destes de forma objetiva tem sua importância. No entanto, optamos pelo termo “qualitativo” com a única intenção de sublinhar que estivemos, durante o decorrer da pesquisa, mais empenhados com a “qualidade”. Isto significa que detivemos nossa atenção aos aspectos mais subjetivos, pois entendemos serem estes os que melhor contribuem para o estudo do problema.

MINAYO (2000) escreve que a pesquisa qualitativa surge nas ciências sociais na busca por abarcar aspectos que os dados puramente objetivos não contemplam.

A autora discute que a dicotomia entre quantitativo e qualitativo não pode ser colocada de forma simplista, como se estas duas formas de leitura da realidade fossem opostas. Ela salienta que aspectos objetivos e subjetivos coexistem e se complementam para interpretação da realidade social. A autora destaca o fato de que o homem social não é apenas objeto, mas também sujeito, ou seja, principal responsável em transformar sua realidade existencial e social, de forma que somente números não são suficientes para compreendê-lo em sua completude e historicidade.

Foi a partir destas preocupações que nomeamos este trabalho de qualitativo, pois buscamos estudar os significados que as ações intersetoriais de educação e saúde tiveram para os sujeitos da pesquisa. Para compreensão dos significados, utilizamos alguns princípios dialéticos, considerando que os aspectos subjetivos transformam-se historicamente e coexistem em permanente contradição.

Para MINAYO(2000):

Diferentemente dos positivistas que buscavam as leis invariáveis da estrutura social para conservá-la, a lógica dialética introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica a transformação. (p. 68).

Desta forma, considerando as ações educativas em saúde realizadas por Escola e UBS como fruto de homens e mulheres enquanto seres sociais, entendemos que a perspectiva dialética é a mais adequada forma de compreender tais ações. Pois, para compreensão do problema, consideramos ser fundamental o entendimento da historicidade e das contradições do fenômeno estudado. Assim, a discussão dos conflitos presentes nos discursos institucionais e dos sujeitos, originados por influências históricas, econômicas e culturais que os determinam, serviu de substrato para a construção da nossa análise qualitativa dos significados.

Um aspecto da dialética que procuramos contemplar é a noção de que nesta lógica não há uma preocupação com a medida, com a extensão dos fenômenos estudados, mas sim com a explicação da ocorrência destes fenômenos (PINTO, 1985). Para o mesmo autor:

A lógica dialética é, assim, a lógica do aprofundamento da realidade, da intenção oposta à da extensão, e visa a servir para a explicação dos fenômenos objetivos, e não a sua simples figuração para fins operatórios. (p.195)

É importante salientar que nosso objetivo não foi realizar uma análise profunda a partir da Dialética proposta por Marx, pois a preparação da autora não foi suficiente para tanto. A intenção foi utilizar princípios da dialética para facilitar a interpretação dos significados, focalizando o mundo abstrato captado pela relação dinâmica entre objetividade e subjetividade, dados concretos e dados intrínsecos.

Para captação dos significados a respeito das ações intersetoriais que apresentam os sujeitos da pesquisa, utilizamos a técnica de entrevista semi-estruturada, elaborada previamente e cujos questionamentos serviram apenas como fio condutor para a entrevista. Optamos por esta técnica, pois ela permite que o entrevistado participe na elaboração do conteúdo da pesquisa, já que novas questões podem surgir conforme o encaminhamento do depoimento (TRIVIÑOS, 1987).

A análise qualitativa dos dados empíricos será realizada tendo como referencial as **representações sociais** (que chamamos até agora de significados) que emergirem dos discursos.

MOSCOVICI (1978) define representação social como sendo um tipo de saber construído a partir de relações individuais e sociais, influenciadas pelas práticas cotidianas inseridas no coletivo.

Para SILVA (1998):

A representação é elaborada no social e aí neste meio ela se transforma caracterizando o seu dinamismo. Esta dinâmica ocorre no cotidiano do indivíduo, nas suas relações com a família, com o trabalho, enfim com a variedade de seguimentos que formam a sociedade, (p.41).

QUEIROZ (2003) acrescenta que as representações de um indivíduo definem sua visão de mundo e orientam suas ações no meio social.

Assim, tomando como referencial a noção de que as representações são oriundas da realidade social e ao mesmo tempo constroem esta realidade, buscamos analisar os discursos distinguindo os saberes, os preconceitos e as percepções dos atores envolvidos a respeito das ações intersetoriais desenvolvidas por Escola e UBS.

Assim, a partir da análise comparativa entre as representações sociais dos sujeitos e as propostas oficiais das políticas atuais de educação e saúde no Brasil,

tivemos o desafio de apresentar e analisar as contradições, limitações, avanços e perspectivas das práticas intersetoriais desenvolvidas pela Escola e UBS estudadas.

PARTE I – O DISCURSO INSTITUCIONAL

I.A) A SAÚDE ATRAVÉS DOS TEMPOS

(...) num contexto de mudança, sempre chegará esse momento da crise (...) A crise como lugar de passagem, não de enlouquecimento definitivo. (...) A crise como perda de limites espaciais, que devem ser experimentados, para reconstruir um outro espaço.

Gastão Wagner S. Campos

A partir do final do século XIX, com as descobertas científicas de vários estudiosos, como Robert Koch e Louis Pasteur, a doença e suas causas passam a ser individualizadas. Com a descoberta de vários instrumentos, principalmente o microscópio óptico, foi possível isolar microorganismos, o que favoreceu uma visão reducionista do processo saúde-doença. É inegável a contribuição destas descobertas no controle e erradicação de várias patologias infecciosas, nesse momento, no entanto, criou-se a noção de que toda enfermidade poderia ser conhecida tão somente com o microscópio e resolvida com soros e vacinas (BERLINGUER, 1988). Trata-se do surgimento de uma visão de saúde centrada sobretudo na biologia e na medicina, em que a explicação para a origem das doenças é predominantemente biológica e as formas mais correntes de combate são as intervenções médicas. Isto remete a uma visão positivista e unicausal do processo saúde-doença, em que o agente causador da doença precisa ser visualizado, medido e minuciosamente descrito.

Nessa época, ocasião em que o Positivismo se firmou como a teoria científica e metodológica mais aceita, não era considerado o fato de que os comportamentos humanos, moldados pela cultura, podem e muitas vezes são determinantes no surgimento, agravamento e propagação de doenças. BERLINGUER (1988) adverte quanto ao esquecimento de que os mesmos elementos que permitem a vida, como a alimentação, o trabalho, relações familiares, também podem configurar a morte. “Um

mesmo elemento, pode configurar dois valores: ser fonte de saúde, ou razão de mal-estar” (p.17).

Comparando este conceito até aqui exposto com a definição de saúde proferida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na 2ª metade do século XX, como sendo “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade” (OMS/UNICEF, 1978), podemos visualizar uma mudança de paradigma, fornecendo uma interpretação mais abrangente do estado saúde-doença, abarcando questões anteriormente negligenciadas.

Ao expormos estes dois paradigmas distintos de saúde, buscamos chamar a atenção para a dinamicidade que existe na produção do conhecimento humano e sua conseqüente interpretação do mundo. É importante salientar que não entendemos esta progressão como algo que caminha sempre para melhor, de maneira linear e progressista. Concordamos com MORIN (2002) quando afirma que o conhecimento humano é cíclico, ou seja, a humanidade está sempre se redescobrendo. O *objeto* pode ser o mesmo, o que muda são as *lentes*!

As *lentes* figuram no texto a cultura de um povo. GEERTZ (1989) define cultura como a ciência interpretativa que não busca o estabelecimento de leis e sim os significados das ações sociais. Desta forma, cultura é manifestada como o conjunto de saberes, hábitos e crenças coletivas que dão identidade a uma comunidade. Assim, é construída a partir da história do homem e da mulher, permeada por aspectos sociais e econômicos, pois ambos vivem em sociedade.

O *objeto* a que nos referimos é o conceito de saúde, que varia segundo a sociedade dentro da qual é produzido. Isso significa que não há um conceito universal de saúde, e sim conceitos histórica e socialmente determinados. Nesta dissertação, consideramos os conceitos de saúde produzidos nas sociedades ocidentais modernas capitalistas. Com isso, delimitamos a discussão acerca do que se entende por saúde ao âmbito das sociedades que adotaram a industrialização capitalista como modelo central de organização das relações sociais de produção.

A visão que uma sociedade tem a respeito de sua condição de vida reflete as leis e políticas que irão definir e regulamentar as relações sociais de um povo. A

partir do séc XVIII, nos países capitalistas ocidentais, foram estabelecidas relações de dominação e poder entre classes sociais. O grupo daqueles que detinham o capital e os meios de produção passaram a determinar todas as relações políticas e econômicas da sociedade, estabelecendo a ditadura da ideologia dominante. CHAUÍ (1984), ao discutir o conceito de ideologia segundo Marx, esclarece que:

A ideologia fabrica histórias imaginárias que nada mais são do que uma forma de legitimar da dominação da classe dominante, compreende-se porque a história ideológica (aquela que aprendemos na escola e nos livros) seja sempre uma história narrada do ponto de vista dos vencedores ou dos poderosos. (p.122)

Assim, as idéias criadas pela classe economicamente privilegiada passam a ser paulatinamente incorporadas por todos os demais membros da sociedade. Isto explica a razão pela qual os governos, as leis e políticas públicas foram sempre (ou quase sempre) formulados por aqueles que detêm o controle da economia, favorecendo assim os interesses individuais de uma minoria, em detrimento da maioria composta por pobres e miseráveis. O mais assustador é que a ideologia tem a qualidade de ser e estar subtendida, “naturalizada”, como se fosse uma lei inquestionável (CHAUÍ, 1984).

E qual a leitura que a classe dominante fez da saúde e da doença?

Inevitavelmente, as interpretações de saúde e doença estiveram sob a perspectiva do lucro, direta ou indiretamente. É o que percebemos ao conhecermos um pouco a respeito da história das políticas públicas de saúde dos países ocidentais.

Para este trabalho, interessa a discussão do surgimento da Saúde Coletiva no Brasil como campo que conceituou a saúde como conquista social e que tem como principais formas de ação a promoção e proteção à saúde e não simplesmente o a cura de doenças. O recorte que fazemos neste momento se deve ao fato de que o objeto de estudo desta pesquisa, **a intersectorialidade entre Saúde e Educação**, foi concebido a partir da gama de saberes e práticas que caracterizaram a Saúde Coletiva, no intuito de contribuir para uma melhor qualidade de vida. Assim, iniciaremos no próximo tópico um breve resgate histórico da origem deste campo de práticas e saberes da saúde, buscando retratar a mudança de paradigma por ele

fomentado, culminando em importantes transformações políticas no setor saúde do Brasil.

História da Saúde Pública e o surgimento da Saúde Coletiva como principais campos para práticas intersetoriais de educação e saúde

O termo Saúde Coletiva foi usado por PAIM e ALMEIDA (2000) para dar nome a uma “nova Saúde Pública”, configurando um novo paradigma dentro do campo de saberes científicos e de práticas institucionais de saúde de atenção coletiva. Antes de aprofundarmos nossa discussão neste termo, é importante apresentarmos os conceitos que lhe deram base.

MERHY (1992) define Saúde Pública como:

Campo de organização assistencial e tecnológica das ações de saúde que tem suas atividades qualificadas, não como quaisquer atividades, mas sim como as que tomam o processo coletivo da saúde e da doença como seu objeto de trabalho.

O autor salienta que a Medicina também é um campo de organização assistencial e tecnológica, mas tem como objeto de ação a doença que abate um corpo biológico delimitado. Assim, o processo saúde-doença é abordado somente na perspectiva individual e no plano fisiológico.

Com isto, podemos afirmar que embora trabalhem com o mesmo objeto, o processo saúde-doença, as formas de ação são distintas, assim como os paradigmas que norteiam seus modelos organizacionais. Enquanto a Saúde Pública trabalha no sentido de promoção e proteção a saúde em âmbito coletivo, a Medicina busca a cura da doença no corpo individual

É importante salientar que os dois campos acima citados produzem modelos organizacionais de ações de saúde que retratam a concepção de saúde vigente. Assim, conforme o paradigma científico de saúde e a ideologia dominante existentes em dada época e sociedade, um modelo se sobreporá ao outro.

Para MERHY (1992) o capitalismo foi determinante para as transformações das práticas de saúde, conforme novas relações sociais foram estabelecidas historicamente. No Brasil, a história da Saúde Pública foi marcada (e originada) pela

dinâmica econômica que o país comportou desde a ascensão do capitalismo como forma principal de produção. É o que podemos conferir a seguir.

O modelo Sanitarista Campanhista

Analisando a história da saúde pública em nosso país, observamos que a criação de uma política de saúde estatal, que visasse organizar práticas de saúde em tempo contínuo e para todo o território nacional, aconteceu somente a partir da Proclamação da República, em 1889. Antes disto, não havia programas médicos e sanitários eficientes na colônia. As patologias eram, na maioria das vezes, desconhecidas e os habitantes, diante da fragilidade das medidas sanitárias, tinham que solucionar por conta própria as doenças e mortes (BERTOLLI FILHO, 1999).

A principal preocupação neste período era de valorizar os trabalhadores como “capital humano”, no intuito de fazer o Brasil crescer e acompanhar os demais países capitalistas do mundo. Assim, a Saúde Pública, enquanto política, surge como estratégia econômica para o desenvolvimento capitalista do país, pois se propagou a idéia de que os trabalhadores constituíam a força produtiva da nação.

No período da Velha República (1889 – 1930) a principal fonte de riqueza era a cafeicultura, cujos lucros serviam para financiar a expansão das atividades industriais e comerciais nos pólos urbanos e marítimos. Todos os esforços sanitários se concentraram nas cidades, pois eram as áreas potenciais da economia.

LUZ (1991) refere que neste período é liderado por Oswaldo Cruz um programa nacional de controle sanitário, adotando o modelo das “campanhas sanitárias” para combater epidemias urbanas e, posteriormente, endemias rurais.

Este modelo, embora visasse melhorar as condições sanitárias da população e combater as doenças, teve como reais motivos de sua criação a preocupação com as atividades econômicas do país. Assim, o intuito genuíno não era a saúde como direito humano, mas sim a diminuição da incidência de enfermidades como necessidade para garantir o progresso das transações comerciais. Isto porque as epidemias que assolavam os portos estavam prejudicando o fluxo de exportações e importações, o que era extremamente nocivo para o país que tentava a todo custo crescer economicamente.

Além disto, o modelo *sanitarista campanhista* foi fundado a partir de um corpo médico proveniente da oligarquia agrária, correspondendo, portanto, aos interesses da minoria detentora do poder político e econômico. LUZ (1991) define este modelo da seguinte forma:

Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica sobre os corpos.

Desta forma, este modelo, apesar de ter conseguido erradicar e controlar várias doenças infecciosas neste período, caracterizou-se pelo autoritarismo e corporativismo, constituindo uma forma de organização centralizada e marcada pelo tecnicismo e pela burocracia (LUZ, 1991).

Com isto, podemos afirmar que naquele momento a política pública de saúde brasileira pouco se relacionava com outros setores sociais. No máximo, havia um intercâmbio com os programas de urbanização, pois já havia uma noção de que a organização da cidade interferia no surgimento e alastramento de epidemias. As ações educativas de saúde eram incipientes e autoritárias, mais parecendo formas de adestramento, na medida que impunham a incorporação de hábitos de higiene ou intervenções médicas que evitassem a disseminação de doenças (BERTOLLI FILHO, 1999).

Um exemplo interessante que provou as limitações desta forma de “educação” foi a Revolta da Vacina em 1904, quando o Congresso Nacional aprova a lei de obrigatoriedade da vacinação contra varíola. Na ocasião, o povo se revoltou assustado, pois desconhecia a substância da vacina e o processo de imunização. BERTOLLI FILHO (1999) destaca que a revolta obrigou que o Estado “buscasse outras formas de relacionamento com a sociedade, testando, nos anos seguintes, novas formas de organização das ações em favor da saúde coletiva” . Desta afirmação, entendemos que a população chegou ao ponto de questionar o que estava sendo imposto, exigindo uma nova postura do governo, o que significava diálogo com a comunidade.

Destas primeiras décadas de República, podemos concluir que saúde era vista como ausência de doenças e como uma condição necessária para que os

trabalhadores desempenhassem sua função de força produtiva. Neste contexto, práticas educativas de saúde, muito ao contrário de significar consciência dos direitos e exercício de autonomia, eram vistas como forma de domesticação de condutas para manutenção da normalidade do corpo físico. É possível identificar que embora houvesse uma preocupação com os problemas de saúde do coletivo, eles se limitavam ao controle das doenças, pouco importando as condições de vida da população. BERTOLLI FILHO (1999) conta que:

As camadas mais pobres da população, ao contrário (das mais ricas), continuaram a ter precárias condições de vida. Ao proteger o bem-estar dos ricos, a política de saúde relegava a segundo plano o restante da população, que continuava a viver em cortiços e a ser a maior vítima de enfermidades que se tornavam raras entre os grupos mais abastados (p. 26).

O modelo Médico-assistencial

Em 1930 Getúlio Vargas assume a Presidência da República, mantendo-se no poder até 1945. Sua primeira preocupação foi desvincular o Estado do controle político das oligarquias, pois seu intuito era centralizar o poder. Para isto promoveu uma ampla reforma política e administrativa, conseguindo a aprovação pelo Congresso Constituinte de uma nova Constituição em 1934. Para conseguir se manter no governo, Getúlio recorreu a medidas populistas aliadas ao abafamento de reivindicações populares. Para este intuito, utilizou as políticas sociais como forma de justificar a manutenção de um governo autoritário e centralizador.

Neste contexto, o setor de saúde pública e o setor educacional foram fundidos em um ministério próprio: o Ministério da Educação e Saúde. É importante destacar que neste momento inicia-se uma dicotomia explícita entre “saúde sanitária” e a “medicina” (LUZ, 1991). A primeira correspondia a uma rede de postos sanitários, mais presentes nas áreas mais pobres e sem serviço médico-hospitalar, caracterizada por organização centralizada nos poderes estaduais e federais. Esta centralização, não permitia uma atenção regionalizada e voltada para as reais necessidades epidemiológicas. Já os serviços médicos e hospitalares começam a ser oferecidos às classes de trabalhadores através dos fundos de aposentadoria e pensões. Estes órgãos criados por Vargas com caráter nitidamente clientelista e populista forneciam assistência médica a uma grande parcela da população urbana

trabalhadora, mediante desconto mensal de uma porcentagem dos salários dos funcionários e da renda bruta anual da empresa (BERTOLLI FILHO, 1999). Assim, o fundo correspondia a um misto do que conhecemos hoje como **previdência social e plano de saúde**.

Esta separação entre saúde coletiva e medicina individual é tão presente nesse momento, que inclusive os ministérios que atendiam estes campos eram distintos. Enquanto a Saúde Pública compartilhava um ministério com a Educação, a assistência médico-individual esteve atrelada por muitas décadas ao setor de Previdência Social.

MERHY (1997) explica as distinções correntes dos dois campos nesta época: Assim, tecnologicamente, a medicina e a saúde pública eram entendidas como campos distintos. Aquela para curar, esta para prevenir e promover. Aquela era o lugar do exercício da clínica, da patologia e da terapêutica; esta da higiene, da educação sanitária e da organização administrativa dos serviços (p.206).

A partir de movimentos populares contra a ditadura, influenciados pela vitória dos EUA e Aliados na 2ª Guerra Mundial, em 1945 há a deposição de Getúlio e no ano seguinte a elaboração de uma nova Constituição, democrática e de inspiração liberal. Assim, de 1945 a 1964, o país passa por um período de redemocratização, marcado por movimentos sociais e abertura econômica com entrada de capital estrangeiro (FAUSTO, 2003).

Este movimento acelerou incrivelmente a industrialização no Brasil e, conseqüentemente, provocou um distanciamento ainda maior entre a saúde pública e a medicina individual, com privilégio desta última. Isto porque, o setor privado da medicina passou a crescer e a exigir do Estado o investimento de dinheiro público na construção de clínicas e hospitais particulares, para assim poder vender seus serviços para o mesmo governo que o financiou. Enquanto isto, a Saúde Pública foi pouco a pouco sendo deixada para segundo plano (BERTOLLI FILHO, 1999).

Após o golpe de 64, durante o regime militar, o país vive um momento de grande crescimento econômico às custas do achatamento salarial e da redução de custos com as políticas sociais, com conseqüente diminuição de gastos com a saúde pública. São dispares os números da participação do Ministério da Saúde (MS) no orçamento da União, quando comparamos os primeiros anos da década de 60, com

os anos de franco regime militar. Por exemplo: em 1961 eram destinados 4,57% do orçamento da União ao MS, enquanto que em 1970, este percentual foi reduzido para 1,11% (BERTOLLI FILHO, 1999).

Ao mesmo tempo em que acontecia o sucateamento da Saúde Pública, cresce aceleradamente o número de hospitais privados e empresas farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, beneficiados com a abertura econômica do país. O sistema previdenciário começa a dar sinais de esgotamento, afundado em inúmeras fraudes dos serviços particulares, configurando uma situação curiosa e perversa: os mesmos serviços particulares que foram financiados pelo Estado e que prestavam serviço à classe de trabalhadores, passam a realizar fraudes para superfaturar o repasse de verbas. De qualquer forma, o governo não poderia suportar por muito tempo o esquema de financiamento de hospitais, já que pagava duas vezes, primeiro para construir os serviços privados e depois para utilizá-los! Como se não bastasse, conforme as tentativas de controle surgiam no sentido de conter fraudes, os serviços privados foram se desvinculando do setor previdenciário, agravando ainda mais a situação do então INPS (BERTOLLI FILHO, 1999).

Obviamente, neste contexto, a distância entre saúde pública e medicina individual se acentua ainda mais.

Esta medicina se limitou ao corpo biológico dos indivíduos, tendo caráter estritamente curativo, centralizado na figura do médico. Pela lógica do lucro, o intuito, ao contrário de produzir saúde, foi multiplicar os procedimentos médicos e o consumo de medicamentos. Difundiu-se a idéia de que qualquer problema de saúde só poderia ser solucionado com algum remédio. VASCONCELOS (1998) afirma que esta visão “medicalizada” ainda está muito presente na grande maioria dos serviços de saúde, inclusive nos de atenção primária.

Neste contexto, qual era o papel da educação em saúde naquele período? Ela se limitou à área de saúde pública, que estava sendo cada vez mais negligenciada.

Desde a ditadura de Getúlio (década de 40) existia um esforço por parte do setor sanitário no fomento de ações de educação na área da saúde, as quais se resumiam à mensagens veiculadas pela rádio e distribuição de folhetos explicativos a respeito de hábitos de higiene básica. BERTOLLI FILHO (1999) salienta que, no

Estado Novo, sanitaristas utilizavam modernas técnicas pedagógicas para formulação de cartazes educativos, os quais podiam ser compreendidos por toda a população, inclusive por quem não sabia ler. Isto refletia uma preocupação em difundir hábitos saudáveis na comunidade, mas em uma relação nitidamente vertical e autoritária: tendo nos profissionais os detentores do saber e da verdade e no povo o mero receptor do conhecimento. Solidificava-se a noção de que as pessoas são responsáveis por seu modo de vida, desenvolvendo hábitos saudáveis ou insalubres. As condições ambientais não eram consideradas como facilitadoras ou mesmo determinantes para construção ou incorporação destes hábitos. E mais alarmante: esperava-se que mudanças de comportamento acontecessem instantaneamente, pois na época a educação não era entendida como processo contínuo de tomada de consciência. Acreditava-se que as medidas informativas pontuais eram suficientes.

A visão segundo a qual a causa das doenças está centrada no homem e seus hábitos dissemina o sentimento de culpa entre os doentes, como se a razão por estar enfermo se devesse unicamente às próprias ações, ou seja, ao fato de não ter incorporado os hábitos transmitidos pelos profissionais de saúde. VASCONCELOS (1997) também aponta que esta postura ainda hoje é muito presente na relação que o profissional de saúde pública estabelece com o usuário no intuito de orientá-lo e “educá-lo”, não estimulando nas pessoas a consciência crítica do ambiente e das condições sociais em que vivem. Esta idéia de “educação” ainda é muito presente nos serviços de saúde, como bem explica VASCONCELOS (1997) a seguir:

As palestras e as orientações individuais comumente transmitem a idéia de que cada doença se deve principalmente a falta de cuidado e ao desleixo da população. Este argumento é usado numa tentativa de criar um sentimento de culpa nas pessoas para que elas se esforcem em seguir as orientações daquelas. Não se coloca que a falta de higiene está muito mais ligada às más condições de saneamento, de acesso à educação formal e ao passado de exploração e miséria que aquela população vem sendo submetida há gerações, fazendo-a acostumar-se a padrões de vida dos mais precários (p.28).

Além disto, é preciso resgatar que nos anos de ditadura militar, as ações intersetoriais, quando aconteciam, baseavam-se em uma visão de saúde biologista e curativa, refletindo em ações médico-centradas. A parceria do setor saúde com a

educação acontecia seguindo dois tipos de ações: 1) a imposição de valores, tidos como higiênicos; e 2) intervenções médicas nos corpos individuais.

Todo o descaso com a saúde coletiva e investimento comprometido com interesses outros que não as necessidades de saúde da comunidade, redundaram no financiamento maciço de hospitais particulares deflagrando “a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre serviços de saúde e população” (LUZ, 1991). O país virou palco de grande aumento de surtos e epidemias, algumas de doenças que haviam sido controladas no começo do século e outras novas. Diante desta situação, na segunda metade da década de 70, emerge uma grande insatisfação popular com a “política de saúde da ditadura” (LUZ, 1991). Profissionais de saúde insatisfeitos e líderes da comunidade passaram a discutir uma nova forma de organização do setor saúde, que valorizasse o trabalho dos profissionais e que realmente visasse à saúde da população.

Propondo uma mudança técnico-assistencial para a saúde: a Reforma Sanitária

Os longos anos de ditadura chegam ao fim. Na década de 80, o país, em grave crise econômica herdada do regime militar, inicia um longo e conflituoso processo de abertura democrática. Neste contexto, a sociedade civil organizada passa a reivindicar de forma mais sistemática e atuante novas políticas sociais, que garantissem os direitos de cidadania, entre eles o direito à saúde (LUZ, 1991). A mesma autora destaca que, pela primeira vez na história do Brasil, a saúde é entendida como direito universal e dever do Estado. Esta conquista foi oficializada em 1988, por ocasião da aprovação da Constituição Brasileira, que defende saúde e educação como direitos essenciais.

Esta conquista do povo brasileiro aconteceu em uma década marcada por uma grande efervescência de idéias em diversos campos sociais, em especial, na Saúde. Inicia-se, então, o movimento de *Reforma Sanitária*, momento de debates entre os diversos representantes sociais, entre eles, professores, líderes comunitários, profissionais de saúde etc. Um marco fundamental neste contexto foi o acontecimento, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu mais de quatro mil cidadãos. Depois de duas décadas de silêncio forçado, descaso

político e padecimento social, chega a hora dos brasileiros exigirem o direito a melhores condições de vida e saúde. Em 1988, é redigida e definida uma nova Constituição, em que, como já relatado anteriormente, saúde é tida como direito do cidadão e dever do Estado. Conseqüentemente, uma nova política de saúde entra em vigor: o Sistema Único de Saúde (SUS), que busca superar a dicotomia entre saúde coletiva e medicina individual, visando uma atenção à saúde integral de indivíduos e comunidades. Inicia-se, então, o debate e as tentativas de práticas de saúde seguindo uma nova lógica, a da vigilância à saúde.

O paradigma de saúde presente neste modelo difere radicalmente daquele difundido nos modelos anteriores. O conceito de saúde que orienta o SUS ultrapassa a noção de simples condição fisiológica de ausência de doença, configurando uma concepção mais profunda, de direito social às condições de bem-estar físico, mental e social.

Com esta mudança de modelo assistencial, PAIM e ALMEIDA FILHO (2000) discutem o paradigma de “Saúde Coletiva” como campo de práticas e técnicas que não se limitam ao setor saúde, perpassando os demais setores sociais. Nesta visão, condição de saúde ou doença deve ser atendida levando em consideração todas as variáveis, já que é configurada mediante a coexistência em diferentes proporções de diversos fatores: sociais, biológicos, mentais etc. Assim, saúde coletiva é um campo que deve ser pensado e construído inter e multidisciplinarmente, inter e trans-setorialmente, no intuito de garantir a recuperação, a proteção e principalmente a **promoção da saúde**. Sendo que esta última corresponde à difusão de um conceito relativamente recente no campo da saúde.

Assim, prosseguindo na descrição do SUS e suas propostas de intersetorialidade, é relevante resgatarmos a discussão a respeito da concepção de “promoção da saúde”, uma vez que, indiscutivelmente, remete às noções de educação em saúde e intersetorialidade, objetos de investigação deste estudo e que merecem maior destaque.

O nascimento do SUS: uma política voltada para a promoção da saúde

Quando falamos de mudança de paradigma de saúde atualmente, entendemos que é fundamental mencionar o surgimento do conceito de “promoção da saúde”, pois foi justamente a partir deste conceito que se deu novo olhar a saúde (ou será que deste novo olhar surgiu este conceito?).

BUSS (2000) menciona que a idéia de promoção da saúde passa a ser debatida com maior amplitude a partir da década de 70, quando as discussões em torno do que é saúde se intensificaram e o modelo de atenção à saúde dominante – “hospitalocêntrico”, médico, curativo, assistencial e fragmentado – passou a ser duramente questionado. Nessa década, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata (URSS) avança nesta discussão e reafirma saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. Além disto, reforça categoricamente que para promover saúde, é necessária a participação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS/UNICEF, 1978). Desde então, saúde passa a ser interpretada como direito humano fundamental e, gradativamente, o conceito “promoção da saúde” passa a ser discutido e explicitado pelas Conferências Mundiais de Saúde posteriores e especialmente pela VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 1986, a Conferência de Ottawa define promoção da saúde como “nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social e controle.” (CARTA DE OTTAWA, 1986). As Conferências mundiais seguintes, Adelaide (1988, na Austrália), Sundsvall (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997), reafirmaram os pressupostos das conferências anteriores e discutiram estratégias de ação. Dentre estas, destacamos a de Sundsvall que sugeriu como estratégia para promoção da saúde a capacitação dos indivíduos para controlar a sua própria saúde e condições do ambiente, por meio da educação e maior participação na tomada de decisão (SILVEIRA, 2000).

Por último, deixamos a análise da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, pois foi a partir deste marco que o esboço da política de saúde vigente hoje no

Brasil foi traçado. Interpretamos que o conceito de saúde difundido nesse momento é mais claro e completo que o exposto pelas conferências da OMS, além de permitir uma melhor compreensão do conceito de “promoção à saúde” tomada pela atual política de saúde brasileira.

Nessa ocasião, foi unânime entre os conferencistas a urgência da realização de modificações profundas no setor saúde, como podemos visualizar no seguinte trecho retirado do relatório final da conferência (NAJAR, RAMOS, MELAMED, et al, 1998):

(...) ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde.(p. 118)

Saúde ficou definida como:

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. (p.119)

E mais:

A Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (p.119)

Assim, considerou-se a necessidade de o Estado assumir a questão da saúde não somente vinculada ao setor correspondente, mas a outros setores econômicos e sociais, pois apenas assim seria possível desenvolver uma política que realmente buscasse a promoção da saúde em seu conceito mais amplo. Desta forma, ficou explícita a importância da participação de todos os setores, de forma integrada, configurando o surgimento da intersectorialidade como estratégia organizacional.

Outro aspecto fundamental, que permeia todo o relatório da VIII Conferência, é a participação popular e o controle social em todas as esferas de governo, desde o nível mais periférico, até o mais central, pela evidência de que somente a partir das necessidades reais da população seria possível criar uma política justa e digna feita para e com o povo.

Assim, a Conferência reconheceu o papel da educação como principal aliada no processo de estímulo ao exercício da cidadania, desenvolvimento de autonomia e

conquista pelos cidadãos de seu espaço na formulação e implementação de políticas.

A reformulação do sistema, proposta na VII Conferência, redundou no surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado com o a Constituição Federal de 1988 e regulamentado em 1990. Este novo sistema de saúde, como já amplamente conhecido pelos profissionais da área, se pautou por três princípios fundamentais: **descentralização** (garantindo a autonomia dos municípios), **democratização** (significando direito universal ao acesso à saúde e favorecendo a participação e controle social nas tomadas de decisão) e **integralidade** (buscando o atendimento completo de necessidades de cura, proteção e promoção) (GOUVEIA, 2000).

Assim, há dezessete anos, o SUS vem sendo implementado no Brasil. No entanto, considerando o contexto histórico de sua formação, o processo de construção do sistema é permeado por idéias contraditórias e conflituosas, pois convive com as disputas entre interesses diversos de representantes dos modelos hegemônicos (médico-assistencial privatista e sanitaria campanhista) e ainda com propostas alternativas que buscam de fato articular ações de reabilitação, proteção e promoção, com ênfase nesta última (TEIXEIRA e cols., 1998).

Estes autores chamam a atenção para o surgimento de uma nova forma de organização do trabalho em saúde, a Vigilância à Saúde. Ao contrário dos modelos assistenciais anteriores, em que as ações estão centradas nos profissionais (médicos ou sanitaristas), neste modelo novos sujeitos são incorporados além dos profissionais de saúde, abarcando a comunidade e suas representações. Isto se reflete na ampliação do objeto de atenção, que extrapola a doença e seus modos de transmissão, buscando atuar nos riscos e necessidades que os modos e condições de vida determinam. Conseqüentemente, os meios de trabalho e as formas de organização também são outros, além das intervenções específicas de saúde na promoção, proteção e recuperação, incluindo ações mais abrangentes na realidade local, destacando-se a formulação de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Assim, a reorganização dos serviços e práticas de saúde para o nível local busca tornar possível a implementação da Vigilância à saúde, que visa superar a dicotomia entre assistência individual e coletiva, através da incorporação de outros campos do conhecimento e instituições para interpretação e intervenção sob os problemas e situações próprias de saúde de cada comunidade. Desta forma, cada município e região tendo suas especificidades configuram diferentes formas de ação em saúde.

Segundo BUSS (2000) esta reorientação dos serviços se pauta em um conceito amplo e moderno de “promoção da saúde” como:

(...) conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e condições de vida¹, a níveis individual e coletiva (GUTIERREZ et al, 1997 apud BUSS, 2000).

Deste conceito, podemos reafirmar a fundamental participação da comunidade e demais instituições sociais para a promoção da saúde. É preciso destacar a importância da educação como forte aliada no desenvolvimento dos conhecimentos e comportamentos saudáveis necessários para a promoção da saúde das pessoas, além da tomada de consciência e participação destas no processo de decisão das ações institucionais voltadas para a melhoria da qualidade de vida.

Para garantir esta nova forma de agir em saúde, configurando outro processo de produção de serviços, o novo sistema se orientou na ampliação da rede básica, “visando uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um redbasicocêntrica” (MERHY, 1997). Na década de 90, vários programas foram criados para operacionalizar as propostas do SUS, tendo em vista a Vigilância à Saúde e o fortalecimento dos serviços da rede básica. Destacamos aqui o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 por iniciativa do Ministério da Saúde, e o Programa Paidéia de Saúde da Família, específico da cidade de Campinas, iniciado no ano 2000, por ocasião da gestão do Partido dos Trabalhadores. Ambos constituem uma resposta à crise do modelo até então predominante (médico-

¹ Grifo nosso.

assistencial privatista), buscando a reorganização e o fortalecimento da Rede Básica, com o intuito de priorizar ações de promoção e proteção à saúde, racionalizar os recursos e democratizar o acesso aos serviços.

Para este estudo, deteremos atenção especial ao Paidéia, pois é o programa segundo o qual a UBS investigada se organiza. A intenção neste momento é ressaltar as propostas de intersetorialidade e de educação em saúde deste programa.

No entanto, antes de partirmos para esta discussão, é necessário contextualizarmos o momento econômico e político em que se insere o modelo de Vigilância à Saúde, que orienta o SUS e seus programas. Isto porque o contexto histórico reflete a ideologia dominante, como já mencionado anteriormente.

Na década de 90 e nestes primeiros anos do século XXI, vivenciamos um período de grandes contradições, pois pela primeira vez na história da Saúde no Brasil, a formulação de uma política foi realizada a partir de uma construção coletiva, correspondendo, portanto, aos interesses da população. No entanto, apesar das grandes conquistas nesta área, não é possível apagarmos séculos de dominação, em que os donos das terras e empresas decidiam toda a forma de organização Estatal. Continuamos sendo um país de desigualdades econômicas díspares, que culminam em pobreza, condições péssimas de educação e saúde, desemprego, fome etc.

Vários fatores contribuem para esta situação. Dentre eles, podemos citar como fundamental a corrida econômica que o mundo vivencia atualmente e que interfere decisivamente nas relações políticas e sociais de todos os países. Pois com isto, é preciso casar preocupações sociais e necessidades econômicas, em um mundo altamente competitivo e instável, tarefa nada fácil.

A partir dos anos 80 a maior parte do mundo presencia a hegemonia das políticas neoliberais, que, em linhas gerais, apontam para a redução da participação dos Estados nas transações econômicas nacionais e na manutenção de políticas públicas. Para os países desenvolvidos (dentre os quais destacamos os europeus), o neoliberalismo significou a retração do modelo de "estado de bem estar social", solidamente construído no pós-guerra. Em resumo, ocorre o enfraquecimento crítico

dos programas de assistência social e atenção à saúde. É evidente que não chega a se configurar um panorama de penúria no campo da saúde nos países capitalistas desenvolvidos, posto que o conforto econômico do qual eles gozam permitiu criar soluções para os impasses do esgotamento do “estado de bem estar social” (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

Para os países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, o neoliberalismo teve repercussões extremamente negativas para o campo da saúde pública. Para nos atermos ao âmbito brasileiro, é importante notar que a implementação do SUS deveria se dar com total participação e compromisso da esfera estatal, mas as tendências neoliberais empurravam o Estado para longe deste compromisso, gerando uma ambivalência que talvez explique, em parte, as dificuldades de realização das metas contidas no SUS. Neste sentido, a avaliação de PAIM & ALMEIDA FILHO (2000) nos parece muito pertinente:

A “nova ordem mundial” que se instaura na década de 80, inspirada no neoliberalismo, acarreta uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Particularmente nos países de economia dependente, a opção pelo “Estado mínimo” e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada “crise fiscal do Estado”, em muito comprometem o âmbito institucional conhecido como Saúde Pública. (p.13).

Como, em meio a uma tendência macroeconômica privatizante, que apontava para minimização dos serviços e gastos estatais, seria possível construir um sistema nacional de saúde sob responsabilidade do Estado? Para dificultar ainda mais, os movimentos sociais que haviam dado sustentação à construção política do SUS entram em refluxo, junto ao movimento sindical e demais mobilizações populares. Com exceção do MST, os movimentos sociais entraram em quase invisibilidade nos anos 90.

Neste contexto, as políticas sociais presenciam impasses difíceis de solucionar. No campo da saúde, uma confusão clássica que adquiriu sérias proporções foi relativa à priorização da atenção básica, com a utilização de tecnologias duras menos complexas, significando economia. Com isto, ao invés do entendimento que as inovações demandavam investimento, “as propostas de

tecnologias simplificadas, foram confundidas com uma postura de simples redução de custos de uma *medicina de pobre para os pobres*” (CORDEIRO, 1996).

Entretanto, apesar deste quadro nada promissor, podemos vislumbrar avanços de maior ou menor grau na implementação do SUS em todo o território nacional. A cidade de Campinas, lugar em que esta pesquisa foi realizada, configura um exemplo de pólo de intensos debates e transformações na área de saúde coletiva. Um exemplo disto foi a implementação do Programa Paidéia de Saúde da Família.

O Paidéia se assemelha muito ao PSF, no entanto, apesar de focar a família como estratégia de ação, traz singularidades da comunidade campineira, a qual já tem uma história particular no que se refere à rede básica, marcada por intensa participação popular (CAMPINAS, 2001).

Paidéia, ações intersetoriais e educação em saúde

A grande estratégia do SUS no sentido de promover o acesso a saúde integral para todo cidadão brasileiro está na priorização da rede básica, pois, como relatamos, a história da Saúde brasileira demonstrou a inoperância de um sistema de saúde “hospitalocêntrico”. CORDEIRO (1996) salienta que este modelo onerou os gastos com saúde não redundando em significativo impacto nas condições de vida da população. O autor argumenta que o investimento em ações primárias são importantes para diminuição dos gastos, uma vez que há redução dos custos com os serviços de atenção secundária e terciária, na medida que a ênfase seja dada antes do adoecimento ou do agravamento da doença com medidas de promoção à saúde, proteção e controle de doenças. Importante salientar que mais do que diminuir custos, investir na atenção primária significa melhorar a qualidade de vida das pessoas, ao garantir serviços de saúde básicos e essenciais e, ao mesmo tempo, estimular na comunidade a aquisição de hábitos saudáveis, o desenvolvimento de autonomia e o sentimento de responsabilidade social.

Segundo CORDEIRO (1996) o Programa Saúde da Família veio como proposta de reorganização da rede básica, em que as práticas de saúde voltadas para a família pressupõem:

- O reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que expressa a qualidade de vida;
- A eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- A democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção da saúde;
- A intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- A prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, no domicílio, no ambulatório e no hospital;
- A humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde da comunidade;
- O estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social;
- O estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais. (CORDEIRO, 1996, p. 11).

Resgatamos os princípios do PSF, pois são também os que fundamentam a formação do Paidéia. Nos dois últimos tópicos expostos acima, confirmamos o que já salientamos várias vezes nesta dissertação: a preocupação com a intersectorialidade e a participação da comunidade, que pressupõe uma educação voltada para o exercício da cidadania

O principal idealizador do Paidéia, Gastão Wagner de Souza Campos, reconhece que a Saúde Pública é normativa, estabelecendo regras institucionais em forma de leis, protocolos e programas. No entanto, ele chama a atenção para a possibilidade das práticas de saúde, apesar de respeitarem normas, também poderem ser construídas em parcerias, remetendo à possibilidade de reconstrução das regras conforme as demandas sociais. É o que CAMPOS (2003) sugere no fragmento:

O que se pode é, de maneira articulada, desenvolver ações que envolvam tanto o saber e as prioridades definidas pelos técnicos e pela lei, quanto também assegurarem algum espaço para que as pessoas possam recompô-las.(CAMPOS, 2003, p.16).

Ao defender o “agir Paidéia”, CAMPOS (2003) defende uma Saúde Coletiva pautada pela vigilância como responsabilidade Estatal, mas também da sociedade civil. Critica as formas convencionais de realizar atividades de prevenção e promoção à saúde “sobre” os indivíduos e não “com” eles, configurando um agir a partir de um “fazer” cego que segue as normas institucionais, sem questioná-las .

O método Paidéia surge justamente como forma de organização do serviço e do trabalho em saúde, que além de focalizar o núcleo familiar e comunitário, busca sua própria construção a partir do trabalho coletivo entre trabalhadores de saúde, população e representantes de outros setores. Neste sentido, o método visa o desenvolvimento integral do ser humano, que consiste no significado da própria palavra Paidéia (CAMPINAS, 2001). Para isto, busca despertar a consciência das pessoas, incluindo profissionais e comunidade, sobre suas próprias condições de vida e saúde e também sua potencialidade para transformação e criação coletiva. CAMPOS (2003) chama a atenção para a necessidade da “Roda”, que significa discutir os problemas de saúde, contando com diversos profissionais e representantes da comunidade, na busca por um trabalho multidisciplinar e com participação popular.

É interessante que justamente este programa, que preza pela democratização do acesso e da tomada de decisão, paradoxalmente tenha sido implementado de forma vertical e, arriscamos dizer, arbitrária. O próprio autor, que foi Secretário de Saúde no município de Campinas, no período de 2000 a 2002, na obra “Saúde Paidéia” (amplamente referenciado nesta dissertação), se auto intitula criador do método. No momento em que afirma esta autoria e implanta o Paidéia na rede básica de Campinas durante sua gestão, parece-nos que o método foi de certa forma imposto aos trabalhadores que se encontravam nos CS’s nesta época. Assim, como defender construção participativa, se não houve a preocupação da idealização do método de forma coletiva?

Estendemos a mesma crítica ao PSF, em âmbito nacional. Como “exigir” participação da comunidade e de outros setores, se as pessoas nem ao menos conhecem o programa e não participaram da sua formulação?!

Entretanto, entendemos que a mudança tem que partir de algum “lugar”, e se o povo ainda não está preparado para apoderar-se de seu direito de decidir, cabe ao poder institucional estabelecer políticas que de alguma forma estimulem e garantam esta participação. E para que o povo realmente possa participar, CAMPOS (2003) salienta a importância de ampliar a capacidade de interpretação das pessoas sobre suas necessidades e riscos de saúde, daí sua aposta no método Paidéia:

O método a que denominei da Roda ou Paidéia lida com esses impasses procurando sempre incluir o Sujeito no trabalho em saúde. Fazer Saúde Coletiva com as pessoas e não sobre elas. Para isso, é fundamental produzir-se um AUMENTO DA CAPACIDADE DE ANÁLISE E DE INTERVENÇÃO dos agrupamentos humanos em geral, e não apenas dos grupos técnicos. (CAMPOS, 2003, p.26).

Estes impasses e contradições que aqui colocamos certamente permeiam o cotidiano dos serviços em Campinas. Apesar de todas as dificuldades, o Paidéia prossegue e já está implementado em todos os CS's da cidade. Neste trabalho, procuramos abordar os principais avanços e limitações deste programa no que se refere às ações intersetoriais de educação e saúde. Para isto, nos detivemos, primeiramente, na forma como o Paidéia foi pensando, discutindo com maior ênfase a intersetorialidade e a educação em saúde, alvos desta pesquisa.

CAMPOS (2003) descreve quatro sugestões metodológicas do Paidéia que apresentaremos resumidamente, a seguir, estendendo-nos mais na última, tendo em vista o interesse do presente estudo:

- 1) **A construção de vínculo:** para se traçar um trabalho coletivo visando à saúde integral é necessário que os sujeitos envolvidos estejam afetivamente ligados entre si. Isto quebra a visão de que os profissionais de saúde detentores do saber e das técnicas podem agir de forma inquestionável e que a comunidade deve receber as intervenções calada e passivamente. O vínculo significa o respeito mútuo entre os co-gestores e o entendimento de que todos têm muito a contribuir, daí a importância das ações intersetoriais, “procurando envolver vários organismos da sociedade civil e do Estado na resolução dos problemas coletivos de saúde” (CAMPOS, 2003, p.27).
- 2) **A emergência dos temas:** em Saúde Coletiva, a ação deve acontecer sobre um problema de saúde. No método Paidéia, a escolha dos temas e elenco de

prioridades acontece na “roda”, para democratizar e também potencializar o trabalho. Em um modelo centrado na doença e na ação médica, as necessidades são eleitas conforme o olhar de um grupo restrito que reflete a ideologia dominante. Assim, ao adotar as discussões coletivas como forma de levantar problemas, as ações estarão voltadas às reais necessidades do grupo, abarcando interpretações de diferentes sujeitos.

- 3) **Construção do projeto de intervenção:** após o elenco de problemas, é necessário eleger prioridades e esboçar um plano estratégico de ação, compartilhando objetivos e estratégias e dividindo tarefas. O projeto construído em parcerias facilita e enriquece a intervenção, já que cada qual contribui com aquilo que mais conhece. Além disto, a troca de saberes e experiências favorecem o conhecimento a respeito do trabalho e dos problemas do outro, facilitando a convivência.
- 4) **Considerações a respeito da intersectorialidade e a educação em saúde:** para o exercício das ações intersectoriais é preciso experimentar, pois não existe uma forma de fazer ideal. É preciso começar com o que se tem e pode, para aos poucos aperfeiçoar as ações e ampliar o número de setores envolvidos. A educação em saúde é outra grande estratégia aliada ao Paidéia, que deve “mais do que difundir informações, buscar ampliar a capacidade de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade”(CAMPOS, 2003, p.35).

A partir da discussão que realizamos até este ponto da dissertação, é perceptível a relevância da intersectorialidade e da educação para promoção da saúde como estratégias do modelo assistencial de Vigilância à Saúde, que orienta o SUS e seus programas nacionais e regionais. O conceito de intersectorialidade está embutido em uma preocupação moderna com a formação de “políticas públicas saudáveis”, cada vez mais presente no discurso institucional da Saúde Coletiva. Cabe aqui uma breve exploração conceitual sobre o tema.

Intersetorialidade: compartilhando saberes, idéias, problemas e soluções

O setor saúde, ao se pautar pela concepção ampliada de saúde, é multidimensional, ou seja, sua compreensão perpassa outras áreas do conhecimento. CHAVES (1998) esquematiza esta noção em um diagrama circular onde a saúde aparece no centro, rodeada por outros setores conectados entre si e a ela, representando a interação entre diferentes áreas para compreensão e intervenção sob uma realidade complexa. O autor aponta oito áreas prioritárias para o setor saúde: ecológica, epidemiológica, estratégica, econômica-política, educacional, psico-socio-cultural, transcendental e ética. Para este estudo, destacamos a área educacional.

As concepções da trans e intersectorialidade das ações surgiram da nova orientação da Saúde Coletiva na busca por promoção de saúde, cuja conquista significa que necessariamente as políticas sociais e econômicas devem passar por um processo de reformulação, originando o que se convencionou chamar de “políticas saudáveis” (MOYSÉS, MYSES & KREMPEL, 2004).

Para vários autores que estudam este tema, isto só é possível através de ações intersectoriais, de forma que um setor somente desenhará suas estratégias, ações e objetivos conforme as repercussões sobre as estratégias, ações e objetivos do outro setor (TEIXEIRA & PAIM, 2002). Isto significa, que o setor educacional, por exemplo, deve organizar suas práticas a partir dos efeitos que alcançam sobre o setor saúde, na direção da promoção da saúde.

BUSS (1996) aponta a estratégia intersectorial de:

(...) usar as escolas como espaços privilegiados de fazer saúde por meio de programas de saúde escolar e de programas de educação em saúde com escolares. A promoção da saúde – obtida através de iniciativas criativas de educação para o setor, que são desenvolvidas em conjunto por professores e profissionais de saúde visando a ampliação da consciência sanitária – tem mostrado enorme capacidade para estender seus efeitos ao longo da vida futura de cada estudante, assim como, de imediato, para o interior de suas famílias (p.179).

À Educação cabe ainda a formação de cidadãos conscientes a respeito do mundo e de seus próprios corpos, os quais além de transformarem seus

comportamentos, possam ser capazes de participar na construção de políticas públicas saudáveis e conseqüente melhoria da qualidade de vida (BUSS, 1996).

Por sua vez, as políticas públicas saudáveis surgem como resposta a um novo entendimento das formas de organização em sociedade das civilizações humanas. Homens e mulheres são seres racionais e que estabelecem relações sociais para sobrevivência. Entretanto, não basta simplesmente sobreviver, pois criamos uma necessidade subjetiva, a **felicidade**. Isto só foi possível porque ações e relações humanas adquiriram significados coletivos, constituindo o que chamamos de cultura. Para sobrevivermos com qualidade no mundo contemporâneo, precisamos de condições favoráveis de vida, apontadas por BUSS (1996), e que dividimos em concretas (como alimentação, habitação, trabalho) e abstratas (como amor, paz, amizade). Usufruir destas condições, em maior ou menor grau, configura uma melhor ou pior qualidade de vida.

Contudo, somente o setor Saúde não é capaz de suprir todas as necessidades objetivas e subjetivas que explicitamos. Assim, a promoção da saúde deve ser uma prioridade em todas as políticas sociais, pois o que será do homem e da mulher sem condições adequadas de sobrevivência e felicidade? Podemos afirmar, sem receio, que nenhuma destas condições básicas de vida é possível sem a saúde. Saúde é o bem humano essencial e primordial.

Interpretamos que foi com esta preocupação que a XIª Conferência Nacional de Saúde elegeu como prioridade para efetivação do SUS, além da participação social:

(...) a melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população (Conferência Nacional de Saúde, XI, 2001).

No entanto, até poucas décadas atrás, o setor saúde era tido como um órgão à parte, sem nenhuma (ou quase nenhuma) articulação com outras áreas sociais e econômicas. Este movimento, pelo fomento da intersetorialidade e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, é recente e extremamente complexo, apresentando várias dificuldades na sua efetivação. Entretanto, vários lugares do mundo iniciaram

trabalhos deste tipo, no Brasil, um exemplo positivo é o governo da cidade de Curitiba-PR (MOYSÉS, MYSES & KREMPEL, 2004).

Os autores, ao escreverem a respeito da experiência de Curitiba como cidade saudável, advertem:

A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Pode ser entendida então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis (p.629).

Para MOYSÉS, MYSES & KREMPEL (2004), isto implica que não basta somente a implementação de um sistema de serviços de saúde de boa qualidade com acesso universal e integral. É necessário a participação de toda a sociedade e suas instituições de forma articulada, pois o setor saúde sozinho não é capaz de solucionar problemas estruturais da sociedade, que configuram desigualdades e exclusões, determinando condições insalubres de vida.

A congruência de saberes e vontades diversos, oriundos de diferentes sujeitos, para resolução de problemas complexos, torna o trabalho intersetorial para promoção da saúde extremamente conflituoso, demorado e difícil. Desta forma, é necessário criar espaços e projetos, favorecendo a construção de uma nova forma de pensar e agir em saúde (MOYSÉS, MYSES & KREMPEL, 2004).

Os autores apontam alguns problemas comuns e cotidianos desta nova forma de trabalho em saúde:

- 1) Relações de trabalho tradicionalmente caracterizadas pela centralização do poder, configurando uma dificuldade das diversas categorias profissionais em compartilhar idéias e tomar decisões conjuntas;
- 2) Fragmentação do saber que condiciona o profissional enxergar apenas seu objeto de intervenção, dificultando uma visão ampliada e contextualizada do problema de saúde;
- 3) Falta de recursos para realização de ações intersetoriais, aliada a distribuição setorial do orçamento público. Segundo os autores, a

divisão orçamentária dificulta o compartilhamento do poder entre os sujeitos, dificultando a agilidade e resolubilidade das ações.

Assim, estas dificuldades aparecem em maior ou menor grau em toda comunidade que tenta agir de forma intersetorial. Nesta dissertação, buscaremos, adiante, reconstituir quais problemas a UBS e a Escola investigadas tiveram em sua experiência intersetorial, objeto desta pesquisa. No entanto, antes de nos atermos a realidade concreta, apresentamos no próximo capítulo os vários momentos históricos da Educação Brasileira, buscando resgatar no discurso formal a presença ou ausência de preocupação com a promoção da saúde no ambiente escolar ao longo das décadas, bem como os pressupostos de trabalhos intersetoriais para este fim.

I.B) A EDUCAÇÃO NO BRASIL

Uma das vocações essenciais da educação do futuro será o exame e o estudo da complexidade humana. Conduziria à tomada de conhecimento, por conseguinte, de consciência, da condição comum a todos os humanos e da muito rica e necessária diversidade dos indivíduos, dos povos, das culturas, sobre nosso enraizamento como cidadãos da Terra....

Edgar Morin

As principais correntes pedagógicas

ARANHA (1997) escreve que a educação formal desenvolvida em escolas por longos períodos da infância e adolescência é fruto dos interesses da burguesia nascente dos países ocidentais na Idade Moderna. Antes deste momento, a escola medieval era fortemente vinculada à Igreja Católica e tinha um caráter “excessivamente contemplativo”. Com a ascensão do capitalismo a classe burguesa passa a reivindicar uma escola realista, voltada para os problemas do mundo moderno, a fim de interpretá-lo e desenvolvê-lo, visando, assim, o progresso tecnológico e industrial e conseqüente aumento da produtividade,

Da mesma forma que a história da Saúde no Brasil esteve condicionada aos interesses políticos e econômicos do país rumo ao capitalismo, a Educação Brasileira também esteve fortemente influenciada por tais interesses. É o que podemos conferir ao analisar as principais tendências pedagógicas das políticas públicas de ensino no Brasil durante o século XX.

A opção em analisar estas tendências se fundamenta no fato de que a construção dos atuais Parâmetros Curriculares Nacionais (ensino fundamental e médio) e Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil surgiu a partir da crítica e discussão destas tendências (BRASIL, v. 1, 1997). Assim, todos aqueles que participaram da formulação dos “Parâmetros” estão inseridos em formas de ensino que mesclam várias filosofias pedagógicas, reflexo e decorrência das

ideologias, experiências de vida e práticas escolares que fomentaram a construção dos documentos formais que orientam o currículo e a prática educacional das escolas brasileiras hoje.

É importante salientar que tomamos os PCN's como referência porque constituem os únicos documentos nacionais de orientação pedagógica que abrangem o tema Saúde de forma interativa com os outros campos do saber, priorizando os aspectos sociais para promoção da saúde. Anteriormente, as escolas se limitaram ao estudo do corpo biológico, das doenças e da higiene.

A Escola Tradicional

ARANHA (1997) relata que o movimento de escolarização se amplia a partir da Revolução Industrial, pois a organização da sociedade segundo uma nova ordem econômica exige necessidades de instrução para todas as camadas sociais. Assim, do operário que lida com máquinas e técnicas é exigido o domínio da leitura, escrita e operações matemáticas básicas, para que desempenhe satisfatoriamente seu papel de força produtiva. Os níveis mais elevados de instrução estariam voltados à burguesia, visando a conquista da posição de grupo pensante da sociedade, na condição de principal interessada na transmissão dos conhecimentos científicos até então conquistados pela humanidade e pelo desenvolvimento de outros. Com isto, nos séculos XVIII e XIX, a escolarização ganha grande impulso em vários países, em especial naqueles em processo de industrialização, culminando no interesse de vários Estados em assumir a educação, com caráter leigo e gratuito.

No Brasil, este movimento inicia-se de forma tímida a partir da Proclamação da República, quando o Estado, em sua primeira Constituição Republicana de 1891, busca descentralizar o ensino, incumbindo à União a educação superior e secundária e para os Estados o ensino fundamental e profissional. Isto remete à elitização presente na educação formal brasileira, privilegiando a burguesia, em detrimento da educação básica, destinada ao povo (ARANHA, 1998). Esta situação é facilmente compreendida se recordarmos que neste momento o poder está nas mãos de uma oligarquia rural, que destinava todos os recursos estatais para seu próprio interesse, dentre eles as escolas.

ARANHA (1998) relata que o positivismo, corrente filosófica que valoriza a ciência e os métodos científicos de pesquisa, em voga no século XIX nos países capitalistas, pouca repercussão teve no período da 1ª República no Brasil. Neste momento, a elite agrária e conservadora era avessa às transformações culturais. Apoiava a Igreja Católica, em direção contrária a laicização da educação pública e a propagação dos ideais positivistas, pouco contribuindo para a reforma do ensino público.

Assim, nesse período persiste um sistema dual de ensino, de um lado a Igreja Católica defendendo a educação clássica e, de outro, intelectuais republicanos propagando o positivismo científico, que ao surgir em momento de explosão capitalista, apresentou-se como uma filosofia pautada na técnica científica e na produtividade capitalista, servindo de base para a Escola Tradicional segundo a lógica liberal. LUCKESI (1994) relata que a doutrina liberal surge para explicar e defender o sistema capitalista, pregando a liberdade individual e a livre competitividade econômica, estabelecendo uma organização social de classes, em que a propriedade privada e os meios de produção regem as relações econômicas, sociais e culturais. Assim, a pedagogia liberal tem como objetivo fazer com que a escola forme os alunos para desempenharem os papéis que lhes cabem na vida social, reproduzindo uma sociedade de classes. LUCKESI (1994) salienta que embora esta pedagogia se pautue pela “liberdade” e desenvolvimento de habilidades “individuais”, difundindo a idéia de igualdade de oportunidades, não leva em consideração as desigualdades sociais.

A Escola Tradicional se caracteriza pela preparação intelectual e moral do indivíduo para a vida em sociedade. Os conhecimentos da cultura mundial são passados de forma acabada e inquestionável pelo professor, o qual possui autoridade máxima, sendo o detentor do saber. O ensino é feito através da exposição dos conhecimentos de forma sistemática, visando a memorização. Em momento algum a realidade cotidiana do aluno toma parte no processo de ensino, e conseqüentemente, as variações individuais não são percebidas nem valorizadas (LUCKESI, 1994).

O mesmo autor escreve que este tipo de pedagogia liberal, que surgiu nas primeiras décadas do século XX no Brasil, ainda prevalece no ensino. A divisão do ensino por matérias estanques, a postura autoritária do professor em sala e a passividade do aluno são heranças da pedagogia liberal tradicional que visa condicionar o aluno a viver na sociedade capitalista, aceitando-a passivamente para reproduzi-la na vida adulta.

A Escola Nova

A escola tradicional entra em crise no mundo contemporâneo, intensamente mutante. A rápida ascensão do capitalismo aliada a profundas transformações sociais que sofrem os países industrializados exige que a escola forme indivíduos capazes de acompanhar este mundo dinâmico. Assim, a assimilação inquestionável e mecânica de conteúdos prontos não corresponde mais às necessidades das sociedades liberais, que precisam de pessoas criativas, que “aprendam a aprender” de forma a contribuir para o desenvolvimento brasileiro, criando novos saberes e tecnologias, e assim tornar o país mais competitivo (ARANHA, 1997).

Além disto, a autora avalia que esta tendência vem acompanhada do ideal de democratização da escola, pois se acreditava que somente através da educação seria possível a mobilidade social.

No Brasil, esta tendência teve como representantes Anísio Teixeira e Fernando de Azevedo, teóricos da educação, que iniciaram experiências esparsas a partir da década de 20, as quais se intensificaram na década de 50, após a ditadura de Getúlio Vargas.

O movimento do escolanovismo em nosso país avança com a industrialização e urbanização através da efervescência de ideais do pensamento liberal democrático que defendem a popularização da educação como forma de legitimar a democracia, garantindo a liberdade e igualdade de oportunidades. ARANHA (1998), a esse respeito, assinala::

Neste contexto, educadores da *escola nova* introduzem o pensamento liberal democrático, defendendo a escola pública para todos, a fim de se alcançar uma sociedade igualitária e sem privilégios. Os intelectuais escolanovistas produzem literatura abundante e pretendem

remodelar o ensino brasileiro, mas suas considerações dependem da produção estrangeira, faltando uma análise mais profunda de nossa realidade (p. 198).

Por influência deste movimento conhecido como fase de “otimismo pedagógico” da educação brasileira, a Constituição de 1934 defende um ideário educacional laico e público, definindo educação como direito do cidadão. OLIVEIRA (2002) relata que esta Constituição é a primeira do Brasil que dedica um capítulo exclusivo para a Educação, significando grandes avanços da responsabilização do Estado por este campo.

No período do Estado Novo, a política populista de Vargas breou os avanços dos ideários da escola nova, na medida que centralizou o ensino e reformulou o texto constitucional de modo a colocar em dúvida tanto o dever do Estado em garantir educação integral quanto sua gratuidade. Somente após a queda de Getúlio, em 1946 a Constituição retoma o texto de 1934, marcando o início de um período relativamente longo de democracia no Brasil e promovendo o ressurgimento do movimento da *escola nova*, como direito, gratuita e para todos.

A escola renovada se caracteriza fundamentalmente em focalizar o **processo** e não o **produto**. Enquanto na escola tradicional, a ênfase se dá na transmissão de conteúdos prontos, na escola nova o importante é o aprendizado, com ênfase no aluno, sua individualidade e natureza psicológica. O professor não ocupa mais o lugar central, é o facilitador do aprendizado (ARANHA, 1997).

Uma característica inovadora importante desta tendência pedagógica para o campo da saúde é que “a escola não está voltada apenas para o intelecto. O corpo também é valorizado, por meio das atividades de educação física e do desenvolvimento da motricidade” (ARANHA, 1997, p. 168).

Assim, é a primeira vez que aspetos da saúde são incorporados nas práticas educativas escolares. Como relatado anteriormente, a saúde só se fazia presente no ambiente escolar na imposição de hábito higiênicos, administração de vacinas e extrações dentárias. Neste momento, o cuidado com o corpo é incluído na educação integral do indivíduo, refletindo uma preocupação com a saúde e sua promoção, embora pautada por uma visão individual e biológica da saúde.

A Escola tecnicista

ARANHA (1997) adverte que diversos autores criticaram o escolanovismo, argumentando que por trás de um ideal de pedagogia livre, criativa e transformadora, na prática a sua implantação serviu mais para reproduzir o sistema, priorizar os filhos da classe média e excluir os do operariado .

No entanto, durante a década de 50 e início de 60, a retomada da discussão e propagação do escolanovismo significou um campo fecundo para o surgimento de outras teorias e métodos educacionais. Dentre seus criadores podemos citar um dos maiores educadores do Brasil e do mundo: Paulo Freire. Através de um método revolucionário, baseado em uma filosofia libertária e transformadora da educação, Freire consagrou suas experiências educacionais, especialmente as de alfabetização de adultos, redundando em projetos estaduais e federais com o interesse de estender o método à toda a nação. Freire defendeu uma concepção de educação problematizadora, em que educando e educador utilizam as experiências com o mundo para aprender, configurando um processo dinâmico e não estático, como o proposto pela pedagogia tradicional (LUCKESI, 1994).

As contribuições de Paulo Freire para a pedagogia brasileira são extensas, no entanto, foram bruscamente interrompidas no período da ditadura militar, quando os militares proibiram qualquer método educacional que questionasse a ordem vigente, visando sua transformação.

Assim, inspirados no ideal de desenvolvimento econômico do país, promoveram autoritariamente reformas do ensino brasileiro baseadas na tendência tecnicista, que buscou implantar na escola o modelo empresarial. É a retomada do positivismo exacerbado, na tentativa de reproduzir na escola a racionalização e especialização das funções próprios do modelo *Taylorista* de organização, implantado nas indústrias (ARANHA, 1997).

O objetivo do governo militar neste momento é responder à necessidade de mão-de-obra qualificada das empresas que chegam ao Brasil, buscando adequar a educação à sociedade industrial e tecnológica. Além disto, ao propagar esta tendência, o governo também busca calar os movimentos pedagógicos transformadores, que significam ameaça ao regime (ARANHA, 1997). Assim, o Brasil

presença um momento histórico de forte repressão política, em que qualquer manifestação política e cultural contra o sistema é coibida, resultando em milhares de mortes, prisões, torturas e exílios.

A escola tecnicista se caracteriza por transmitir conhecimentos em formas de disciplinas fragmentadas, sem qualquer vínculo com a realidade prática. A principal preocupação é a apropriação do saber técnico e científico exigido pelo mercado industrial e tecnológico. “O professor é um técnico que, assessorado por outros técnicos e intermediado por recursos técnicos, transmite um conhecimento técnico e objetivo”(ARANHA, 1997, p.176).

Podemos citar dois decretos-lei fundamentais para a educação neste período: o de nº 477, em fevereiro de 1969 e a LDB de 1971. O primeiro proíbe qualquer manifestação de caráter político de professores e alunos, instalando o medo na relação entre eles o que significou o distanciamento afetivo e o abortamento de atividades de discussão e debate no processo educativo. A LDB citada documentou a reformulação do ensino, enfatizando, entre outros aspectos, o ensino profissionalizante em consonância com a tendência tecnicista e ampliando a obrigatoriedade do ensino de quatro para oito anos, correspondendo ao ensino fundamental. ARANHA (1997) relata que estas reformas fracassaram, significando prejuízos imensos para a educação brasileira. O fracasso aconteceu principalmente pelo não investimento do governo na implantação de políticas sociais, tal como se deu na saúde como já exposto. A falta de professores especializados, infra-estrutura precária das escolas, entre outros descasos, provocaram o sucateamento da escola pública, a qual lançava para o mercado de trabalho mão-de-obra desqualificada e abundante. Desta forma, ao contrário do que era defendido e prometido pelo governo da época, a reformulação do sistema de ensino brasileiro não mudou a situação de dependência tecnológica do Brasil em relação aos países desenvolvidos.

Com isto, podemos perceber que na Educação ocorre um movimento semelhante ao da Saúde no período da ditadura militar: o crescimento indiscriminado da rede de escolas privadas, que oferecem cursos moldados no sistema empresarial, sem compromisso com a qualidade de ensino e a prática pedagógica. Isto reflete a preocupação tecnicista da formação, que supervaloriza a quantidade e a

produtividade, repudiando a participação democrática, para fortalecer a estrutura do regime autoritário.

Um aspecto importante a ser abordado neste estudo é a reforma curricular proposta por esta LDB que acrescenta como matérias obrigatórias: Educação Física, Educação Moral e Cívica, Educação Artística e Programa de Saúde e Religião. A Educação Moral e Cívica veio para moldar a formação do aluno aos princípios patriotas, reguladores e conformistas da ideologia da ditadura (ARANHA, 1997). Enquanto que o programa de Saúde e Religião (obrigatório para a escola e opcional para o aluno), estranhamente colocados juntos, busca no aspecto da saúde adestrar o aluno para a aquisição de hábitos higiênicos. É possível interpretar que neste momento, as atividades de educação em saúde são técnicas e pontuais, não estimulando uma visão social do processo saúde-doença e focalizando nos aspectos biológicos e individuais.

Embora a reforma do sistema de ensino brasileiro neste período tenha se pautado na tendência tecnicista, LUCKESI (1994) relata que os professores da escola pública não assimilaram a pedagogia tecnicista, manifestando uma postura que mesclava princípios pedagógicos da escola tradicional e renovada.

No entanto, é possível que a proibição em discutir temas políticos e estimular a reflexão crítica dos alunos a respeito da sociedade em que vivem repercute negativamente ainda nos dias atuais. A forma como o currículo é desenvolvido em muitas escolas brasileiras ainda reflete a fragmentação do saber e sua dissociação com a realidade vivida, na medida em que busca passar conhecimentos de forma neutra, descontextualizada e numa relação de passividade do aluno e autoritarismo do professor. Para o campo da educação em saúde, sem dúvida alguma esta herança é extremamente prejudicial e limitante para a promoção da saúde, pois não enxerga que o mundo real e suas relações sociais, econômicas e políticas definem, juntamente com os aspectos biológicos, as condições de saúde de ordem individual e coletiva.

Até a década de 80 a atenção do ensino no Brasil às questões de educação em saúde se limitaram a abordagem mecânica e conformista dos aspectos biológicos de corpos individuais, com ênfase para a doença e suas causas. Em

relação a esta herança, o documento do Ministério da Saúde que aborda os “temas transversais” propostos pelos PCN’s afirma que:

Em suas práticas pedagógicas, a escola adotou sistematicamente uma visão reducionista de saúde, enfatizando os seus aspectos biológicos. Mesmo ao considerar a importância das condições ambientais mais favoráveis a instalação da doença, a relação entre o “doente” e o “agente causal” continuou – e continua até hoje – a ser priorizada (BRASIL, 1998, p.257)

Assim, buscando romper com esta tradição do estudo de saúde centrado apenas na doença, o Ministério da Educação, ao formular os PCN’s quase uma década depois, orienta a educação em saúde como tema que deve ser abordado interdisciplinarmente, favorecendo a formação de hábitos saudáveis, consciência sobre os riscos e necessidades de saúde coletiva e estimulando o exercício da cidadania para conquista da qualidade de vida. Antes de nos atermos aos PCN’s, é preciso resgatar a tendência pedagógica precursora que os inspirou:

A Pedagogia histórico-crítica

Ao findar da ditadura militar, o país vive na década de 80 um período de transição democrática, marcado, como já relatado anteriormente, pela crescente participação da sociedade civil na discussão, re-elaboração e implementação de novas políticas sociais.

No campo da educação, assim como aconteceu na saúde, ocorre a proliferação de idéias para criação de uma nova pedagogia e para a implantação de um sistema educacional, gratuito e universal para todos os níveis de ensino. Os debates, que reuniram professores, intelectuais e representantes populares, tiveram grande impulso a partir de várias conferências brasileiras de educação nessa década, que ocorreram em: São Paulo (1980); Belo Horizonte (1982); Niterói (1984); Goiânia (1986) e Brasília (1988) (ARANHA, 1998).

O resultado de todo este trabalho culminou na Constituição Federal (CF) de 1988, que marcou profundamente a regulamentação do ensino no Brasil na medida que atestou inquestionavelmente a educação como dever do Estado, assegurando sua gratuidade e universalidade.

OLIVEIRA (2002) salienta que é a primeira vez na história constitucional brasileira em que explicita-se a declaração dos direitos sociais, destacando-se o direito à educação. No texto constitucional, o artigo 208 estabelece que:

O dever do Estado para com a educação será efetivado mediante a garantia de:

I – ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;

II – progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio;

III – atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;

IV – atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade;

(...)

Particularmente para este estudo o inciso IV nos interessa, pois a escola pesquisada é uma escola de educação infantil, que atende crianças de zero a seis anos. Segundo OLIVEIRA (2002), pela primeira vez a educação infantil pode ser considerada como parte da “educação básica”, exigindo consonância deste nível de ensino à legislação educacional brasileira. Desta forma, para a educação infantil também devem ser desenvolvidos planos nacionais e parâmetros curriculares, conforme ocorreu, como veremos mais adiante.

Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) foi formulada de forma a fornecer um texto legislativo detalhado, explicitando e elucidando pontos obscuros ou confusos da CF 1988 (OLIVEIRA, 2002). Isto significa que durante oito anos houve continuidade no debate a respeito da política educacional brasileira, reafirmando de forma normativa o direito à educação no Brasil na Nova LDB de 1996.

Esta conquista foi fruto da mobilização da sociedade organizada, incluindo pedagogos e professores que, ao mesmo tempo que trabalhavam pelas conquistas constitucionais, davam forma a uma pedagogia moderna, adequada a este contexto de transformações, a chamada pedagogia “histórico-crítica” ou “dialética” ou “crítica social dos conteúdos”. Esta tendência, iniciada no final da década de 70 por Dermeval Saviani, surgiu apoiada no referencial teórico do materialismo histórico e dialético de Marx (ARANHA, 1998).

Em linhas gerais, esta tendência parte da premissa que o homem e a mulher enquanto seres sociais constroem seus valores a partir das relações de trabalho em

sociedade, agregando às experiências pessoais, valores culturais e históricos, que moldam suas práticas e suas posturas enquanto seres humanos. Assim, para a pedagogia crítica, é importante que as pessoas conheçam a bagagem cultural de seu povo, defendendo a tarefa de a escola ser a mediadora na aquisição de conhecimentos humanos universais pelas crianças. Segundo os princípios desta pedagogia, os conteúdos devem ser trabalhados de forma a garantir que os alunos tenham uma percepção crítica da realidade, como inacabada e passível de mudanças. Isto significa que parte fundamental do processo de ensino e aprendizagem é a discussão de como os saberes foram construídos, bem como a mutabilidade dos mesmos, salientando a qualidade e potencialidade que homens e mulheres têm de transformar o mundo em que vivem.

A pedagogia crítica-social se caracteriza pela preocupação em desenvolver o aprendizado de forma não fragmentada, mas de maneira contínua e global, para que o aluno consiga relacionar os conhecimentos a sua existência humana e social (LUCKESI, 1994). O mesmo autor afirma que esta pedagogia “ao admitir um conhecimento relativamente autônomo – assume o saber como tendo um conteúdo relativamente objetivo, mas, ao mesmo tempo, introduz a possibilidade de uma reavaliação crítica frente a esse conteúdo” (p. 70).

Desta forma, esta tendência propõe uma escola organizada e de ensino sistematizado, visando a aquisição de conhecimentos de forma crítica e relacionada ao contexto da realidade dos educandos. Ao analisarmos os Parâmetros Curriculares Nacionais formulados para todos os níveis de ensino, percebemos a forte influência desta tendência na elaboração desses documentos, pois, ao analisá-los, observamos que a base curricular foi organizada com a preocupação de desenvolver os conteúdos articulando o saber formal com a vida social e cotidiana dos alunos.

A seguir, buscando conferir a preposição acima, discutimos brevemente os PCN’s formulados para o “ensino básico”, abrangendo os PCN’s do ensino Fundamental e Médio e também o Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil (RCNEI), a fim de explicitar como a educação é entendida e recomendada pelo órgãos oficiais do governo. Dedicamos atenção especial para a abordagem de

temas ligados à saúde propostos pelos documentos, e que oficialmente devem orientar as práticas educacionais das escolas brasileiras.

Sabido que o trabalho de campo foi realizado em uma escola-creche, portanto de Educação Infantil, surge o questionamento em relação a atenção deste estudo também aos PCN's do ensino Fundamental. A opção em abordar ambos os documentos se justifica por:

- a) Por ocasião da pesquisa de campo, a unidade indicada segundo os critérios metodológicos estabelecidos foi uma escola de Educação Infantil. Cientes das grandes diferenças de práticas educacionais entre a Educação Infantil e o ensino Fundamental, concluímos, obviamente, que o estudo deveria contemplar o Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil (RCNEI). No entanto,
- b) No projeto precursor do presente estudo, os PCN's do ensino Fundamental e Médio foram os principais inspiradores, pois, a partir de sua análise, evidenciou-se a preocupação formal em trabalhar temas da saúde na escola de forma transdisciplinar, através da criação do tema transversal "Saúde". Assim, optamos em abordar, além do PCNEI, os PCN's do ensino Fundamental.

Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental

Para desenvolvimento deste tópico utilizamos como base dois documentos do Ministério da Educação e Cultura (MEC): uma introdução aos PCN's (BRASIL, V.1, 1997), e a apresentação dos temas transversais propostos pelos Parâmetros (BRASIL, V.8, 1998). Assim, buscamos, mediante a análise dos textos oficiais, apresentar os objetivos e as propostas pedagógicas sugeridas pelo MEC para o Ensino Fundamental.

Segundo o documento introdutório, a criação dos parâmetros respondeu ao cumprimento da CF de 1988, que estabeleceu como prioridade a elaboração de planos curriculares que orientassem a rede de ensino nacional, visando a melhoria da qualidade de educação nas escolas brasileiras. Além disto, a LDB de 1996, ao

salientar a responsabilidade do poder público com a educação em geral, e em especial com o “ensino básico”, ressaltou a necessidade de formulação de diretrizes que orientassem a construção de currículos de ensino baseados em uma pedagogia crítica, transformadora e democrática (BRASIL, V.1, 1997).

Assim, a criação dos parâmetros buscou seguir uma construção coletiva. A versão preliminar do projeto foi feita a partir da reunião de várias propostas curriculares de Estados e Municípios, sendo apresentada para discussão em âmbito nacional em 1996. Assim, professores, diretores, intelectuais e governantes de diversas localidades puderam participar, enviando pareceres, e discutindo-os em encontros regionais. Este processo resultou na reelaboração do documento com a inclusão das críticas e sugestões apresentadas (BRASIL, V.1, 1997).

Além disto, houve também uma preocupação com a autonomia e particularidades das diferentes regiões brasileiras. Assim, o documento ressalta que a base curricular não é definitiva e imutável, salientando que a idéia é que os PCN’s, como documentos norteadores e definidores de diretrizes, sirvam de base e não de cartilha, ou seja, cada escola deve construir seu próprio projeto pedagógico, respeitando suas particularidades.

Segundo os documentos do MEC, o processo educativo em uma sociedade democrática deve acontecer de forma a estimular a participação social na construção de um projeto social coletivo e justo. Assim, a educação é o meio pelo qual as crianças podem tomar consciência do exercício da cidadania e de sua importância para a transformação social. Para isto, o Ministério reconhece a necessidade de investir em qualidade de ensino e em uma prática educativa que respeite as diferenças sociais, econômicas e culturais de cada comunidade.

Esta educação só será alcançada se a escola proporcionar aos alunos o acesso aos saberes universais adquiridos pela humanidade, de maneira crítica e contextualizada ao mundo contemporâneo, visando formar cidadãos reflexivos, criativos e autônomos que compreendam a realidade em sua complexidade e possam participar ativamente de sua construção e transformação. Esta posição reflete uma grande influência da pedagogia crítica, que discutimos no item anterior, e exemplificado no fragmento que se segue:

O exercício da cidadania exige o acesso de todos à totalidade dos recursos naturais relevantes para a intervenção e a participação responsável na vida social. O domínio da língua falada e escrita, os princípios da reflexão matemática, as coordenadas espaciais e temporais que organizam a percepção do mundo, os princípios da explicação científica, as condições de fruição da arte e das mensagens estéticas, domínios de saber tradicionalmente presentes nas diferentes concepções do papel da educação do mundo democrático, até outras tantas exigências que se impõe no mundo contemporâneo (BRASIL, V.1, 1997, p.33).

Assim, os PCN's salientam a importância de a escola difundir os conhecimentos disciplinares tradicionais de forma interdisciplinar. Além disto, as "outras tantas exigências" citadas no final do texto referem-se a uma gama de valores que, podem não estar evidentes, mas permeiam todos os campos do conhecimento, pois constituem valores que interferem cotidianamente nas relações sociais, econômicas e culturais de uma sociedade. Deste modo, para o desenvolvimento de uma educação voltada para a cidadania, torna-se urgente a discussão a respeito da dignidade humana, da ética, da solidariedade, do combate a discriminação, do valor da preservação ambiental, da importância dos hábitos saudáveis para a saúde individual e coletiva e etc.(BRASIL, v.1,1997).

Partindo disto, os Parâmetros recomendam a adoção de temas transversais, que devem ser contextualizados, sempre que possível, nos espaços destinados às disciplinas convencionais. São eles: Ética, Saúde, Meio Ambiente, Orientação Sexual, Pluralidade Cultural, e Trabalho e Consumo.

BUSQUETS (2000) salienta que os temas buscam tocar em questões chaves que têm íntima relação com o exercício da cidadania, pela conquista da dignidade humana e qualidade de vida. São questões que permeiam todo o universo de conhecimentos e que, desta forma, devem perpassar todas as áreas .

Para este estudo, nos detivemos ao tema Saúde, não perdendo de vista sua inter-relação com os demais, pois é impossível trabalhar com saúde e cidadania sem mencionar sexualidade e meio ambiente, por exemplo.

O documento que apresenta os temas transversais (BRASIL, V.8, 1998) tem concordância com a concepção de saúde da OMS, a mesma que já definimos anteriormente e que norteia também as políticas públicas de saúde no Brasil. Desta forma, ao analisar a proposta curricular do Ministério da Educação, confirmamos que

educação é peça chave para a promoção da saúde, através do exercício da cidadania e estímulo da autonomia.

No mesmo documento:

Naturalmente, a educação para a saúde não cumpre o papel de substituir as mudanças estruturais da sociedade, necessárias para a garantia da qualidade de vida e saúde, mas pode contribuir decisivamente para sua efetivação (...) Apesar de que educar para a saúde seja responsabilidade de muitas outras instâncias, em especial dos próprios serviços de saúde, a escola ainda é a instituição que, privilegiadamente, pode se transformar num espaço genuíno de promoção da saúde (BRASIL, 1998, v. 1, p. 259).

A partir desta citação, identificamos que a proposta do Ministério considera a escola como um espaço de promoção da saúde, e um lugar onde os serviços de saúde também deveriam atuar. Além disto, o documento de introdução aos PCN's destaca como um de seus princípios "apontar a necessidade de unir esforços entre as diferentes instâncias governamentais e da sociedade, para apoiar a escola na complexa tarefa educativa." Disto concluímos que, segundo o projeto curricular pretendido pelos PCN's, trabalhos intersetoriais de Educação e Saúde são pertinentes e necessários para a construção coletiva de uma escola cidadã, que vise a formação de cidadãos críticos, autônomos, conscientes da importância de ambientes e hábitos saudáveis para a promoção da saúde individual e coletiva.

Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil

O documento que orienta a formação curricular de creches e pré-escolas também foi apresentado pela Secretaria de Ensino Fundamental, em consonância aos princípios e objetivos dos PCN's. Assim, ao analisar o RCNEI, percebe-se a intenção de garantir, já nos primeiros anos de vida, o despertar da criança para a cidadania, através do conhecimento do próprio corpo, do meio em que vivem e do convívio cotidiano com outras crianças e adultos. É o que podemos conferir no fragmento:

Considerando a fase transitória pela qual passam creches e pré-escolas na busca por uma ação integrada que incorpore às atividades educativas os cuidados essenciais das crianças e suas brincadeiras, o **Referencial** pretende apontar metas de qualidade que contribuam para que as crianças tenham um desenvolvimento integral de suas identidades, capazes de

crianças crescerem como cidadãos cujos direitos à infância são reconhecidos (BRASIL, vol. 2, 1998, p.07).

Para as crianças de zero a seis anos, o currículo sugerido apresenta dois eixos centrais: “Formação pessoal e social” e “Conhecimento do Mundo”.

O primeiro eixo busca trabalhar a idéia de construção de identidade e autonomia das crianças, enquanto o segundo aborda questões intimamente ligadas a sua realidade cotidiana (Movimento, Música, Artes Visuais, Linguagem Oral e Escrita, Natureza e Sociedade e Matemática).

As propostas de desenvolvimento destes dois eixos buscou superar, por um lado, a tradição assistencialista das creches, e, por outro, a escolarização precoce de pré-escolares. Desta forma, não há a disposição de disciplinas ou temas transversais, como acontece no nível fundamental.

Em relação ao enfoque dado à saúde, questões a ela relacionadas são muito valorizadas e pretendidas no Referencial, embora não componham um tema específico no conjunto de saberes desenvolvidos em “Conhecimento do Mundo”.

Em uma breve análise dos conteúdos e didáticas referenciadas, é nítida a preocupação constante com a saúde, principalmente, a saúde corporal. A importância da higiene, da alimentação, do conhecimento do corpo, da segurança física, do respeito aos colegas, entre muitos outros, reforça um cuidado com a formação pessoal e social para aquisição de hábitos e comportamentos saudáveis. Assim, entre principais objetivos definidos, espera-se que as crianças sejam capazes de:

Na faixa etária de zero a três anos: “interessar-se progressivamente pelo cuidado com o próprio corpo, executando ações simples relacionadas a saúde e higiene”

Na faixa etária de quatro a seis anos: “adotar hábitos de autocuidado, valorizando as atitudes relacionadas com a higiene, alimentação, conforto, segurança, proteção do corpo e cuidados com a aparência.” (BRASIL, vol. 2, 1998).

Esta posição da Educação Infantil sem dúvida é importantíssima para a promoção da saúde já na primeira infância, pois estimula a autonomia e a

consciência corporal, aguçando a capacidade das crianças perceberem e agirem sobre riscos e necessidades pessoais de saúde.

No entanto, a dimensão social da saúde é pouco abordada, talvez pela imaturidade das crianças desta faixa etária.

Buscando resposta para esta inquietação, partimos para a análise do eixo “Conhecimento do Mundo”, acreditando que a dimensão social da saúde fosse explorada no tópico de Natureza e Sociedade. Entretanto, este campo se limita ao conhecimento de animais, elementos naturais e fenômenos ambientais. Uma proposta mais complexa é apontada para crianças de quatro a seis anos, para que sejam capazes de:

- interessar-se e demonstrar curiosidade pelo mundo social e natural, formulando perguntas, imaginando soluções para compreendê-lo, manifestando opiniões próprias sobre os acontecimentos, buscando informações e confrontando idéias;
- estabelecer algumas relações entre o modo de vida característico de seu grupo social e de outros grupos;
- estabelecer algumas relações entre o meio ambiente e as formas de vida que ali se estabelecem, valorizando sua importância para a preservação das espécies e para a qualidade da vida humana. (BRASIL, V.1, 1998).

Assim, é possível observar uma tímida menção da correlação entre aspectos sociais e ambientais com promoção de saúde, na medida que o conhecimento do mundo natural e as relações sociais que nele se estabelecem são fundamentais para a qualidade de vida.

No entanto, o documento carece de incentivo à discussão de promoção de saúde neste contexto. Questões importantes de saúde coletiva, tais como lixo, esgoto, água, poluição etc, não são destacados. Em uma primeira análise, parece-nos que o Referencial enfatiza a saúde individual das crianças, mas carece de uma abordagem mais direcionada às questões de saúde coletiva.

Além disto, o documento não menciona o estabelecimento de parcerias com outros setores, em especial com os serviços de saúde. Estes são citados escassamente quando há orientação de que os estudantes conheçam a existência das instituições sociais que fazem parte de seu cotidiano. Esta carência causa estranhamento, pois sabemos que em escolas que atendem crianças desta idade, o

contato com UBS é constante e inevitável. Ao que parece, as relações entre os dois serviços não são vistas como momentos de potencial educativo.

Assim, após uma breve análise do RCNEI, identificamos ênfase na promoção da saúde individual dos alunos, através da aquisição de hábitos saudáveis e estímulo a autonomia do cuidado ao corpo. Embora ocorra uma preocupação com a apreensão do mundo natural e social, bem como suas implicações para a vida em sociedade, não se percebe a correlação destas questões com a qualidade de vida e promoção da saúde coletiva, neste sentido, a intersectorialidade sequer é mencionada.

PARTE II – O DISCURSO DOS SUJEITOS

Nesta parte apresentamos o trabalho de campo da pesquisa e a discussão sobre os depoimentos dos sujeitos envolvidos nas ações intersetoriais entre a Escola e a UBS. A princípio descrevemos todo o percurso feito para coleta do material empírico, fornecendo os detalhes técnicos e operacionais, para em seguida apresentarmos a análise dos discursos, realizada mediante divisão dos temas emergentes em categorias.

II.A) O TRABALHO DE CAMPO: CONSIDERAÇÕES GERAIS

Antes da entrada no campo de trabalho, obtivemos o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde e encaminhamos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, do qual obtivemos parecer favorável.

O passo seguinte consistiu na definição dos campos. A proposta era realizarmos a pesquisa com profissionais de uma UBS e uma Escola da cidade de Campinas que realizassem juntos atividades educativas de saúde. Para escolha da UBS, adotamos, inicialmente, os seguintes critérios:

➤ *Desenvolvimento de atividades educativas em parceria com Escola*

Este foi um quesito fundamental e inquestionável, pois caso contrário não poderíamos analisar trabalhos de educação e saúde desenvolvidos por estas duas instituições de forma conjunta.

➤ *Programa Paidéia em desenvolvimento*

Esta premissa foi estabelecida, com base na fundamentação teórica já apresentada, na qual se destaca que o programa Paidéia de Saúde da Família possui como uma de suas estratégias para promoção da saúde as ações intersetoriais.

➤ *Vínculo com a Universidade (UNICAMP)*

Este critério foi apresentado pela consideração de que o meio acadêmico representa o principal fomentador das mudanças de paradigma científico de uma sociedade, que inspiram as políticas e leis de um povo. Assim, entendemos que as Unidades que mantenham vínculo com a Universidade, provavelmente apresentem um potencial maior para transformar a organização do serviço, em consonância às novas proposições políticas e paradigmáticas.

A partir deste último critério, elegemos como possíveis campos para o desenvolvimento da pesquisa dois Distritos Sanitários: Leste e Norte. Isto porque, estes (entre os cinco distritos de Campinas) possuem Centros de Saúde que são campos de estágio para alunos da UNICAMP. Em seguida, entramos em contato com os coordenadores dos respectivos distritos e solicitamos indicações de Centros de Saúde que melhor se adequassem aos critérios estabelecidos. As indicações foram:

Distrito Norte	Distrito leste
CS Santa Bárbara	CS Conceição
CS São Marcos	CS Sousas
CS Santa Mônica	CS Costa e Silva
	CS 31 de Março

Cada coordenador dos Distritos destacados indicou um CS, baseados no conhecimento que tinham a respeito dos trabalhos desenvolvidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) com escolas. As duas indicações não são reveladas neste trabalho em respeito ao sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa.

Assim, no momento do Exame de Qualificação, estávamos com duas indicações. Nesta ocasião, recebemos a sugestão de incluir como possibilidade de campo uma terceira Unidade. Como esta UBS também cumpria todos os quesitos definidos para se constituir como campo de pesquisa, incluímos mais esta indicação.

O passo imediato seria escolher uma delas, mediante aplicação de um roteiro de avaliação (Anexo 3), com questões dirigidas ao coordenador da Unidade a

respeito das características do vínculo estabelecido com as escolas da área de abrangência do serviço.

A partir deste momento, atribuiremos, aos serviços e grupos, nomes fictícios, buscando mais uma vez preservar o sigilo das identidades dos sujeitos da pesquisa.

Após aplicarmos o “Roteiro de avaliação da UBS” aos três CS`s, realmente o que apresentou um trabalho de maior amplitude no que se refere a atividades educativas desenvolvidas intersetorialmente com Escolas foi a terceira opção (sugerida durante o exame de qualificação). Isto porque, identificamos, a partir da aplicação do roteiro, que nesta Unidade Bahia uma equipe do Paidéia (equipe Salvador) criou juntamente com diretor e professores da Escola de Educação Infantil Ilhéus um projeto de trabalho de educação em saúde intersetorial, com abordagem de vários temas, de forma contínua e multidisciplinar.

Já com a UBS definida, iniciamos nosso trabalho no CS Bahia a partir da equipe Salvador, a qual desenvolve o projeto acima citado. O passo seguinte foi a escolha da escola. Na verdade, a equipe desenvolve este trabalho somente com a Escola Ilhéus já citada, pois segundo eles, foi a que demonstrou maior demanda e interesse. A escola, que também funciona como creche, é municipal, atendendo crianças de zero a seis anos. Na instituição, as crianças permanecem dois períodos (manhã e tarde), assistindo aulas e recebendo os demais cuidados necessários (alimentação, repouso, recreação).

Definidos os campos, partimos para a realização das entrevistas semi-estruturadas. Inicialmente, entrevistamos duas enfermeiras, uma que já havia trabalhado por dois anos na equipe Salvador, mas que no momento da coleta de dados compunha outra equipe, e outra, recém admitida, atuante na equipe Salvador há apenas um mês no momento da entrevista.

As enfermeiras indicaram os membros da equipe mais ativos no projeto com a Escola, um dentista, duas agentes comunitárias de saúde (ACDs) e uma auxiliar de enfermagem.

Destes, entrevistamos o dentista e uma agente comunitária. Não foi possível entrevistar a outra ACD e a auxiliar de enfermagem, pois, a primeira se recusou justificando poder contribuir pouco já que ainda estava em período de experiência, e

a segunda encontrava-se em licença médica no período destinado à pesquisa de campo.

Na escola, entrevistamos o diretor, a vice-diretora e duas professoras indicadas pelo diretor.

No momento da entrevista, cada entrevistado assinou duas vias do “Termo de consentimento livre e esclarecido” (Anexo 4), das quais uma ficava consigo e a outra era recolhida pelo (a) entrevistador(a). Foram aplicados dois tipos específicos de entrevistas semi-estruturadas: uma para os profissionais de saúde (Anexo 2) e outra para professores da Escola (Anexo 3). Como já mencionado, o entrevistador não se limitou às questões pré-formuladas, outras foram feitas, conforme o encaminhar da conversa. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

A pesquisadora entrevistou todos os profissionais do CS Bahia e o diretor da Escola Ilhéus. Para entrevista das professoras, contamos com a colaboração de um auxiliar de pesquisa, devido à indisponibilidade da pesquisadora por motivos profissionais. O entrevistador colaborador foi devidamente orientado pela pesquisadora em relação à técnica de entrevista e à utilização do roteiro de entrevista semi-estruturada.

Para melhor compreensão do leitor, constam, no quadro a seguir, as nomenclaturas de identificação de cada sujeito entrevistado, seguidas de algumas características pessoais e profissionais:

QUADRO 1: IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Identificação	Idade	Formação profissional	Tempo de atuação no serviço
Enfermeira A	49 anos	Enfermeira, especialista em Enfermagem hospitalar e Enfermagem do Trabalho.	Trabalha no CS Bahia há quatro anos e seis meses
Enfermeira B	26 anos	Enfermeira, cursando especialização em Saúde Pública	Trabalha no CS Bahia há seis meses
Dentista		Cirurgião dentista, especialista em Odontopediatria	Trabalha no CS Bahia há dois anos
ACS	30 anos	Agente Comunitária de Saúde; segundo grau completo	Trabalha no CS Bahia há três anos
Diretor	42 anos	Pedagogo, formado também em Educação Física e Direito.	Trabalha como diretor da Escola Ilhéus há dois anos.
Professora A	58 anos	Magistério	Há dois anos leciona na Escola Ilhéus
Professora B	34 anos	Magistério	Há um ano leciona na Escola Ilhéus

Estando a pesquisa de campo concluída, partimos, então, para a análise das entrevistas. Após cuidadosa leitura dos discursos transcritos, elaboramos a análise mediante o elenco de grandes temas relevantes, organizados em categorias.

II.B) ANÁLISE DOS DISCURSOS

Antes de iniciarmos a apresentação e discussão dos discursos por categorias, consideramos importante descrever a criação e prosseguimento deste projeto intersetorial, já citado, desenvolvido pela UBS e pela escola escolhida. Para esta descrição, utilizamos os depoimentos dos sujeitos e cópia das Atas das reuniões que documentam a proposição do projeto, gentilmente concedidas pela enfermeira da equipe Salvador.

Um projeto intersetorial coletivamente construído

Segundo as falas dos sujeitos e os registros de Ata, o contato entre a escola-creche Ilhéus e o centro de saúde Bahia acontecia há tempos, desde antes do Paidéia. No entanto, é unânime a opinião de que após a implantação do programa e criação da equipe de saúde da família, os laços entre os serviços se estreitaram. Apesar dos entrevistados relatarem o início do trabalho intersetorial a partir do *final*² de 2003, pela Ata, há registro de aproximação mais sistemática entre as duas unidades pelo menos desde maio do referido ano. A diferença é que antes da criação do projeto de *Educação e Saúde*, o contato era mais pontual, geralmente referente a casos individuais de problemas de alunos (estrabismo, HIV, desnutrição, etc).

O início de um trabalho de finalidade *preventiva* e não só curativa se deu pela iniciativa de uma pedagoga da escola. A partir desta solicitação, a equipe de saúde, responsável pela área de abrangência onde se inclui esta escola, iniciou um trabalho *intersetorial*, marcando reuniões com os funcionários para definição de prioridades.

É marcante a preocupação que os trabalhadores de saúde manifestaram em saírem do CS, para conhecerem a realidade da escola e entenderem os problemas dos professores, alunos, pais e funcionários. Com esta postura, demonstraram estar

² As palavras que neste texto aparecem em itálico foram retiradas dos registros de Ata das reuniões da equipe do CS Bahia.

agindo segundo a lógica do programa Paidéia, incorporando inclusive o discurso formal, como percebemos nesta fala:

Eu acho que melhorou muito (com o Paidéia), porque antigamente as pessoas só procuravam a gente aqui na Unidade, hoje não, ainda existe a procura na Unidade, mas o profissional, o dentista, o médico, o enfermeiro acabam indo ao local e acabam vivenciando melhor o problema. **(Enfermeira A)**

A enfermeira salienta que o fato de a equipe de saúde sair de seu ambiente institucional de trabalho, a UBS, e se deslocar até o local em que a comunidade vive cotidianamente (escola, por exemplo), permite que o profissional vivencie melhor o problema e, conseqüentemente, entenda-o melhor, podendo agir com maior precisão e sucesso. Esta visão também é compartilhada pelos professores e diretor da escola, que também perceberam melhora do trabalho de saúde após a criação do Paidéia, embora tenham uma percepção diferenciada do programa.

Os profissionais da escola também consideram de grande importância o trabalho educativo de educação e saúde, mas pouco conhecimento demonstraram a respeito dos objetivos e estratégias do Paidéia, manifestando uma preocupação mais curativa e imediata, como podemos observar:

... foi explicado como funciona o Paidéia, a gente sabe os dias que os médicos estão, sabe quem atende o quê, isso facilitou até para a gente dar os encaminhamentos para as mães, e aí ficou uma relação mais tranqüila, e também deixou de ter aquele conflito, porque aquele negócio, porque eu mando para lá e o cara manda de volta. **(Diretor)**

Nesta fala do diretor, que foi o que mais participou da criação do projeto e mais contato tem com a UBS, é nítida a satisfação com o Paidéia, mas no sentido de ter facilitado as questões práticas de articulação com o CS, principalmente no encaminhamento de crianças com problemas e diálogo com as mães.

Na Ata de reunião da equipe do dia 20/10/2003, que contou também com a participação do diretor da escola e da pedagoga, consta que, após reunião com professores e funcionários da escola foram levantados alguns temas, configurando um quadro nomeado de *“Levantamento de necessidades pelos funcionários”*.

Estabeleceram uma ordem de prioridade para abordagem dos temas e, finalmente, o grupo definiu um quadro dos profissionais responsáveis por cada tema e seus respectivos públicos alvo, chamado “*Trabalho da Equipe multidisciplinar do CS*”. A seguir, transcrevemos o conteúdo da programação conjunta nos quadros 2 e 3

Quadro 2: Levantamento de necessidades pelos funcionários da Escola Ilhéus

NECESSIDADE (ORDEM PRIORIDADE)	TIPO DE ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	ÁREAS AFINS
1) Higiene bucal	Atividades preventivas e curativas	Dentista e agentes comunitários de saúde.
2) Higiene geral	Atividades informativas referentes a vírus e bactérias	Pediatria, enfermagem e odontologia
3) Carrapatos	Atividades educativas	Pediatria e Enfermagem
4) Doenças de pele	Atividades preventivas de informação quanto formas de transmissão	Pediatria e Enfermagem
5) Verminoses	Atividades curativas e preventivas	Pediatria e Agentes Comunitários
6) Avaliação psicológica	Atividades com crianças e familiares, referentes a problemas como alcoolismo e tabagismo (dos pais)	Psicóloga
7) Comunicação CS - Escola	Troca de informações a respeito: funcionamento do serviço, forma de lidar com doenças, inalação/medicação, etc.	Toda a equipe
8) Estrabismo	Encaminhamento	_____
9) Planejamento familiar	Discussão a respeito da laqueadura (direito?)	Ginecologia
10) Anemia	Sulfato Ferroso	Pediatria, ACS
11) Primeiros Socorros	Palestras aos funcionários da Escola	Pediatria e enfermagem

**Quadro 3: Trabalho da Equipe multidisciplinar do CS Bahia
(Este quadro apresenta a definição dos públicos-alvo das ações)**

Funcionários	Pais	Crianças
1, 3 e 4 ³	1, 3 e 4	1
2, 5, 10		2, 5, 10
6, 7	7	
9	9	
11		

A partir destes quadros é possível traçar algumas considerações críticas e gerais sobre o projeto.

- No **quadro 2** percebe-se que os problemas de saúde resumem-se a incidência de doenças (anemia, estrabismo, verminoses) e práticas de higiene. Isto remete a uma percepção de educação em saúde limitada ao cuidado curativo e preventivo de corpos individuais.
- Mesmo os temas que poderiam sugerir uma preocupação de vigilância em saúde coletiva, como “psicologia” e “comunicação com UBS”, ao analisarmos as atividades propostas na segunda coluna, fica evidente o enfoque curativo e médico centrado também nestas questões. Assim, ao tema “psicologia” as atividades propostas têm relação com doenças e agravos a saúde mental dos pais das crianças (tabagismo e alcoolismo), enquanto que para o tema “comunicação com UBS”, as propostas são de facilitar os contatos administrativos entre as duas unidades (informando horários de funcionamento e organização do serviço);
- Identificamos que no projeto houve a carência em eleger problemas de saúde de causas diretamente sociais, como lixo, meio-ambiente, hábitos

³ Estes números representam as necessidades estabelecidas pelo grupo, expostas no quadro anterior.

alimentares. Acreditamos que a comunidade ainda tenha dificuldade em enxergar estes problemas como problemas de saúde, principalmente se levarmos em consideração que o público da escola são crianças de zero a seis anos, o que torna a visualização e abordagem destes temas relacionados à promoção da saúde ainda mais complexa.

- Ao analisar as propostas de atividade contidas na segunda coluna, percebe-se que a principal estratégia pedagógica é a de transmitir informação, através de palestras e orientações. Sobre a higiene, por exemplo, a conduta foi de informar a respeito de vírus e bactérias, sendo que não há menção de estratégias educativas visando mudanças e aquisições de hábitos saudáveis.
- Um ponto positivo do projeto foi a tentativa de realizar o trabalho educativo de forma multidisciplinar. Assim, na terceira coluna, foram apontados os profissionais envolvidos com o desenvolvimento de cada tema, buscando potencializar e qualificar as ações. No entanto, as “Áreas afins” (Quadro 2, 3ª coluna) ocuparam funções definidas, não havendo uma proposta clara de articulação entre elas. Por exemplo: para a abordagem da necessidade “higiene bucal”, dentista e ACSs são responsáveis, não havendo, portanto, a participação de outros profissionais, como a enfermeira. Neste sentido, o projeto se moldou mais pela soma das ações de diferentes profissionais, com incipiente iniciativa de interdisciplinaridade.
- Observa-se que houve uma sistematização do trabalho. O elenco dos problemas que afligiam os trabalhadores da escola, pontuais ou não, refletiram as necessidades cotidianas da comunidade. Assim, o cuidado em buscar definir problemas e prioridades com os funcionários da escola demonstrou o comprometimento da equipe de saúde com a participação da comunidade, significando um grande avanço da equipe em trabalhar segundo as recomendações de intersetorialidade do SUS.

O desenvolvimento do projeto

O grupo de profissionais de saúde e de educação definiram dois dias da semana para realização das atividades de educação e saúde, começando pela ordem de prioridade. Assim, o dentista e as agentes iniciaram o trabalho.

No momento da entrevista (maio/2004) as atividades ainda estavam sendo desenvolvidas sob a responsabilidade do dentista. Há relato de que a pediatra e a enfermeira tenham feito palestras de orientação referentes aos itens dois e três com os funcionários da escola, no início do ano de 2004. No entanto, foram ações pontuais e sem continuidade. O trabalho de higiene bucal teve prosseguimento. Segundo depoimento do dentista, inicialmente os professores e funcionários da escola foram orientados, em seguida, os ACS's fizeram atividades educativas com as crianças. No momento da entrevista, a pesquisadora pôde observar o dentista desenvolvendo palestras com os pais das crianças em uma sala de reuniões da UBS.

Os depoimentos retratam que o projeto está andando, mas a passos lentos e sem a participação de todos os atores. Foi possível identificar que mesmo para os sujeitos mais envolvidos, que foram o dentista no CS e o diretor na Escola, o trabalho é difícil e muitas vezes impraticável, principalmente pela própria lógica dos sistemas de educação e saúde em que se inserem os serviços. Segundo eles, as respectivas instituições que representam ainda desenvolvem um aprender mecânico e uma atenção à saúde individual e médico-centrada. Na fala que se segue, o dentista deixa claro que o que se espera do dentista é que esteja no consultório atendendo as pessoas, revolvendo problemas dentários curativos.

Eu acredito que o caminho para a saúde é a educação em saúde, que ainda é pouco valorizada, pois quando eu tenho que sair da cadeira para fazer um trabalho desses, eu estou deixando de atender, então as pessoas⁴ não enxergam isso como uma coisa legal. **(Dentista)**

⁴ O profissional se refere aos usuários.

Assim, apesar do SUS se pautar por uma visão integral do indivíduo, priorizando ações de proteção e promoção da saúde, na prática este paradigma ainda não foi incorporado totalmente pelas pessoas, em especial pela comunidade.

No entanto, apesar dos descompassos e da lentidão, o projeto foi iniciado e, mais importante, foi construído com a participação dos dois setores: saúde e educação.

CATEGORIA A: DOS CONCEITOS DE SAÚDE E PROMOÇÃO

Assim como já foi relatado na parte de discussão teórica, o conceito de promoção da saúde está vinculado à qualidade de vida, equidade, participação, democracia e cidadania (BUSS, 2000). Conseqüentemente, vimos que a educação é a estratégia de maior potencial para promover saúde. Isto porquê, ao estimular uma visão crítica do mundo, o processo educativo exercita no indivíduo a percepção de que é possível transformar a própria realidade, a partir, inicialmente, do conhecimento desta realidade, e, posteriormente, das ferramentas necessárias para mudança que poderá propiciar o desenvolvimento das condições de vida necessárias para alcançar saúde integral.

Entre os entrevistados, esta visão de educação transformadora é pouco presente. Prevalece uma percepção da educação em saúde como conjunto de informações da área que devem ser passadas como forma de evitar doenças. Neste sentido, promoção, como conseqüência de educação em saúde, é confundida com prevenção e controle de doenças apenas.

Para os profissionais de saúde, a promoção é feita a partir de palestras de caráter preventivo, desenvolvidas com a comunidade e a partir da “fiscalização” dos agentes sobre as condições de risco da população. É o que podemos perceber na fala das enfermeiras quando questionadas a respeito das práticas educativas para promoção da saúde:

Normalmente a gente desenvolve palestras para promoção da saúde; os agentes de saúde fazem visitas para fiscalização no aspecto de vigilância epidemiológica; agente faz a saúde bucal com os dentistas da nossa Unidade. **(Enfermeira A)**

Acho que através das palestras vai ter uma redução dos acidentes domésticos, por exemplo, e também em relação a vacinas a gente fica em cima da escola, então dessa forma melhora a saúde. A própria vigilância epidemiológica fica em cima, sempre olhando o risco de dengue, leptospirose, e assim contribui para uma melhor saúde. **(Enfermeira B)**

E também na fala da ACS:

Eu acho que tudo que você leva de orientação, nesse caso de saúde, eles vão assimilar porque você está dando uma informação. E acho que tem que fazer projetos nesse sentido para melhorar a saúde. **(ACS)**

Podemos observar que a promoção da saúde, segundo as entrevistadas está vinculada à prevenção de doenças e agravos à saúde (como os acidentes domésticos). Em nenhum momento há a menção da importância das atividades educativas em saúde para exercício da autonomia e conhecimento a respeito do papel decisivo que o cidadão deve ter nas decisões políticas de uma região que reflitam na melhoria da qualidade de vida e saúde.

Para as professoras entrevistadas, promoção da saúde é garantida com prevenção de doenças e também com atendimento médico. Isto reflete a profundidade com que a visão unicausal de saúde, centrada na manifestação da doença, está presente:

Promoção da saúde?...(auto questionamento). Promover saúde é procurar dar uma assistência adequada, né? Gratuita, que a população tenha acesso a uma boa...um bom atendimento. Se o atendimento é bom, a saúde é promovida através disso. Eu penso assim.

(Professora A)

Desta forma, para esta professora, a saúde pode ser medida a partir da qualidade e da universalização da assistência. Isto remete a uma visão médico-centrada e medicalizada da saúde. Para esta professora, saúde não é uma questão biopsicossocial, mas somente biológica e, portanto, só pode ser solucionada no consultório médico.

No entanto, está clara a noção de saúde como direito, pois em sua fala, a professora demonstra estar ciente a respeito da universalização e gratuidade da saúde, princípios fundamentais do SUS. O que parece desconhecer é a amplitude das ações de saúde que o sistema preconiza, que vai além do combate individual da doença, mas que focaliza especialmente a melhoria da qualidade de vida através de maior participação popular e controle social.

A outra professora entrevistada, vinte anos mais jovem, também manifesta uma visão biologista da saúde, no entanto, ultrapassa a noção de que problemas de saúde só podem ser solucionados em serviços de saúde. Ela reconhece a escola como instituição importante para promoção da saúde, na medida que a educação facilita a prevenção.

Eu acho que promover seria prevenir as doenças que possam ocorrer. Isso eu acho que seria promover a saúde. Você previne para que o posto não encha e para que as escolas entrem evitando que estes problemas aconteçam. **(Professora B)**

Nesta fala, a professora deixa claro que é preciso diminuir a demanda do serviço de saúde local, solucionando problemas antes que haja a necessidade de atenção especializada. Esta idéia é relevante, pois sinaliza uma tímida, porém importante, mudança de interpretação: que problema de saúde só pode ser resolvido em postos ou hospitais a partir de atendimento médico. Ao incluir a escola como espaço importante para a promoção da saúde no sentido de “esvaziar” os serviços, a professora considerou a educação como grande aliada na prevenção de doenças. Ela reforça esta idéia quando diz:

Eu acho que educação e saúde caminham juntas, não é verdade? Na medida que a gente tem uma boa orientação nesta questão da saúde a gente pode estar ajudando as famílias, a comunidade. Então, eu acho que é importante que aconteçam estes momentos de troca entre a saúde e a educação. Isso deve ser sempre levado como uma prioridade dentro da educação. A saúde deve estar na educação **(Professora A)**

Assim, percebemos, que diferentemente da sua colega de trabalho, esta professora, não transfere todo o problema da saúde para o setor saúde, reconhecendo que cabe também à Educação compartilhar problemas e soluções, estabelecendo parcerias e momentos de troca. Isto remete à intersectorialidade, tão discutida anteriormente. Esta postura difere do que observamos no Referencial curricular Nacional de Educação Infantil. Assim, provavelmente a experiência desta professora com o projeto intersectorial desenvolvido pode ter influenciado sua percepção sobre a promoção da saúde na escola.

Entretanto, analisando as entrevistas, observamos que esta parceria entre escola e UBS se caracteriza por somar funções e não em articulá-las. Percebe-se uma postura polarizada entre educação e saúde, cada grupo cuidando do seu espaço. Assim, em nenhum momento houve referência de professor desenvolvendo atividades educativas em saúde com os alunos em sala, este trabalho fica todo a cargo das enfermeiras, agentes comunitários e dentista. Importante salientar que entre os profissionais de saúde, os trabalhos educativos realizados na escola consistem em palestras e informações pontuais, realizadas principalmente pelas enfermeiras e pelo dentista. Este último relata a dificuldade em desenvolver estes trabalhos:

Eu acredito que o caminho para a saúde é a educação em saúde, que ainda é pouco valorizada, pois quando eu tenho que sair da cadeira para fazer um trabalho desses, eu estou deixando de atender, então as pessoas não enxergam isso como uma coisa legal (...)

Então, a gente precisa trabalhar sempre na ótica de enxergar que a educação em saúde é a saída para isso (promoção da saúde), independente se trabalhar com escolas, outras instituições... **(Dentista)**

Aqui, é possível perceber que o dentista valoriza ações intersetoriais, elegendo a educação em saúde como principal forma de promover saúde. No entanto, ele aponta uma grande dificuldade: a aceitação das pessoas. Isto é esperado, pois se as professoras, representantes de cidadãos pensantes de uma comunidade, identificaram promoção da saúde com acesso a assistência médica somente, provavelmente este paradigma de saúde ainda seja muito presente. Não apenas entre as pessoas da comunidade, mas entre os próprios profissionais de saúde, como observamos nos depoimentos. As enfermeiras também manifestam uma visão de saúde centrada no combate pontual de doenças, o que remete a uma valorização da assistência médica também entre os integrantes da equipe de saúde.

Em sua fala, o dentista relata ser recriminado quando “sai da cadeira”, ou seja, deixa de fazer atendimentos individuais, para ir até a Escola realizar atividades educativas. Ou seja, “as pessoas” a que se refere não valorizam o trabalho curativo e

individual, não dando grande importância às ações de saúde de caráter educativo e coletivo

Isto significa que, apesar da Reforma Sanitária e criação do SUS pautada no conceito amplo de saúde e na promoção desta como principal estratégia de intervenção, a população continua a pensar saúde e doença conforme o paradigma que norteou o “modelo médico-assistencial”. Assim, embora o discurso institucional tenha superado, no plano teórico, este modelo centrado na cura individual dos corpos, os discursos das pessoas parecem confirmar a continuidade deste modelo na percepção da comunidade e nas práticas dos profissionais.

CATEGORIA B: O PAPEL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Quando colocamos o papel fundamental da educação para promoção da saúde, não queremos de forma alguma limitar o problema da saúde no Brasil como uma questão somente educacional. Se assim o fizéssemos, estaríamos culpando os indivíduos por seus problemas de saúde, transferindo a responsabilidade das políticas sociais com o bem-estar social, para a ignorância do povo em relação às noções de higiene e prevenção de doenças. COLLARES & MOISÉS (1987) advertem que por décadas o sistema educacional brasileiro incorporou a questão da saúde desta forma, “transformando os grandes problemas sociais em questões individuais, culpabilizando as pessoas por suas doenças e isentando de responsabilidades o sistema social”.

Longe de concordarmos com esta visão, entendemos que os graves problemas de saúde do Brasil só serão solucionados, garantindo-se o acesso à vida digna e saudável para todos, se as políticas econômicas e sociais funcionarem de forma a construir um país com melhor qualidade de vida. Assim, a responsabilidade é da eficiência das políticas. No entanto, a formação e funcionamento de políticas públicas saudáveis é de responsabilidade de todos os cidadãos brasileiros.

Desta forma, quando defendemos a educação como principal estratégia de promoção da saúde, não nos referimos a simples transferência de conhecimentos de higiene e prevenção de doenças, pois assim estaremos incentivando medidas pontuais e individuais. Nossa intenção é chamar a atenção para a grande função da educação como formadora de cidadãos conscientes e atuantes que possam interferir na construção destas políticas saudáveis, a partir do momento que entendam o mundo em que vivem, identifiquem os riscos e necessidades humanas para uma vida saudável, e saibam agir de forma a melhorar suas próprias condições de vida.

Caso contrário, estaremos perpetuando uma prática comum em países capitalistas, de impor valores e formas de organização que respondem aos interesses de uma minoria detentora do capital. Como já vimos, o discurso formal de nossas políticas de saúde e educação defendem o exposto no parágrafo anterior: a participação cada vez maior da população na tomada de decisão. No entanto, os

discursos daqueles responsáveis (neste trabalho, os profissionais de saúde e educação) por colocar em prática o que é estabelecido por lei e norma diferem significativamente.

Assim, tomando por base as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelos trabalhadores da Escola e da UBS, percebemos o desenvolvimento de ações pontuais que carecem de continuidade e criticidade. É o que podemos constatar a seguir:

B.1) Dos educadores

Para PAULO FREIRE (2004) o educador progressista é aquele que sabe que o conhecimento que tem é histórico e, portanto, difere conforme a época. Isto significa que o que aprendemos ontem, já não é o mesmo hoje, e o que aprendemos hoje, será diferente amanhã.

Para o pedagogo o educar e o aprender é constante e dinâmico. É a partir deste movimento, que outros saberes são construídos, e isto requer uma relação de troca entre educador e educando. Ou seja, uma relação em que o professor não transfere mecanicamente o conteúdo, mas o compartilha com o aprendiz, contextualizando-o com a realidade que é comum a ambos.

Os PCN's e o RCNEI, defendem esta educação, chamada de "educação cidadã", em que o processo educativo é construído a partir das experiências vividas pelos estudantes, o que facilita o aprendizado. Esta percepção da educação é conveniente ao mundo mutante em que vivemos, em que as transformações econômicas e tecnológicas acontecem de forma muito rápida, o que requer dos estudantes uma visão crítica e criativa da realidade, para que possam ter espaço neste mundo competitivo na vida adulta (BRASIL, v.1,1997).

Neste contexto, a saúde é compreendida como um dos campos do saber que devem ser abordados na escola, de forma interdisciplinar (como tema transversal). Assim, professores de diferentes áreas se responsabilizariam em trabalhar temas ligados à saúde, além dos profissionais do setor específico.

Na realidade pesquisada, professores e diretor de escola não tiveram nenhum tipo de formação na área da saúde quando cursaram pedagogia. As experiências que possuem nestes campos são as vivenciadas cotidianamente e aquelas fornecidas pelos profissionais do “posto”. Isto significa, que toda a responsabilidade pelo desenvolvimento de atividades educativas em saúde (referente ao projeto intersetorial) tanto para alunos, como para professores e pais, fica a cargo dos profissionais de saúde da UBS.

Esta situação representa a lógica da divisão técnica do trabalho, de forma que cada ator social tem sua função específica. PAIM & ALMEIDA (2000) salientam que a transição paradigmática que vivenciamos nas diversas políticas sociais evidencia uma necessidade de trabalho interdisciplinar dos diversos atores sociais. Os autores salientam que para isto, urge a necessidade de transformação da formação acadêmica dos profissionais, voltada para a “interdisciplinaridade, a participação social, a articulação ensino-serviço-comunidade” (PAIM & ALMEIDA, 2000).

A partir dos depoimentos da enfermeira e da ACS, é possível identificar esta divisão técnica do trabalho quando comentam suas participações em trabalhos educativos intersetoriais com a Escola:

A gente faz palestras e orientações conforme as necessidades do público, porque a gente faz orientação para funcionários, professores, pais , e para as crianças. **(Enfermeira A)**

Na semana retrasada, teve uma professora da segunda série que trouxe os alunos e pediu... elaborou umas perguntas para os alunos fazerem para a gente responder em relação a Dengue, então nós respondemos, mostramos a maquete, então essa foi uma demanda da escola, a escola que veio procurar. **(ACS)**

As professoras valorizam muito este tipo de orientação por parte dos profissionais do “posto” ou de algum professor com capacitação específica da área, como podemos identificar nas falas:

Eu tive treinamento de primeiros socorros com o pessoal do posto. Nós temos também uma professora que cuida de educação para alunos especiais e ela sempre passa pra gente

coisas com relação à necessidade das crianças. E hoje, com esta questão da inclusão, você vê crianças diferentes, que têm problemas que a gente nunca tinha contato assim tão próximo **(Professora A)**

Ter sempre profissionais especializados (do posto) para nos informar de uma maneira mais paciente, por que às vezes a gente vai lá e não tem este tipo de informação...é tudo muito muito corrido, tanto pra nós quanto pra eles. Então, vindo aqui eu acho que fica mais tranquilo. Então, este ponto da informação é um dos pontos importantes para a escola. **(Professora B)**

É nítida a carência de informações básicas das professoras em relação a temas de saúde, que certamente dificultam um trabalho educativo em saúde nas salas de aula. Pelo que observamos, estas atividades são desenvolvidas quase somente pelas enfermeiras, dentista e agentes comunitários, de forma pontual e não continuada. É o que podemos observar na fala de uma das professoras:

Esta questão, por exemplo, do piolho, que parece uma coisa sem importância, na verdade traz bastante transtorno para os professores e este trabalho que eles fazem é muito importante. Mas é uma coisa que deve ter sempre continuidade. Não pode ser uma coisa que vem e...vai resolver. Tem que ser contínuo. Todo trabalho tem que ser contínuo, sempre tem que ter um reforço em cima daquilo. É isso aí.... Agora toda contribuição que eles trazem sempre é muito importante, né?! Por que a criança precisa deste atendimento, né? É uma coisa básica na escola este atendimento. Agora, é importante que o pessoal esteja sempre presente. **(Professora A)**

A professora crítica a não continuidade das ações realizadas pelos profissionais de saúde, dando a impressão que a responsabilidade em realizar tais atividades é somente deles. Em nenhum momento, a professora se considera uma educadora na área. O setor saúde deve vir até a escola realizar este trabalho. Para ela, o professor não tem esta função.

Podemos perceber que esta profissional não está atualizada em relação a sua função como educadora segundo as orientações dos PCN's. Além disto, o RCNEI é claro ao salientar a importância da criação de hábitos saudáveis, em especial a higiene, os cuidados com a alimentação etc, em crianças menores. Assim, é

inquietante o fato da professora, responsável pelo cuidado das crianças, não sentir-se também responsável pela educação em saúde. Esta postura indica que os cuidados básicos são feitos de forma mecânica e carente de criticidade, sem um objetivo educativo de aprendizado e estímulo da autonomia.

Se toda a responsabilidade recai sobre os profissionais de saúde, qual é a preparação que possuem para desenvolver tais ações? Como apresentado anteriormente (quadro de identificação dos entrevistados), com exceção do dentista, todos os demais profissionais entrevistados do CS Bahia não relataram nenhuma formação na área de educação em saúde. Este fato evidencia, nos profissionais de saúde, carência de conhecimentos e habilidades a respeito de técnicas didáticas no desenvolvimento das atividades educativas, retratada em seus relatos sobre as práticas, que mostraram-se pontuais, descontextualizadas e fragmentadas.

Agora fica o questionamento, e os professores, pedagogos e diretor? Qual o papel que possuem no desenvolvimento de atividades educativas de saúde? Como já afirmamos, na percepção deles, o professor pouco pode contribuir nesta área. Para um dos profissionais de saúde (o dentista), o pedagogo tem a função de fazer o contato, apontar a demanda, cuidar dos aspectos operacionais:

A pedagoga dá uma retaguarda muito importante, inclusive ela saiu porque foi para outra área e o nosso trabalho ficou meio complicado, porque ela era uma pessoa que puxava tudo isso, marcava reuniões, fazia a ponte entre as escolas (...) **(Dentista)**

Esta divisão de tarefas, dos professores trazerem a demanda e dos profissionais de saúde se responsabilizarem pelas atividades educativas, não está presente somente nas falas dos entrevistados, mas na própria história de formação do “projeto intersetorial” já apresentado anteriormente. É o que discutimos com maior profundidade no próximo tópico.

B.2) Das estratégias

Para o desenvolvimento das atividades educativas em saúde de forma intersetorial, profissionais da equipe da UBS se reuniram com funcionários da Escola, a fim de elegerem os principais problemas de saúde que afligem a comunidade escolar. Foi uma iniciativa que retrata uma postura do “pessoal do posto” condizente com os princípios do PAIDÉIA, que tem como premissa básica o conhecimento da realidade local, a partir do deslocamento dos profissionais de saúde até a comunidade, buscando diálogo com seus representantes, seja no domicílio, escolas ou outras instituições sociais.

No entanto, segundo o programa, o objetivo deste trabalho coletivo e multidisciplinar, é compartilhar problemas e soluções, em que todos se responsabilizam. Ao analisar as falas dos entrevistados, percebe-se uma relação unilateral, em que o “posto” estabelece as estratégias de intervenção e a “escola” fornece a demanda e recebe as ações.

(..) nós fizemos uma reunião para estarmos conversando a respeito (parceria entre escola e UBS) e daí começou toda essa integração. Primeiro, teve a palestra que o pessoal do posto fez com os nossos funcionários, com os professores, com os monitores, funcionários da limpeza. Depois, fez uma segunda reunião onde foram identificados quais seriam os temas que a gente poderia estar abordando, de educação para criança, não só com as crianças, mas também com os familiares...**(Diretor)**

Um trabalho recente que eu fiz foi sobre acidentes domésticos. As professoras estavam sentindo a grande necessidade de orientação para os pais em relação a isto. Então, nós marcamos uma reunião e fizemos palestras com os pais, professores e as crianças, falando dos riscos domésticos, e é por aí, nessa linha. **(Enfermeira A)**

De acordo com as dificuldades que eles encontram na escola, eles procuram a gente, e a partir daí a gente se reúne para tentar montar alguma coisa para solucionar o problema que acontece na escola. **(Enfermeira A)**

Nestes fragmentos, percebemos que é esperado que a UBS tome a frente do trabalho. Isto reflete a idéia de que problema de saúde deve ser solucionado pelo setor saúde. A escola aparece como facilitadora, não como responsável também.

No caso do projeto já citado, o “pessoal do posto” apoderou-se desta função, buscando desenvolver as atividades educativas, segundo estratégias estabelecidas em reuniões que contaram com a participação de professores e funcionários da escola. Assim, após definirem os temas, elencaram as prioridades e escolheram os “públicos alvo”. Este último aspecto merece destaque, pois houve uma preocupação com a resolubilidade do trabalho, pois considerou-se que para alcançar mudança de hábitos, melhor qualidade de vida, participação popular e autonomia, não bastava sensibilizar um grupo apenas. Assim, se, por exemplo, as ações fossem direcionadas somente às crianças, o resultado seria incompleto e provavelmente ineficiente, pois os pais, professores e parentes são fundamentais na transformação da vida de uma criança. A partir do momento que todos os grupos inseridos naquele ambiente (no caso, a escola) estiverem envolvidos, a eficácia do trabalho será maior. Esta argumentação é exemplificada pelo dentista, quando relata:

Eu comecei fazendo uma palestra com os funcionários, explicando todo o sistema de saúde bucal, porque não adianta explicar isto para as mães e para as crianças se eles não tem apropriação de sistemas... Depois fui fazer um levantamento na parte odontológica da condição da criança, para eu trabalhar com os pais e com as crianças, pois eu queria saber como estava a situação dos escolares, não adianta nada programar um trabalho sem conhecer a realidade (**Dentista**).

Além da divisão dos “públicos alvo”, houve também uma divisão de tarefas entre os profissionais de saúde, cabendo a cada qual as áreas com maior domínio, o que remete ao exercício da multidisciplinaridade, tão defendida pelo Paidéia. Como podemos constatar na fala:

Assim, na Equipe Salvador aconteceu assim: houve uma solicitação da escola, que veio para dispor de uma reunião com a Equipe e a gente conjuntamente elaborou um cronograma de palestras com o dentista, com pediatra, com Enfermeiro e com o Generalista (Enfermeira B)

Quanto às estratégias de ensino utilizadas pelos profissionais de saúde, percebemos o predomínio de “palestras” e “orientações”, tanto para professores, pais e alunos. Com as crianças, percebe-se uma preocupação maior em utilizar estratégias mais lúdicas e divertidas, como teatros, por exemplo. Mais uma vez chamamos a atenção para a falta de preparação dos profissionais de saúde em desenvolver atividades educativas. O dentista, único que relatou ter realizado cursos na área da educação, demonstrou uma postura diferenciada em seus trabalhos, como podemos conferir:

Vamos supor, a escovação na escola não era feita, e a partir do momento que nós fomos para dentro da escola e começamos a trabalhar, eles (professores e funcionários) começaram a ver a importância de se fazer e se tornou uma forma lúdica de brincadeira das crianças, essa hora é uma hora legal, hora de escovar os dentes, ou seja eles se envolvem. Mas logicamente não sabemos da realidade pois não ficamos 24h por dia lá. **(Dentista).**

E com as crianças eu faço melhoramento da saúde bucal, eu pretendo fazer trabalho de teatro, fantoches, filminho, slides, mas ainda não é o momento, porque a gente fez um cronograma. **(Dentista).**

Assim, percebe-se uma preocupação do Dentista em ir além das tradicionais palestras, que remete a uma educação mecanicista e pouco efetiva. Este profissional busca desenvolver sempre que possível trabalhos educativos integrados com os “educandos”, de forma que eles participem do aprendizado, tornando-o real em seu cotidiano.

Ao mencionar o trabalho que realiza em um grupo de educação bucal com os pais, o dentista manifesta sua preocupação em compartilhar os conhecimentos e não simplesmente transmiti-los:

Eu, pelo menos, trabalho nesta forma de construir um conhecimento através das próprias pessoas que estão participando. Nas palestras, por exemplo, não faço uma palestra achando que vou falar e eles vão ficar ouvindo, então, eu acho que tem que existir uma troca **(Dentista).**

Embora, pelo menos um profissional da UBS que desenvolve atividades educativas tenha uma percepção mais inclusiva da educação, a importância da educação como formadora de cidadãos conscientes e transformadores do mundo não foi sequer mencionada. Ainda prevalece uma visão de que para a saúde, o único papel da educação é divulgar comportamentos individuais direcionados para prevenção de doenças.

Para o diretor da escola, este processo educativo só terá sentido se houver uma verdadeira mudança de hábito, que não se limita ao comportamento individual das crianças, mas abrange as condições sociais em que suas famílias estão inseridas, como podemos ver:

Então, a gente vai nos barracos e vemos a realidade, os banheiros são abertos ao ar livre e os dejetos já caem direto nos córregos, como nas roças, e os esgotos também. Então, as famílias aqui são muito desestruturadas e é o que acontece na realidade das classes menos favorecidas. Aqui é o Brasil.(...)

É aquela velha história do dominado e do dominador. Então, só que a gente não consegue entender a dificuldade que eles têm para adquirir determinados hábitos que a gente tem, então, os hábitos de higiene, saúde, é uma questão de cultura (**Diretor**).

A seguir, explica as estratégias:

Essas palestras estão programadas, nós vamos trazer (o pessoal do posto) e por outro lado é bom trazer a comunidade para dentro da escola. Então, a gente vai tentando mudar os hábitos das crianças e tentar envolver a família nessa mudança de hábitos. Porque também não adianta, a criança sair daqui todo dia com os dentes escovados, quem sabe até ela adquiere esse hábito, mas chega na casa dela e já não tem o banheiro direito para escovar os dentes, a família não incentivando, fica difícil. Não é só a questão do hábito, é a questão material, pois para persistir nos hábitos, tem que ter uma certa condição (**Diretor**).

Este depoimento foi o único que salientou a necessidade de trazer os pais para dentro da escola, para que conheçam a dinâmica do trabalho escolar e suas dificuldades, e também auxiliem na incorporação de hábitos saudáveis. Outro aspecto fundamental apontado pelo diretor é a magnitude que problemas estruturais possuem para que estes trabalhos educativos realmente funcionem.

Assim, resgatando o conceito de promoção de saúde de Ottawa: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde”, inferimos das palavras do diretor que não bastam mudanças de comportamentos individuais para promover saúde, sendo necessárias transformações econômicas e sociais, através de políticas intersetoriais e da participação popular no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.

Finalizando a discussão destas duas primeiras categorias, apontamos reflexões parciais, para em seguida, sugerir condutas e posturas que poderiam auxiliar os trabalhos intersetoriais entre escolas e UBS's para promoção da saúde.

Reflexões parciais

- Para os sujeitos promoção da saúde é o mesmo que prevenção, controle e cura de doenças. De uma maneira geral, não existe o entendimento de que a promoção da saúde pode ser conquistada através da melhoria da qualidade de vida. A principal forma de garantir saúde para todos é através de assistência médica de qualidade para todos.
- Na maioria das vezes, o setor saúde é visto como totalmente desvinculado do setor da educação. A parceria só acontece, quando a escola traz a demanda e concede o espaço para que a equipe de saúde desenvolva as atividades educativas. Assim, as ações intersetoriais são predominantemente operacionais, enquanto o trabalho não acontece de maneira interdisciplinar.
- Os profissionais da UBS são os principais educadores em saúde, utilizando como principais estratégias didáticas, as palestras e orientações pontuais e sem continuidade. Atitude questionada pelas professoras, que, por sua vez, não se colocam como co-responsáveis em trabalhar questões de saúde em sala de aula.
- Com exceção do dentista, os demais entrevistados, independentemente da área, não possuem nenhum tipo de formação para desenvolvimento de atividades educativas em saúde. Situação que pode ter contribuído para a carência, entre os profissionais, de uma visão mais crítica, interdisciplinar e participativa do processo educativo

- Pela própria concepção de saúde dos entrevistados, mais vinculada ao paradigma que orienta o “modelo médico assistencial”, baseado na doença e sua cura, as atividades educativas desenvolvidas possuem sempre a finalidade de evitar doenças.
- Não há menção de educação como principal aliada para promoção da saúde, de forma a incentivar a percepção crítica da realidade e a necessidade de transformação das condições de vida da comunidade (crianças, pais, professores, profissionais de saúde etc).

Sugestões para superar limites

- Nas reuniões intersetoriais entre a UBS e a Escola, buscar equilibrar as responsabilidades no desenvolvimento de atividades educativas em saúde, para que os professores também participem do processo e se co-responsabilizem pela sua continuidade.
- Continuar abordando temas relevantes para a comunidade escolar, abarcando problemas comuns como piolho, escabiose e cárie. No entanto, buscar conjuntamente avançar nestas questões, que não são resolvidas somente com mudanças de hábitos individuais. Trazer para os estudantes, de forma apropriada para as idades, a importância do exercício da cidadania para conquista da saúde. Buscar aprofundar o tema com os pais, estimulando a participação dos mesmos na construção de projetos.
- Promover sempre que necessário cursos de capacitação variados, a fim de proporcionar a atualização contínua de profissionais e comunidade.
- Destinar momentos nas reuniões intersetoriais para discussões a respeito do conceito de saúde e educação, compartilhamento de técnicas-pedagógicas, entre outros temas que estimulem o crescimento e vínculo no grupo.

CATEGORIA C: PAIDÉIA COMO FACILITADOR DAS AÇÕES INTERSETORIAIS

O programa, como já descrevemos em detalhes anteriormente, é caracterizado por focalizar a aproximação da equipe multiprofissional de saúde com uma escola e suas formas de organização. Este princípio básico é fundamental e garante que as ações de promoção e proteção à saúde sejam realmente direcionadas às reais necessidades da população, e planejadas a partir de diferentes olhares, o que garante um diagnóstico mais preciso e uma intervenção de maior resolutividade.

Ao analisarmos os depoimentos dos entrevistados, percebemos que a equipe de saúde entende a importância dos princípios do método Paidéia e busca implementá-los da melhor forma. No entanto, alguns aspectos ainda não foram incorporados, resultado, provavelmente, do choque de paradigmas entre dois modelos em transição (Médico-assistencial e Vigilância à saúde), com predominância do primeiro, como relatado na categoria anterior.

Buscaremos no desenvolvimento desta categoria focalizar a discussão em dois aspectos relevantes: os **progressos** e as **limitações** do “Projeto Intersetorial de Educação e Saúde” desenvolvido pela UBS e pela escola investigadas.

C.1) Dos progressos

A equipe de saúde Paidéia (Salvador), como pudemos constatar na leitura dos registros de reuniões do grupo, reúne-se rigorosamente desde agosto de 2002, a cada duas semanas ou mais frequentemente, se necessário. Geralmente, participam, ao menos, um representante de cada categoria profissional. Todos os assuntos que interessam ao grupo são discutidos nestas reuniões, momento em que tomam-se decisões importantes e dividem-se tarefas. Nestas ocasiões os profissionais de saúde buscam exercitar a multidisciplinaridade, tão defendida por CAMPOS (2003), para discutir problemas e planejar intervenções. No caso específico da construção do projeto intersectorial com a Escola Ilhéus, várias reuniões aconteceram, algumas contando com a participação do diretor (que entrevistamos) e

de uma pedagoga. Para escolha dos temas que seriam abordados na escola, decidiram que deveriam, primeiro, marcar uma reunião com professores e funcionários da escola, para, a partir da realidade escolar, traçar um plano de ação. É o que o dentista manifesta quando descreve a ida da equipe à escola:

No final de 2003 nós fizemos uma reunião com todos os funcionários da escola, inclusive a pedagoga, para tirar temas que fossem de interesse para eles na área da saúde. Então, a gente jogou, nós chegamos lá perguntando o que eles achavam importante, lógico com o vocabulário deles (...) Eles foram falando temas mais comuns, como piolho. Então, o que nós fizemos? Nós reunimos todas essas falas, eu anotei e trouxe para a equipe e nós juntamos por assuntos. **(Dentista)**

Como podemos perceber nesta fala, após o levantamento de problemas com a comunidade da escola, eles foram discutidos em uma reunião da equipe. Ao que tudo indica, analisando os registros de reuniões e as entrevistas, as estratégias de intervenção foram realizadas contando com a participação de todos os profissionais da equipe de saúde. O dentista prossegue caracterizando a divisão de tarefas que houve nesse momento:

Então, o que nós fizemos? Nós reunimos todas essas falas, eu anotei e trouxe para a equipe e nós juntamos por assuntos. Então, assim, tinha, o que é da parte de Enfermagem, o que é da parte de Odonto, o que envolve Enfermagem e Odonto e dá para fazer trabalho junto. Ai a gente começou a desenvolver esse trabalho...**(Dentista)**

O início deste trabalho, como pudemos perceber, contou com a colaboração de vários profissionais: médicos, dentistas, enfermeiras e agentes comunitários de saúde. A divisão dos temas foi feita a partir da afinidade de cada um com o assunto. Desta forma, saúde bucal ficou sob responsabilidade do dentista e agentes comunitários, planejamento familiar com a médica ginecologista, e assim por diante.

Embora, como relatamos na discussão da categoria anterior, os trabalhos educativos de cada profissional fossem pontuais e fragmentados, foi possível perceber uma preocupação da equipe com a continuidade do trabalho. Assim, o projeto geral foi planejado e agendado, de forma que, o desenvolvimento de cada

assunto, para públicos alvo específicos, foram programados para diferentes momentos ao longo do ano de 2004. Desta forma, percebemos uma fidelidade ao método Paidéia, que tem como proposta, a partir da eleição de temas junto a comunidade, planejar o trabalho coletivo, salientando a importância da divisão de tarefas.

Agrupamos alguns temas que nós vimos que eram afins e construímos uma planilha de assuntos, inclusive alguns que a gente viu que não ia dar para trabalhar. Procuramos adequar em conjunto. O primeiro trabalho, no início do ano, foi com a parte de Odontologia, até porque quem liderou esse movimento pelo posto, todo mundo entrou, a gente sabe todos da equipe participaram, mais quem liderou mais foi o dentista, mas todos os outros se envolveram bastante, **(Diretor)**

O cumprimento desta premissa é fundamental, pois estes profissionais possuem uma história de formação de experiência profissional fortemente referenciada em um modelo de atenção a saúde individual, centrado na figura do médico. Assim, esta mudança radical na forma de olhar e agir em saúde, buscando o trabalho multidisciplinar como estratégia de planejamento e intervenção, requer um esforço imenso de todos os envolvidos. Com isso, para aprender a aprender a fazer é necessário esta postura que CAMPOS (2003) salienta, pois caso contrário, corre-se o risco de discursar de uma forma e trabalhar de outra.

Todo este esforço na busca em trabalhar segundo a lógica Paidéia redundou em duas grandes conquistas: fortalecimento de vínculo entre o CS Bahia e a Escola Ilhéus e melhora dos procedimentos operacionais entre as duas unidades. É o que podemos constatar nas declarações, tanto do Dentista como do Diretor:

A gente hoje enxerga nossa área não só como dentro do centro de saúde, a gente vai em busca do que está fora. Então, mudamos a visão em relação à escola. Da escola em relação a gente não sei, mas da gente em relação a escola, sim (...)

O que percebo de positivo é uma relação de troca. Vamos supor, eu como dentista agora consigo entender melhor o procedimento dentro da escola como funciona, como eles trabalham e eles também conseguem entender melhor o meu trabalho. A primeira reunião que a gente fez (falei para você), foi explicar como funciona o centro de saúde, pois às vezes a

pessoa vem aqui e não sabe usar o centro de saúde. Então, esta troca de informações básicas de saber como funciona essa escola, como que é a matrícula, qual que é a prioridade, então a gente começa a entender um pouco melhor o esquema(...) Essa intersetorialidade acho muito legal dentro de qualquer trabalho dentro da área da saúde, por que nos ajuda muito. **(Dentista)**.

O Diretor conta como era antes do Paidéia:

As crianças ficam com a gente e também são atendidas pelo posto. Daí se a criança tinha um problema e a gente encaminhava para o posto, às vezes tinha alguma coisa que a gente fazia que o posto dizia que não podia, aí tinha essa dificuldade de relacionamento (...)

E depois:

(...) foi explicado como funciona o Paidéia, a gente soube dos dias que os médicos estão, soube quem atende o quê. Isso facilitou até para a gente dar os encaminhamentos para as mães, e aí ficou uma relação mais tranqüila, e também deixou de ter aquele conflito. **(Diretor)**.

Nestes depoimentos podemos identificar que este trabalho intersetorial, promovido por uma equipe trabalhando sob a lógica Paidéia, significou uma aproximação importante entre a coordenação da Escola e os profissionais da UBS. Como vimos na descrição do projeto, o quesito vínculo e comunicação foi uma das temáticas levantadas pela equipe, que demonstra o esforço do grupo em estabelecer parcerias com outros setores, como recomenda CAMPOS (2003).

Nas falas fica evidente a melhora que esta aproximação significou para a resolução de problemas operacionais, tais como: o atendimento de criança no CS, procedimentos possíveis da escola que facilitem o trabalho do posto, entre outros. O Diretor dá um exemplo:

(...) então, a partir do ano passado foi o seguinte, a gente sugeriu que fosse constado nas fichas de matrícula o número das fichas do posto, porque aí pelo telefone mesmo a gente consulta, aí quando a criança chega no posto já ganha tempo. Então, passamos a ter a ficha do posto também na ficha de matrícula, então, qualquer ficha que você pegar aqui vai ver que tem o número da ficha do posto e isso facilita para nós quando precisamos, e também quando o posto tem um problema, que a mãe tá lá, que levou a criança e que eles querem conversar, **(Diretor)**

Este exemplo das fichas retrata bem o quanto o trabalho intersetorial facilitou para ambos os serviços o atendimento de crianças. Assim, embora (como discutimos nas categorias anteriores), os trabalhos educativos em saúde sejam pontuais e careçam de didáticas mais participativas e contextualizadas à realidade, o projeto intersetorial foi fundamental para que os atendimentos individuais oferecidos pelo CS Bahia para as crianças matriculadas na Escola Ilhéus funcionassem com maior agilidade e eficácia.

Contudo, esta visão positiva limita-se aos profissionais de saúde e a coordenação da Escola. As professoras entrevistadas possuem uma percepção bem diferente, cuja discussão será realizada no próximo tópico.

C.2) Das limitações

Uma limitação do projeto já foi mencionada nas categorias anteriores, a que diz respeito a incipiente participação das professoras entrevistadas no desenvolvimento de atividades educativas.

Analisando o material empírico, percebemos que, de fato, as professoras, funcionários da escola e pais tiveram para o projeto intersetorial somente as funções de apontar os problemas e receber as intervenções. Apesar da iniciativa de resgatar os problemas no contexto real da escola, um princípio básico do Paidéia não foi cumprido: o de fazer **junto** e não **para** a comunidade. Pelo que percebemos, todo o projeto foi pensado pelos profissionais de saúde, com tímida participação do Diretor e, conseqüentemente, as intervenções foram e estão sendo realizadas pelo “pessoal do posto” **para** o “pessoal da escola” (professores, funcionários, pais e crianças). O que remete a uma relação vertical e não compartilhada.

Assim, embora tenha existido grande avanço em desenvolver um trabalho coletivo entre os profissionais da equipe Salvador, não houve abertura para que a comunidade participasse do planejamento do trabalho.

As professoras demonstram estar alheias ao projeto intersetorial que existe entre Escola e CS, reforçando nossa hipótese, de que não foram sujeitos e sim objetos do trabalho. Esta idéia pode ser observada nos fragmentos:

Esporadicamente. Vamos supor...se ocorre algum incidente com a criança aqui, ou a gente leva ao posto, ou leva à Unicamp mesmo, quando está atendendo. No caso de uma emergência. Se a criança está apresentando um problema, leva ao posto ou à PUC.

(Professora A)

As atividades com relação à saúde não são freqüentes na escola. Normalmente, quando as mães precisam de alguma coisa, recorrem ao posto de saúde. E quando elas comentam esta relação com posto de saúde, elas dizem que é bem complicado: o posto deixa muito a desejar, tem uma espera grande. Então, o que eu percebo é isso, com relação a saúde aqui na escola. Talvez a direção pudesse estar falando melhor, porque tudo é levado ao conhecimento deles, mais do que aos professores. Agora o que eu sei é assim, muito pouco.

(Professora A)

Sim, com relação a parte odontológica há alguma orientação oferecida pelo pessoal do posto. Eles fazem trabalhos com a comunidade e até mesmo com professores, neste sentido. Neste ano, inclusive, os dentistas estiveram aqui, olharam as crianças. Então, neste sentido houve sim... **(Professora A)**

A princípio a professora fala apenas do contato que tem com o posto em casos de emergência, não diferenciando-o, de hospitais terciários como o HC da Unicamp e o Hospital da PUC. Para ela, o posto serve para situações de doença e de ameaça a integridade física.

Esta fala da professora evidencia sua exclusão do projeto intersetorial. Isto se deve ao fato de que realmente a professora não tomou parte de sua construção. A idéia que faz da relação entre os dois setores é que o CS é pouco presente na escola, realizando trabalhos educativos esporádicos. Além disto, fala de relações conflituosas quando envolve atendimentos individuais de crianças no CS. A preocupação com o “atendimento” é tão evidente, que a professora conta da insatisfação das mães com o posto, que parece ser o que mais atrapalha. Apesar deste olhar pouco otimista e extremamente curativo, é interessante que menciona a direção da escola como mais informada que ela a respeito, provavelmente, por que de fato a equipe de saúde estabelece maior contato (como já explicitamos) com o diretor da escola.

Esta falha na participação das professores na construção do projeto contrapõe um princípio básico do SUS: a participação popular. As medidas intersetoriais não

são efetivas se este princípio não for fielmente cumprido. Assim, não bastou a equipe fazer contato com o diretor da escola e a pedagoga da região, pois o máximo que conseguiram foi um bom relacionamento administrativo. Há a necessidade de verdadeiramente envolver todos os interessados, incluindo as professoras e também os pais e crianças. Provavelmente se a participação popular fosse efetiva, o trabalho educativo contaria com mais educadores e outras técnicas didáticas, configurando uma ação coletiva de profissionais de ambas as áreas: educação e saúde, e mais o apoio das crianças e pais. Na situação atual, o pessoal do “posto” vai esporadicamente à escola e é criticado por isso; os professores não participam do processo educativo e são recriminados pela equipe de saúde pela não continuidade do trabalho; e ainda pais e crianças ficam alheios ao processo, em posição de “pacientes” e não cidadãos.

A comunidade de pais e crianças é a que menos aparece no discurso dos entrevistados. Tudo parece girar em função deles, mas em nenhum momento eles foram chamados para opinar e colaborar na construção do projeto. Nitidamente, as atividades foram estabelecidas de forma paternalista e assistencialista, em que os donos do saber e das técnicas (profissionais de saúde) intervêm sobre os que necessitam (comunidade). Neste contexto, além da ausência de participação popular, proposta pelo PAIDÉIA, identificamos nesta postura que um pressuposto fundamental da pedagogia crítica não foi contemplado: o da participação dos educandos no processo de aprendizagem, através da utilização de sua realidade social para o ensino crítico dos conhecimentos tradicionais (LUCKESI, 1994). Nota-se que, tanto a teoria crítica da educação, quanto o atual modelo de atenção à saúde, primam pela inclusão das pessoas (estudantes e usuários dos serviços de saúde) em um processo de construção coletiva e democrática, visando, assim, que educação e saúde sejam realmente direitos conquistados **por** e para **todos** os envolvidos. Na realidade pesquisada, esta não foi a postura adotada.

Assim, coerente com a perspectiva de tomar os educandos como objetos de intervenção técnica, na ocorrência de alguma falha no desenvolvimento dos trabalhos programados **para** eles, a responsabilidade recaí sobre os que não

aceitaram , não vieram, não se importaram com aquilo que lhes foi oferecido, como percebemos na fala:

Só que assim, eu não tenho tempo para ficar correndo atrás. As agentes de saúde, elas dão conta de ficar indo, por exemplo, quando tem essas palestras elas vão avisar, quando a gente vai tratar também. Só que percebemos que é difícil as pessoas virem, por exemplo, eu convoquei quinze mães e só vieram duas ou três, ou seja, eles precisam mostrar interesse, não adianta só o meu. **(Dentista)**

O profissional deixa claro que apesar de todo o interesse que tem em dar prosseguimento ao cronograma do projeto, trabalhosamente construído em equipe, há pouco interesse da comunidade. A razão desta resistência é compreensível.

Esta comunidade pouco interessada em comparecer às palestras educativas é a mesma que há poucos anos atrás tinha o referencial do CS como o posto que oferecia: 1) consultas médicas de pediatria, ginecologia e clínica geral, 2) procedimentos de enfermagem: preventivo, vacina, curativo e inalação, 3) farmácia com distribuição de medicamentos. Repentinamente, toda esta organização tão bem conhecida, e que funcionou por vários anos, é outra. Surge um programa novo chamado Paidéia (ninguém entende o que este nome significa). Rapidamente contratam-se muitos agentes comunitários que vão até as casas das pessoas saberem dos problemas de saúde. A região é dividida em áreas e cada lugar é atendido por uma equipe diferente. O "pessoal do posto" começa a organizar grupos de diabetes, hipertensão e planejamento familiar e, também, aproxima-se mais das escolas. Esta é uma visão grotesca e superficial da nova organização do CS, mas que possivelmente é a mais corrente entre as pessoas da comunidade. De qualquer maneira, elas esperam o mesmo que esperavam antes: ser atendida pelo médico, vacinar o filho, fazer o curativo, pegar o remédio.

Cuidar da saúde ainda é sinônimo de ir ao médico, fazer exame e tomar medicamento. É esta a visão das professoras entrevistadas, que utilizam o posto, assim como dos pais e crianças. As décadas em que "modelo médico assistencial" prevaleceu marcaram profundamente a concepção de saúde e doença da população brasileira.

Em Campinas, a história de implantação do Paidéia, como discutido anteriormente, não contou com a participação popular. Conseqüentemente, o programa é pouco conhecido pela comunidade, como podemos constatar nas falas das professoras quando questionadas a respeito do que sabem:

Muito pouco.

Totalmente desconhecido não é, porque eles falaram a respeito, mas assim de ver aqui na escola alguma atividade na qual eu estivesse presente, não me ocorre nada agora no momento. **(Professora A)**

Conheço pela TV...sei que existe, mas não sei detalhes pra te contar. Sei que são pessoas que vão até a casa e fazem ali um trabalho, mas eles devem ter uma região, uma quantidade de famílias...não sei. **(Professora B)**

Acreditamos que é difícil apagar décadas apenas com a imposição de um programa. Defendemos que, como garantido constitucionalmente, os cidadãos devam participar desta transformação, que é processual e histórica. A partir da análise que realizamos, consideramos que seria recomendável que novas formas de organização fossem, no processo de implantação, discutidas e compartilhadas com a comunidade local. Nesse processo, caberia aos serviços de saúde apresentarem a proposta: abrindo espaço à comunidade para discutir novas maneiras de trabalhar, argumentando a importância da priorização de atividades de prevenção e promoção à saúde e, ainda, ouvindo suas queixas, dificuldades, desejos e sugestões.

Desta forma, não havendo um movimento de inclusão da comunidade na participação da organização do trabalho, todo o esforço de “educação para promoção da saúde” pode apresentar pouco resultado. A educação para transformação começa a partir de e com quem aprende (FREIRE, 2004).

Reflexões parciais

- Existe um movimento entre os integrantes da equipe do CS Bahia em organizar o trabalho em saúde segundo a lógica Paidéia, que orienta a construção do projeto intersetorial.
- Para elaboração do projeto, a equipe Salvador consultou a comunidade escolar para levantamento dos problemas de saúde, manifestando compromisso no desenvolvimento de ações contextualizadas à realidade escolar.
- Para planejamento das intervenções trabalhou-se de forma multidisciplinar e organizada, elegendo prioridades, públicos alvos e assuntos afins para cada profissional. A divisão de tarefas realizadas em momentos de discussões e decisões coletivas demonstram o envolvimento do grupo com os princípios e propostas do Paidéia.
- Segundo os entrevistados, após a implementação do projeto, o relacionamento entre a UBS e a direção da escola progrediu significativamente no campo administrativo e operacional para ambas as partes. Assim, a intersetorialidade entre a Escola Ilhéus e o CS Bahia significou maior facilidade no acesso ao atendimento individual das crianças, agilizando a solução de problemas emergenciais de saúde.
- As professoras demonstraram pouco ou nenhum conhecimento a respeito da existência do projeto intersetorial, retratando a sua participação como objetos e não como sujeitos na construção do projeto. A partir da análise do material empírico foi possível identificar que professores e pais tiveram para o projeto duas funções centrais: apontar problemas e receber orientações.
- A ausência de pais e professores na construção compartilhada do projeto fere um dos princípios organizadores do SUS: a garantia da participação popular para maior controle social na gestão em saúde.

Sugestões para superar limites

- Equipe de saúde promover oficinas junto a comunidade (não só escola) com o intuito de apresentar e discutir as propostas e princípios do Paidéia, proporcionando momentos para o conhecimento, discussão e co-gestão do trabalho em saúde.
- Incluir, dentro da programação do projeto intersetorial, ocasiões de convívio, além das oficiais reuniões intersetoriais entre escola e UBS, como feiras, festas e excursões, para facilitar o mútuo conhecimento entre as duas equipes de trabalho, além de fortalecer o vínculo.
- Incluir no planejamento das ações educativas em saúde outros integrantes da comunidade, principalmente pais de alunos e professores, para que o trabalho coletivo seja realmente caracterizado pela participação democrática dos diversos atores sociais, em uma relação horizontal de troca e co-gestão.
- A partir do momento que todos participam igualmente, a responsabilidade é compartilhada e o trabalho tem maiores chances de sucesso e continuidade. Para isto, é preciso que as atividades educativas em saúde sejam desenvolvidas em sintonia por profissionais de saúde e educação, para que cada qual, ao contribuir com seu saber específico, potencialize as ações e garanta sua continuidade.

REFLEXÕES FINAIS

Concluir um estudo qualitativo é sempre difícil e arriscado. Ao trabalharmos com o casamento de elementos objetivos e subjetivos, que se justapõem e se complementam, inevitavelmente deixamos no trabalho a nossa impressão, nossa “representação social”, toda a subjetividade oriunda das experiências vividas e da interpretação pessoal da realidade.

Por esta razão, optamos por finalizar este trabalho apresentando as reflexões (e não conclusões) acerca do que estudamos e analisamos teórica e empiricamente. Vale ressaltar, que partindo do princípio fundamental de que as diversas faces do conhecimento humano são dinâmicas e mutáveis, a pesquisa não teve a intenção de oferecer conclusões fechadas, terminadas, inquestionáveis. Entendemos que nossa contribuição foi interpretar e dar prosseguimento às discussões e reflexões que já existem, fornecendo elementos que possam auxiliar na compreensão da realidade complexa da Saúde Coletiva no Brasil.

Para o estudo desta realidade, partimos para a exploração de duas dimensões: A) o resgate das políticas brasileiras de Educação e Saúde, buscando retratar as concepções de educação e saúde e as propostas intersetoriais embutidas nos discursos oficiais, e B) a captação das representações sociais dos atores envolvidos com a prática intersetorial entre uma Escola e uma UBS da cidade de Campinas, retratando as aproximações e distanciamentos destas aos discursos oficiais de intersetorialidade.

A discussão do discurso institucional, abordada na Parte I da Dissertação, mostrou que a história da Saúde Pública no Brasil é marcada pela propagação de dois modelos de atenção à saúde: Sanitarista Campanhista e Médico-assistencial, os quais basearam-se na concepção de saúde como normalidade fisiológica, além de difundirem a dicotomia entre “medicina individual” e “saúde coletiva”. No entanto, há mais de vinte anos, o Brasil presencia um processo de reformulação do sistema de atenção à saúde, marcando o surgimento de um novo modelo que busca integrar as dimensões individual e coletiva, o chamado modelo de Vigilância à Saúde. O Sistema Único de Saúde é o principal responsável pela implementação deste

modelo, exemplos disto são os programas de priorização da Atenção Primária, como O PSF (nacional) e o Paidéia (em Campinas). Esta nova forma de organização busca envolver todos os atores sociais (profissionais de saúde, comunidade, instituições sociais) no planejamento dos serviços, garantindo assim a democratização do acesso e do poder de gestão. Além disto, emerge neste contexto a noção de envolvimento de todos os setores sociais na criação de políticas públicas saudáveis que visem garantir qualidade de vida e, conseqüentemente, a promoção da saúde. Para isto, o movimento de intersectorialidade é fundamental, já que os setores se complementam para potencializar ações.

A partir destas considerações, ao focalizarmos o tema promoção da saúde, entendemos que o campo da educação tem papel essencial. Isto porque, só é possível promover saúde, pela conquista de melhores condições de vida, se os principais interessados e responsáveis (os cidadãos) participarem deste processo. Além disto, um dos princípios organizacionais do SUS é a “participação popular para maior controle social”, ou seja, é necessário que os cidadãos conheçam os fatores condicionantes e determinantes de saúde e doença em sua realidade, para que possam contribuir para a gestão dos serviços. Todos estes direitos de cidadania só podem ser exercidos se as pessoas estiverem capacitadas para tal, e para isto, a educação é necessária.

Ao analisarmos aspectos históricos da Educação no Brasil, a partir da ampliação do acesso dos brasileiros à escola, identificamos diversas correntes pedagógicas que marcaram nosso sistema de ensino durante o século XX. As décadas de dominação de oligarquias rurais, militares e empresários significaram a imposição de ideologias que privilegiaram os mais ricos e poderosos, fato que teve repercussões desastrosas. As pedagogias tradicional e tecnicista foram responsáveis pelo estabelecimento de uma educação fragmentada, centrada na figura do professor, que justifica e reproduz as relações sociais vigentes. A Escola Nova correspondeu a uma fase pedagógica progressista, buscando estimular no educando a criatividade e autonomia, no entanto, críticos observam que o escolanovismo favoreceu as camadas da classe média, propondo uma pedagogia liberal, voltada para a competitividade econômica.

Desde a década de 80, presenciamos no Brasil o crescimento de uma pedagogia crítica e social, a qual busca, através do ensino dos conhecimentos universais, criar espaços de discussão que contextualizem os saberes às realidades concretas e sociais dos alunos. Este movimento cresceu após a Constituição de 1988, quando houve a declaração da educação como direito universal, salientando o dever do Estado democrático em garantir um ensino voltado para a cidadania. Desta forma, as idéias propagadas pela pedagogia crítica ganham força, redundando no surgimento de propostas curriculares nacionais fundamentadas nestes princípios. Os Parâmetros Curriculares Nacionais do ensino Fundamental e Médio e o Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil são exemplos de propostas educacionais que respeitam as diferenças regionais, pois fornecem diretrizes gerais, que devem servir de orientação e não de assimilação inquestionável. Além disto, primam por uma educação cidadã, propondo um ensino crítico, contextualizado e participativo, para que a criança entenda (e ocupe) seu papel na sociedade como agente transformador. Ao analisarmos os documentos, observamos que a Saúde é colocada como um dos saberes fundamentais que permeiam as demais áreas do conhecimento. Foi possível identificar que os PCN's apontam uma visão ampla da mesma, valorizando os hábitos saudáveis, a preservação ambiental e o senso crítico das condições sociais do educando como formas de promover saúde. Já o RCNEI forneceram uma noção mais individualizada, com poucas referenciais ao processo saúde-doença na perspectiva coletiva.

Partindo das questões que emergiram do estudo sobre os discursos institucionais da educação e da saúde a respeito da intersetorialidade, iniciamos a análise do trabalho intersetorial desenvolvido pelo CS Bahia com a Escola Ilhéus da cidade de Campinas. A caracterização da organização do projeto, construído coletivamente por profissionais de saúde e diretor da escola, seguida da análise qualitativa dos depoimentos dos sujeitos (sete entrevistados: três da Escola e quatro do CS) possibilitaram-nos identificar que:

- 1) Para os sujeitos da pesquisa (profissionais da saúde e da educação), a concepção de saúde predominante se fundamenta na cura e no atendimento médico.

- 2) Não se observa uma ação interdisciplinar entre os serviços de saúde e educação estudados na perspectiva de promoção da saúde. A relação é mais de soma de funções e não de articulação dos saberes e práticas.
- 3) Os principais responsáveis pelas atividades educativas em saúde são os profissionais da UBS. Os professores não se consideram co-responsáveis pelo trabalho educativo.
- 4) As práticas educativas dos profissionais de saúde são comumente mecanicistas, pontuais e verticais, cujas estratégias didáticas se resumem a “palestras” e “orientações”. A carência de formação na área da educação mostrou ser uma das razões desta postura.
- 5) Em consonância com a concepção de saúde dos sujeitos, as práticas educativas estão sempre ligadas à cura e à prevenção individual de doenças. É incipiente o entendimento da educação como fundamental para a promoção da saúde, na medida que possibilita o questionamento das condições sociais de vida.
- 6) A construção do projeto intersetorial entre os dois serviços buscou seguir as orientações do método Paidéia: houve a preocupação de trazer da comunidade escolar os problemas de saúde; a equipe de saúde organizou o trabalho, dividindo e agendando as tarefas entre os profissionais e estabelecendo prioridades e públicos alvo.
- 7) Segundo os entrevistados, houve significativas melhoras de relacionamento entre os serviços após a implantação do projeto, principalmente em relação aos aspectos operacionais e administrativos.
- 8) Percebemos que professores e pais pouco participaram da construção do projeto, ocupando duas funções principais: apontar problemas relevantes e receber as ações educativas. Assim, observou-se deficiência em um cumprimento fundamental do SUS: a participação popular, que salienta a importância do planejamento e execução das práticas de saúde **com** e **não** sobre a comunidade.

A partir destes achados, traçamos três propostas gerais que podem auxiliar na ampliação das conquistas já alcançadas e na superação de limites:

- Estimular e garantir a participação da comunidade no desenvolvimento do projeto intersetorial, através do compartilhamento de tarefas, não só entre os profissionais da saúde, mas com todos os interessados.
- Promover momentos de discussão a respeito dos conceitos de educação e saúde entre todas as pessoas envolvidas com o projeto. Incitar cursos de capacitação dos profissionais, favorecendo a atualização e estímulo dos trabalhadores.
- Ampliar os temas de saúde abordados com a comunidade escolar, bem como diversificar as estratégias pedagógicas, buscando, assim, experimentar novas possibilidades, contribuindo para a ampliação e aprimoramento das atividades educativas em saúde.

Enfim, ao término deste trabalho, a única certeza é a de que a busca constante pela transformação requer prática consciente e crítica. Isto significa que a teoria direciona o caminho, mas é o trabalho coletivo que o constrói. Não há dúvida de que, quanto mais vidas estiverem envolvidas no processo, mais lento e difícil será o percurso, no entanto, mais belo e valioso será o resultado. Estamos certos de que atenção integral à saúde e educação cidadã são quesitos indispensáveis para o alcance de qualidade de vida digna para todos.

Acreditamos que as conquistas institucionais traçaram o caminho para este futuro, basta, agora, trilharmos juntos o que está desenhado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANHA, M.L. **Filosofia da Educação**. 2ª edição. São Paulo: Moderna, 1997.

ARANHA, M.L. A. **História da Educação**. 2ª edição. São Paulo: Moderna, 1998.

BERLINGUER, G. **A Doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 3ª edição, São Paulo: Ática, 1999.

BRASIL. Lei n. 5.692, de 11/08/1971. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. IN: OLIVEIRA, R.P. e ADRIÃO, T. (cols). **Gestão, Financiamento e Direito à Educação**. 2ª edição. São Paulo: Xamã, 2002.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20/12/1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. IN: OLIVEIRA, R.P. e ADRIÃO, T. (cols). **Gestão, Financiamento e Direito à Educação**. 2ª edição. São Paulo: Xamã, 2002.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental: **Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais**. V.1, Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: apresentação dos temas transversais**. V. 8, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil**. V. 2, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil**. V. 3, Brasília, DF, 1998.

BUSQUETS, M.D. (ET AL). **Temas transversais em educação: bases para uma formação integral**. 6ª edição, São Paulo: Ática, 2000.

BUSS, P.M. Saúde e Qualidade de vida. In: COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. **Política de saúde e inovação institucional**. São Paulo: ENSP, 1996.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**; 5(1): 163-177, 2000.

CAMPINAS, 2001. **Projeto Paidéia de Saúde da Família** – Colegiado de Gestão da SMS/Campinas – Diretrizes para debate. Janeiro, 2001.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CHAUÍ, M. S. **O que é Ideologia**. 14ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CHAVES, M. Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma abordagem Multidimensional do Setor Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 22 (1): 7-18, 1998.

COLLARES, A. L., MOISÉS, A.A. **Educação, saúde e formação da cidadania na escola**. Trabalho apresentado no Congresso Nacional de Didática e Prática de Ensino, Recife, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11ª, Brasília, 2000. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde – Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/11c_relatorio.htm. Acesso em 17 de abr. de 2005.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1^a ,
Ottawa/Canadá, 1986. **Carta de Ottawa**. Disponível em:

<http://www.uncnet.br/www2/mestrado/carta.pdf>. Acesso em: 17 de abr. de 2005.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS.
In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos Saúde da Família**. 1(1): 10-15, 1996.

DOURADO, R.P. O Direito à Educação. *In*: OLIVEIRA, R.P; ADRIÃO, T. (orgs);
MINTO, C.A.; MURANKA, M.A.S; CAMARGO, R.B; PARO, V.H. **Gestão,
Financiamento e Direito à Educação**. 2^a edição. São Paulo: Xamã:, 2002.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 11^a edição. São Paulo: Edusp, 2003.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2^a edição, Rio de
Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 30^a edição. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan,
1989.

GOUVEIA, R. **Saúde Pública, Suprema Lei: a nova legislação para a conquista
da saúde**. São Paulo: Edições Mandacaru, 2000.

GUTTIERREZ, M.L. et al. La promotion di salud. *In*: ARROYO, H.V. & CERQUEIRA,
M.T. (Orgs). **La Promotion de la Salud y la Educación para la Salud em América
Latina**. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

KUHN, T. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”-anos 80. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**. 1(1): 201-216, 1991.

MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública**. São Paulo: Papyrus, 1987.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas. *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MICHELIS, . **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7ª edição. São Paulo: Hucitec-abrasco, 2000.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5ª edição, Brasília: Cortez, 2002.

MOSCOVICI, S.A. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOYSÉS, S.J.; MYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, 9(3):627-641, 2004.

NOBRE, L. C. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (4):963-971, 2003.

OLIVEIRA, R.P. O Direito à Educação. IN: OLIVEIRA, R.P. e ADRIÃO, T. (cols). **Gestão, Financiamento e Direito à Educação**. 2ª edição. São Paulo: Xamã, 2002. p. 15-44.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Conferência de Alma-Ata, URSS, 1978.

PAIM, J.S.; ALMEIDA, N.F. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Saúde-ISC, 2000.

PAIM, J.S. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. P. 367-381. In: Paim, J.S. **Saúde – política e reforma sanitária**. Salvador: Cooptec/ISC, 2002.

PINTO, A.V. A significação da lógica dialética. In: PINTO, A.V. **Ciência e Existência**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

QUEIROZ, M.S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru: Edusc, 2003.

RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986). In: NAJAR, A.L.; RAMOS, C.L.; MELAMED, C.; DUARTE C.M.R.; STOTZ, E. N.; MELO, J.A.C. et al. **A saúde em estado de choque**. São Paulo: Editora Fase, 1998.

SILVA, M.A.P.D. Representação Social: a procura de um significado. In: SILVA, M.A.P.D. **As Representações Sociais e as Dimensões Éticas**. Taubaté-SP: Cabral Editora Universitária, 1998. p. 31-46.

SILVEIRA, G.T. **Escola promotora da saúde: quem sabe faz a hora**. São Paulo, 2000. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância à Saúde. **IESUS**, VII(2), 1998.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. (pp. 59-78). *In*: TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Cooptec/ISC, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 1997.

ANEXOS

ANEXO 1

Entrevista semi-estruturada aplicada aos profissionais da UBS

Nome:

Idade:

Formação profissional:

Tempo de trabalho na UBS:

1. Conte um pouco a respeito das atividades desenvolvidas pela UBS juntamente com a escola sobre temas ligados à saúde.
2. Na sua opinião, o programa Paidéia mudou o relacionamento da UBS com a Escola? Comente.
3. Como acontece a relação existente entre a Escola e a UBS?
4. O que você percebe de positivo nas atividades conjuntas?
5. Na sua opinião, de que maneira este trabalho contribui para a promoção de saúde das crianças?
6. Você teve alguma experiência ou formação anterior relacionada à educação em saúde? Qual(is)?

ANEXO 2

Entrevista semi-estruturada aplicada aos professores da Escola

Nome:

Idade:

Formação profissional:

Tempo de trabalho na Escola:

- 1) Conte um pouco a respeito das práticas desenvolvidas nesta Escola que abordam temas ligados à saúde.
- 2) Como acontece a relação existente entre a Escola e a UBS da região?
- 3) Você acha que o programa Paidéia de Saúde da Família contribui para o desenvolvimento de trabalhos articulados de educação e saúde?
- 4) O que você percebe de positivo nestas atividades conjuntas? (mencione até três aspectos)
- 5) Na sua opinião, de que maneira este tipo de trabalho contribui para a uma educação cidadã?
- 6) Você teve alguma experiência ou formação anterior relacionada à educação em saúde?

ANEXO 3

Roteiro para avaliação da UBS

- 1) Há quanto tempo vocês trabalham com o Programa Paidéia de Saúde da Família?
- 2) Desde quando vocês desenvolvem atividades educativas nas Escolas?
- 3) Quantos profissionais da UBS participam destas ações? Quais?
- 4) Como é a participação da Escola nestas atividades?
- 5) Os alunos que realizam estágio na UBS se envolvem com este tipo de prática?

ANEXO 4

Consentimento livre e esclarecido

Sr(a) _____

Estamos realizando a pesquisa **Ações intersetoriais de educação e saúde: entre teoria e prática**, que tem como objetivo central identificar as formas de articulação existentes entre uma Escola e uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Campinas, no que diz respeito às atividades educativas para a saúde. Para isto, utilizaremos como referencial para reflexão as políticas atuais de educação e saúde e também os depoimentos dos agentes envolvidos (professores e profissionais de saúde).

Assim, estamos convidando o senhor(a) a participar desta pesquisa na posição de entrevistado, concedendo-nos um depoimento relativo a suas atividades profissionais. Fica-lhe assegurado o sigilo de sua identidade e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Atenciosamente,

Débora de Souza Santos
Aluna de Pós-graduação do Depto.
de Enfermagem da FCM/UNICAMP
Fone: 71 346 4143 ou 19 3562 3254

Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Prof. Dr. Do Programa de Pós-graduação
do Depto de Enfermagem da FCM/UNICAMP
Fone: 19 3788 8829

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa **Ações intersetoriais de educação e saúde: entre teoria e prática** idealizada pela aluna de pós-graduação em enfermagem Débora de Souza Santos, sob orientação do Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva. A entrevista será gravada e o sigilo de minha identidade será preservado. Em qualquer momento da pesquisa, poderei cancelar minha participação.

Data: ___/___/___

Assinatura: _____