

JOSÉ WAGNER BONA MORAIS

**ATUAÇÃO INTERSETORIAL DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE: ENTRE TEORIA E PRÁTICA: UM ESTUDO
DE CASO ENTRE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E UMA ESCOLA DE TERESINA-PIAUI**

Orientador: Emmanuel M.C.B. Sabino

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Educação

Lisboa

2019

JOSÉ WAGNER BONA MORAIS

**ATUAÇÃO INTERSETORIAL DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE: ENTRE TEORIA E PRÁTICA: UM ESTUDO
DE CASO ENTRE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E UMA ESCOLA DE TERESINA-PIAUI**

Dissertação defendida em provas Públicas para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 18 de janeiro de 2019, com o Despacho Reitoral nº158/2018, com a seguinte composição de júri:

Presidente: Professora Doutora Rosa Serradas Duarte

Arguente: Professora Doutora Sandra Queiroz

Coorientador: Professor Doutor Óscar Conceição de Sousa

Orientador: Emmanuel M.C.B. Sabino

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Educação

Lisboa
2019

EPÍGRAFE

De uma coisa podemos ter certeza:
de nada adianta querer apressar as coisas;
tudo vem ao seu tempo,
dentro do prazo que lhe foi previsto.
Mas a natureza humana não é muito paciente.
Temos pressa em tudo e aí acontecem
os atropelos do destino,
aquela situação que você mesmo provoca,
por pura ansiedade de não aguardar o tempo certo. Mas alguém poderia dizer:
Qual é esse tempo certo?

Paulo Coelho, **Tempo Certo** (2012).

DEDICATÓRIA

À minha família, aos professores e àquelas pessoas que, de alguma forma, acrescentaram ideias a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha família, que sempre me socorreu nos momentos difíceis.

Ao meu Orientador, Professor Doutor Emmanuel Sabino, pelos conhecimentos transmitidos e pelas orientações.

Ao meu Coorientador, Professor Doutor Óscar de Sousa, pelo seu cuidado em acompanhar este trabalho, contribuindo com observações de grande importância.

A todos que compõem a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Instituto de Educação, pela oportunidade.

RESUMO

Pretendemos, com o presente estudo, discutir como a intersectorialidade preconizada pelas atuais políticas de educação e saúde brasileiras acontecem no cotidiano de uma comunidade da cidade de Teresina (PI). Busca-se ainda identificar as concepções de educação e saúde que permeiam as atuais políticas destas áreas no Brasil, resgatando no discurso oficial as propostas de intersectorialidade. Analisar as representações sociais e as práticas que os profissionais de saúde e educação apresentam em relação às atividades intersectoriais como estratégias para promoção da saúde. Para tanto, fez-se uma revisão bibliográfica acerca do assunto, bem como uma pesquisa de campo para estudar o fenômeno. Concluiu-se que não há dúvida de que, quanto mais vidas, entenda-se, pessoas 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.

Palavras-chave: Educação. Saúde. Escola. Intersetorial.

ABSTRACT

The aim of the present study is to discuss how intersectional policies sponsored by current Brazilian education and health happen in everyday life of a community in the city of Teresina, state of Piauí. We shall also try to identify concepts of education and health that permeate existent policies in the abovementioned areas in Brazil, and to rescue intersectional proposals from the official discourse. We shall analyze social representations and practices that health and education professionals defend regarding activities as strategies to promote health. To do so, we undertook bibliographic research regarding the subject aim of our study, as well as field research to study the phenomenon. One concludes that, undoubtedly, the more lives, or, one may understand, people involved in the process, the slower and harder the route will be, however, more beautiful and valuable the result shall be. We are sure that integral attention awarded to education and health for citizenship are indispensable requisites for the achievement of decent and dignified living conditions for all.

Key words: Education. Health. School. Intersectional

ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
C.R.F.B	Constituição da República Federal do Brasil
EUA	Estados Unidos da América
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores sem Terra
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PSF	Programa de Saúde da Família
RCNEI	Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil
SUAS	Serviço Único de Assistência Social
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEC	Unidade Escolar Cajuína
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade Saúde da Família
WHO/OMS	World Health Organization/Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I: BREVE OLHAR À SAÚDE DE FINAIS DO SÉCULO XIX EM DIANTE	17
1.1 Alguns Conceitos sobre Saúde Pública e o Surgimento da Saúde Coletiva como Campo para Práticas Intersetoriais da Educação e Saúde	22
1.1.1 O Modelo Sanitarista Campanhista	23
1.1.2 O Modelo Médico-assistencial	27
1.1.3. Reforma Sanitária	38
1.1.4. O Surgimento do SUS: novas visões políticas para a promoção da saúde	41
1.2. Noções sobre Promoção da Saúde	52
1.2.1. Sugestões Propostas nas Cartas originadas nas várias Conferências sobre Promoção da Saúde	58
1.2.2. O Brasil e a Promoção da Saúde	60
1.2.3. Considerações sobre Promoção da Saúde	64
1.2.4. Encruzilhadas entre Prevenção e Promoção da Saúde	67
1.2.5. O Programa de Saúde da Família	72
1.2.6. Os Múltiplos Entendimentos da Intersetorialidade	75
1.2.7. Ligação dos setores: saberes, ideias, problemas e soluções compartilhadas	80
1.3. A Educação no Brasil: as correntes pedagógicas que a influenciam	85
1.3.1. A Escola Tradicional	87
1.3.2. A Escola Nova	91
1.3.3. A Escola Tecnicista	94
1.3.4. A Pedagogia Histórico-crítica	98
1.3.5. Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental	102
1.3.6. Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil	105
CAPÍTULO II: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	109
2.1. Tipo de Pesquisa	110
2.2. Universo da Pesquisa	112
2.3. Sujeitos da Pesquisa	113
2.4. Instrumentos da Pesquisa	113
2.5. Procedimentos	115

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	117
3.1. Um Projeto Intersetorial Coletivamente Construído	117
3.2. Desenvolvimento do Projeto	118
3.3. Saúde, seus Conceitos e sua Promoção	119
3.4 A Educação Para a Saúde	122
3.4.1. Dos Docentes	124
3.4.2. Das Estratégias	127
CONCLUSÕES	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	149
ANEXO 2: Entrevista Aplicada aos Profissionais da USF (Unidade de Saúde da Família)	150
ANEXO 3: Entrevista Aplicada aos Professores da Escola	152

INTRODUÇÃO

A princípio, ao procurarmos definir “saúde”, encontramos diversas acepções. Isto porque, 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 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.” (1975, p.13). 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 inserem os campos estudados, saúde e educação, 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 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”. O texto que lemos neste artigo 205 da chamada “Constituição Cidadã”, pelo fato de ter trazido o cidadão brasileiro para maiores considerações de atenção, tem vários aspetos que valem a pena referir, para mostrar como o chamado de ação se generalizou. Então, de imediato está claro o pedido de que a sociedade, em seu todo, preste sua colaboração. Chamando a sociedade para colaboração, deve entender-se a família, princípio de tudo, a partir da qual o indivíduo haverá de ser colaborador, positivo, para a sociedade em que se integra.

Lembramos que cuidamos de entender estes dois setores da vida brasileira, saúde e educação, direitos inalienáveis (ou seja, inerentes à pessoa, tão fortes quanto é o direito à vida) no Brasil, pela importância que ambos têm – como será verdade para muitas nações. Mas nos concentrando especificamente no artigo 205, aquele que se refere à educação, são várias as considerações fundamentais que podemos entender sem que com isso, acreditamos, vamos causar discórdia. Quais serão? Vejamos que, em termos de seus objetivos gerais a lei pretende proporcionar, neste âmbito, à pessoa, seu pleno desenvolvimento intelectual para que possa exercer sua cidadania do modo mais pleno possível e, com isso, também, conseguir

qualificação para o trabalho. Se é verdade que, em conformidade com o texto da Constituição brasileira a educação é da responsabilidade do Estado, a Constituição em vigor conclama a participação da família neste processo, o que nos pode levar a entender que a família é igualmente responsável para, no lar, educar suas crianças de modo a que estas já tenham princípios de entendimentos sobre como agir na presença de outros, já tenham consciência do “eu” e de um pouco da realidade que o vai identificar como pertencente a uma sociedade linguística, social, histórica, cultural, enfim, cujas características se permite a chamar de brasileira. Como nos dizem Lins, *et al.*,

A criança, quando interage com outras pessoas fora do ambiente familiar, aprende atitudes, opiniões e valores a respeito da sociedade, mais especificamente do espaço de inserção de seu grupo social. Por meio das experiências vividas, a criança vai paulatinamente compreendendo o mundo e interiorizando as regras afirmadas pela sociedade, sendo a família e a escola os mediadores primordiais deste processo, apresentando e dando sentido ao mundo social. Por isso, cabe investigar e identificar quais são estas influências externas que também interferem na educação e no desenvolvimento infantil.” (2015).

Esta conscientização é importante, na medida em que ela ajuda que as pessoas atuem mais eficientemente tanto na busca de seus direitos, e, especialmente quando se trata dos que podem ter na saúde e na educação, são realmente importantes, para não dizer, fundamentais.

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” (MICHAELIS, 2000, p.74); 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, p.32).

Podemos interpretar que se saúde e educação são direitos, são bens que não são dados, ao acaso são, como dizem os juristas, direitos fundamentais. São justos, merecidos de quem os conquistou. O sentido de “direito” é amplo, mas vamos reduzi-lo ao que é absolutamente do imediato interesse do grande público para sabermos que “Direito” pode ser referente à ciência que o estuda como, também, ao todo de normas jurídicas que estejam em vigor em determinada nação, a que se dá o nome de direito objetivo. Mas, extrapolando o contexto da norma, podemos entender “direito” como referência a pessoa íntegra, honrada, ao que é justo, reto e está ou age dentro do que preceitua a lei. Finalmente, “direito” é uma regalia, um benefício, uma prerrogativa que está – ou deveria estar – concedida inatamente a todo e qualquer cidadão ou pessoa que habita espaço territorial de qualquer nação. Não

entraremos em discussão sobre casos de nações que cerceiam seu povo de liberdades essenciais, como estas de que falamos aqui, e da liberdade de expressão, reunião, e por aí vai. Entendamos nossas explanações relacionadas a estados democráticos de direito, portanto, aqueles nos quais efetivamente existem as liberdades civis, isto é, o respeito aos direitos humanos, protegidos através do estabelecimento da proteção jurídica aos cidadãos.

Direito é, então, 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 dentro do que nos permitem fazer os documentos legais de Tutela que regem as sociedades dos Estados democráticos de direito.

E como faremos valer nossos direitos de acesso à educação e saúde se, para isso, não estivermos usufruindo deles? Sem educação como poderemos aprender a sermos cidadãos, conscientes dos direitos e deveres, críticos e reflexivos para assim poderemos 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 melhor da 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 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” (1987, p.92). Assim, não é difícil concluir que estes dois campos potencializariam suas ações se buscassem trabalhar em parceria, de forma intersetorial. Não é de descuidar a utilidade da aproximação entre estas duas áreas, e nesse sentido nos referem “... a educação popular, enquanto proposta dialógica e problematizadora, incorporada a um processo permanente de aprendizagem, de forma sistemática e assumida também institucionalmente por meio dos Projetos Políticos Pedagógicos, pode contribuir na interação entre saúde e educação.” (2009, p.8).

Ao realizarmos um estudo a respeito das políticas brasileiras, no que diz respeito à educação, percebemos que a sugestão de intersetorialidade é clara e sempre presente. Tal se pode constatar nos Programas do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), que têm levado o Governo brasileiro a adotar medidas de apoio à intersetorialidade, investindo no

fortalecimento de políticas de assistência social, preocupação essa que se identifica na percepção relativa aos Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Programa Bolsa Família (PBF). No que respeita à saúde e à educação, nas palavras de Monnerat e Souza,

No campo da política educacional, principalmente no período mais recente, são notórios os esforços para empreender experiências de gestão intersetorial. A necessidade de articulação se evidencia com a persistência de indicadores negativos quanto à evasão escolar, altas taxas de analfabetismo, disparidade na relação idade e série, dentre outras questões. Assim, o olhar da Educação sobre a intersetorialidade tem como base o reconhecimento de que os problemas estruturais que afetam as famílias repercutem diretamente nas condições de aprendizagem das crianças e adolescentes. Assim, as trajetórias recentes das políticas de Assistência Social, Saúde e Educação indicam um campo de possibilidades de diálogo entre as áreas supracitadas, mas que se traduzem em enormes desafios práticos. (2009, p.206-207).

Quando estudamos a Reforma Sanitária, criação do SUS (1988) e consequente priorização da Atenção Primária à Saúde, e ainda mais recentemente a implantação em 1994 do PSF (Programa de Saúde da Família), 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.

Para melhor clarificarmos esta palavra, vejamos qual o seu significado.

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais. (CAVALCANTI; BATISTA e SILVA, 2013, p. 1-2).

Com estas palavras em mente, cientes de que podem e certamente existem outras descrições sobre intersetorialidade avancemos, orientações defendidas por Nobre (2003), que preceitua que este tema, o da intersetorialidade, bem entendido, no campo da saúde vem sendo debatido com maior amplitude 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 defende que a intersetorialidade procura trazer para os diversos setores sociais a corresponsabilidade pela promoção da saúde, como estratégia para formação de políticas públicas saudáveis capazes de gerar qualidade de vida. Mais exatamente, voltamos a Monnerat, Senna e Souza para delimitarmos esta definição legal:

No plano legal, o processo de reforma da saúde foi regulamentado pela lei 8.080 de 19/9/90 e pela lei complementar 8.142, de 22/12/90, que tratam das normas gerais de

funcionamento do SUS, especialmente sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. (2002, p.512)

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 mais digna, porque,

A educação é uma resposta da finitude da infinitude. A educação é possível para o homem, porque este é inacabado e sabe-se inacabado. Isto leva-o à sua perfeição. A educação, portanto, implica uma busca realizada por um sujeito que é o homem. O homem deve ser o sujeito da sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém. (FREIRE, 2011, p.34).

E ainda, muito significativamente como nos afirma Mackey logo a abrir seu artigo sobre como os Estados Unidos da América entendem e apoiam sua educação, nas primeiras duas linhas do Abstract: “A nation’s brilliance and ability to prosper is directly dependent upon its people’s edification. Without continuing to open one’s mind and allowing oneself to be taught, a person becomes stagnant, ignorant, and frozen in time¹.” (2013).

No mesmo período em que as políticas de Saúde foram reformuladas, tal como se verificou em praticamente todas as esferas da vida de uma nação acabada de sair de um período de governo ditatorial (ditadura militar, que iniciou em 1964 e apenas terminou em 1985), ação consolidada com a promulgação da Constituição de 1988, o campo da Educação também passou por profundas transformações, logo porque se havia reconquistado a liberdade de ensinar sem medos e sem censura. Em 1996 foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394) e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), que buscaram redefinir o papel da educação brasileira, respondendo, intramuros, a uma necessidade que se fazia sentir, em nível 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). Logo há de ser mencionado o artigo 205, da Constituição da República Federativa do Brasil (C.R.F.B), que entende o acesso à educação como sendo um direito de todos, sem olhar a origem, etnia, religião ou condição social, acompanhada de perto, como não poderia deixar de ser, pela LDB nº 9.394/96 que no artigo 2º do seu “Título II. Dos Princípios e Fins da Educação Nacional” determina que:

¹ O brilhantismo de uma nação e sua capacidade de prosperar está diretamente ligado à edificação de seu povo. Sem que a pessoa continue abrindo sua mente e se permita ser ensinada, ela estagna, se torna ignorante e congela no tempo. (Tradução livre).

A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (2002, p.40).

E de todo o significado, pelo que determina é o artigo 3º desse mesmo documento legal, pelos princípios em que entende deva ser ministrada a educação, ou seja, com

- I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
- II – liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;
- III – pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas;
- IV – respeito à liberdade e apreço à tolerância;
- (...)
- IX – garantia de padrão de qualidade;
- X – valorização da experiência extra-escolar;
- XI – vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais. (2002, p.40-41).

Determinações que efetivamente permitem à pessoa uma maior consciência de si mesma, tanto no que a seus direitos diz respeito como, também, ao que se espera que ela seja para com a sociedade em que se integra e para a qual deve contribuir, positivamente. Portanto, tanto a Constituição em vigor como a LDB são documentos que ressaltam que os PCNs 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, reconhecendo-a como membro efetivo da mesma e não isolada dela. Isto significa, também, que outras instituições devem participar deste processo e, sem dúvida alguma, a Saúde é uma delas.

Assim, este estudo pretende discutir justamente como esta intersectorialidade preconizada pelas atuais políticas de educação e saúde brasileiras acontecem no cotidiano de uma comunidade da cidade de Teresina (PI). Nessa comunidade há uma escola. A escola alvo desta pesquisa foi escolhida a partir de critérios metodológicos pré-estabelecidos e que serão detalhados na Parte II do presente estudo, por ocasião da apresentação e discussão do trabalho empírico.

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

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 intersetorialidade.
2. Analisar as representações sociais e as práticas que os profissionais de saúde e educação apresentam em relação às atividades intersetoriais como estratégias para promoção da saúde.
3. Compor uma análise comparativa entre a proposta oficial de intersetorialidade 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 intersetorial 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.

CAPÍTULO I: BREVE OLHAR À SAÚDE DE FINAIS DO SÉCULO XIX EM DIANTE

A partir do final do século XIX, com as descobertas técnicas e científicas de vários estudiosos, como Robert Koch² e Louis Pasteur³, a doença e suas causas passam a ser individualizadas. Incompleto seria ficarmos apenas pela referência a estes dois nomes, porque, é neste século em que a ciência se consolida. Vejamos apenas algumas situações. Embora fora do espaço temporal indicado acima, entendemos não deixar de referir, pela importância absoluta, George Stephenson (1781 - 1848) que constrói o primeiro motor a vapor totalmente funcional em 1813, que acabaria por resultar no trem, tendo sido construídos vários quilômetros de linhas férreas na Europa, Estados Unidos e Brasil, de algum modo ajudando em muito, o transporte de pessoas (inicialmente a locomotiva foi pensada para transporte de carvão). Ainda na Inglaterra e na área da medicina, Joseph Carpue (1764 - 1846), que se torna no primeiro médico europeu a fazer uma rinoplastia, isto é, enxerto de pele, quando retirou um pedaço de pele da testa de um oficial inglês, que havia perdido boa parte de seu nariz devido a tratamentos com mercúrio, comuns naquela época e, após o devido preparo, a costurou – é assim mesmo o termo – na parte em falta do nariz do oficial. Operação que, repetida noutro paciente acertou de novo. Charles Babbage (1791 - 1871) com a sua máquina analítica de 1835, da qual se terá originado a máquina calculadora e foi o embrião do computador moderno. O telégrafo, em 1835, a fotografia, em 1837 Alexander Graham Bell (1847 - 1922), com o telefone, em 1876, o telégrafo e o código morse que Samuel Morse (1791 - 1872) inventou em 1838, os irmãos Lumière (Auguste: 1862 – 1954 e Louis: 1864 - 1948) e o cinematógrafo, em 1895. Se entrarmos especificamente em espaço da educação e de modo muito simples, então a educação era um monólogo, em que o docente, que tudo sabia, apresentava suas informações e os alunos eram receptores dessa informação. Portanto, havia um controle, disciplina e dominação, que estavam do lado do docente. A escola era um espaço reservado a poucos. No entanto, é neste período que,

Em relação à escola, nascem os grandes sistemas públicos de educação. Modelo de escola que não apenas instrui e forma, mas também impõe comportamentos e valores, que se articulam em torno da didática, da racionalidade, da disciplina, das práticas repressivas, uma escola não mais caracterizada como nos fala Ariès (1988),

² Heinrich Hermann Robert Koch nasceu em Hannover, Alemanha, em 1843 e faleceu no mesmo país, Baden-Baden, em 1910. É um fundador da microbiologia, e foi ele quem nos deu a conhecer a epidemiologia das doenças transmissíveis.

³ Químico e microbiólogo francês, nascido em Dole, no ano de 1822 e faleceu em Marnes-la-Coquette, em 1895. Famoso pela sua técnica de pasteurização e princípios de vacinação.

pela “promiscuidade das diversas idades. (ARRIADA; NOGUEIRA e VAHL, 2012, p.37).

Façamos, também, uma breve observação ao que sucede, em termos evolutivos, no campo da medicina, apenas para mostrar, de modo bem abreviado, de que temos consciência, mas para que sirva de norte a estes indicadores de progressão nos vários espaços do fazer humano. Segundo Scliar,

Mas a ciência continuava avançando e no final do século XIX registrou-se aquilo que depois seria conhecido como a revolução pasteuriana. No laboratório de Louis Pasteur e em outros laboratórios, o microscópio, descoberto no século XVII, mas até então não muito valorizado, estava revelando a existência de microorganismos causadores de doença e possibilitando a introdução de soros e vacinas. Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas. (2007).

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 descoberta tão somente com o uso do 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. De modo breve, é devido a Auguste Comte (1798 – 1857) a tentativa de reorganizar o conhecimento humano, procurando respostas nas tentativas de sistematizar, combinando pontos de vista de pensadores anteriores a ele, no que pudesse ser adotado como princípio de verdade. Pode se dizer que Comte entende residir na ciência a preferência para todo viver humano, entendendo-o como se de uma religião se tratasse, escanteando, é esse mesmo o termo, as especulações próprias da Teologia e da Metafísica. Naturalmente, hoje, os conceitos deste pensador francês são muito questionados, mas se colocaram ao ponto de exercerem influências indiscutíveis no ocidente e, até mesmo no Brasil, estando estampada na Bandeira Nacional os dizeres “Ordem e Progresso”, lema do positivismo comtiano. Quanto a pensadores brasileiros, a influência Comte se verifica em Miguel Lemos (1854 – 1917), Teixeira Mendes (1855 – 1927) e Benjamin Constant (1836 – 1891) cujas ideias prevaleceram nos meios republicanos,

principalmente quando foram exerceram a Presidência da República Deodoro da Fonseca⁴ (1827 – 1892) e Floriano Peixoto⁵.

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” (BERLINGUER, 1988, 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. Fazemos uso da pesquisa de Dalmolin, *et al.*, que nos dão um sentido bem mais amplo, ao explicitarem que,

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, grandes avanços favoreceram a base conceitual de saúde, graças à participação ativa da sociedade, a qual impulsionou o Movimento da Reforma Sanitária, que possibilitou a reformulação do sistema de saúde brasileiro, bem como o entendimento de saúde enquanto produto de múltiplos determinantes, como educação, trabalho, alimentação, acesso aos serviços de saúde, dentre outros. Com o surgimento da Reforma Sanitária, a saúde passou a ser vista de forma ampla e complexa, centrando as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, diferente do modelo de saúde anterior, que evidenciava um sistema fragmentado, assistencialista, voltado para a lógica curativista, sem a participação da população e restrito aos profissionais da saúde. (2011).

Este texto acima citado nos explicita, não apenas uma visão mais abrangente do que podemos ler do texto contido no documento emitido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como se entende, até pelas respostas que estes pesquisadores obtiveram a partir das pessoas que aceitaram participar de sua pesquisa, ser muito mais proveitoso, tanto para sociedade como para a nação, que haja um agir coordenado ou próximo entre setores, para que o País e sua população sejam atendidos de modo mais eficaz e eficiente. Ao expormos estes dois paradigmas distintos de saúde, buscamos chamar a atenção para a dinamicidade que

⁴ Militar. Posto de Marechal. Foi o 1º Presidente do Brasil, tendo-se esforçado por implantar um regime republicano. Exerceu o cargo de 15 de novembro de 1889 até 3 de novembro de 1891.

⁵ Militar. Posto de Marechal. Era o Vice-Presidente do Marechal Deodoro da Fonseca, tendo-o substituído na Presidência em 1891, cargo que assumiu em 23 de novembro de 1891 e exerceu até 15 de novembro de 1894.

existe na produção do conhecimento humano e sua consequente 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 redescobrimo. Além disto e porque o homem não vive nem se faz sozinho, apoiamo-nos nas palavras de Werneck que observa:

A chamada “construção do conhecimento” não é então totalmente livre e aleatória levando ao solipsismo e à incomunicabilidade. Ela deve corresponder a uma unidade de pensamento, a uma concordância, a um consenso universal. Não se pode imaginar que possa, cada um, “construir” o seu conhecimento de modo totalmente pessoal e independente sem vínculo com a comunidade científica e com o saber universal. (2006, p.176).

Esta autora nos traz a sistemática advertência da necessidade de se ter a consciência do outro, do seu pensar, sentir e agir para, na ligação entre esses espaços e o do próprio indivíduo, possam ser feitas as descobertas do “...mundo intersubjetivo ... (WERNECK, 2006, p.176) e defende que seja de todo útil, bom e meritório que o Educador entenda essa entrelaçar de conhecimentos, pensamentos, vontades pois, assim, além de poder trazer auxílio a um melhor desenvolvimento do(s) sujeito(s), pode igualmente possibilitar “... com que grupos mais homogêneos melhor se compreendam, com que possa haver uma comunidade científica, religiosa e ideológica.” (WERNECK, 2006, p.176). E, ainda, sob orientação desta estudiosa, para que possa haver interligação entre educação, saúde e demais áreas do saber humano, é da maior importância, e que entendemos como a tão útil e necessária ligação entre todos, e em especial os que fazem a saúde e a educação no Brasil que “O conhecimento não é apenas relativo ao sujeito, mas objetivo e universal.” (WERNECK, 2006, p.194) e, nas palavras de Vieira, “A criança é um *animal educando* e o adulto é, por natureza, *homo semper educatore*.” (1995, p.134) e deve ser sempre assim porque, se a pessoa se fecha em si mesma, de que servem seus conhecimentos?

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 século 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, 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 (1984, p.122).

Assim, as ideias 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 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.

1.1. Alguns Conceitos Sobre Saúde Pública e o Surgimento da Saúde Coletiva como Campo 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 o 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.

Outra possível explicação do que seja saúde pública encontramos em Filho, quando nos afirma que ela

... é um setor da sociedade, à semelhança do que são a educação, a habitação, etc. e, portanto, se define a partir de uma ótica que ultrapassa os seus próprios limites, rebuscando essa determinação na própria sociedade na qual ela se desenvolve. A esse tipo de compreensão poderíamos categorizar de política porque compreende a saúde pública, sua origem, maneira de ser, suas transformações, seus resultados, a partir da compreensão da própria sociedade, mediante o entendimento das leis que a explicam e regem. (1987).

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 à saúde em âmbito coletivo, a Medicina busca a cura da doença no corpo individual.

É importante salientar que os dois campos acima referidos 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. 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.

1.1.1. O Modelo Sanitarista Campanhista

Analisando a história da saúde pública no Brasil, 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 então colônia portuguesa. 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 Brasil, pois se propagou a ideia de que os trabalhadores constituíam a força produtiva da nação.

No período da República Velha ou, também, Primeira República, porque é o período que sucede ao do final do Império, que se estendeu de 15 de novembro de 1889, data em que o Brasil foi proclamado uma República, até ao dia 3 de outubro de 1930, a principal fonte de riqueza era a cafeicultura, logo seguida da borracha e do açúcar, entre outros insumos, cujos lucros serviam para financiar a expansão das atividades industriais e comerciais nos polos urbanos e marítimos, essencialmente os que se localizavam na região Sudeste do Brasil. A industrialização da nação leva a alterações no seu tecido social, com o surgimento de uma

classe operária e a deslocação de pessoas em número significativo para espaços urbanos, com as consequências que tal tipo de alterações provoca e as necessidades de adequação de infraestrutura que acolhesse com um mínimo de condições aos que se transferiam para as cidades. Assim, todos os esforços sanitários se concentraram nas cidades, pois eram agora as novas áreas potenciais da economia.

Luz (1991) refere que neste período o Brasil é liderado por Oswaldo Cruz (1872 – 1917) – médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro um programa nacional de controle sanitário, adotando o modelo das “campanhas sanitárias”, para as quais buscou inspiração no modelo Norte-Americano, mas efetivamente importado de Cuba, para combater epidemias urbanas e, posteriormente, endemias rurais. Por força da necessidade de serem muito bem organizadas e o público assistido decentemente, diz-nos Peres que,

As campanhas de saúde pública eram organizadas de tal forma que assemelhavam-se a campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes portadores de doenças contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitárias. Esta situação levou à "Revolta da Vacina", no Rio de Janeiro, quando a população revoltou-se com a obrigatoriedade da vacina contra a varíola. (SCLIAR, 1987 *apud*, GROISMAN, MORAES e CHAGAS, 2005, p.4).

Este modelo e os cuidados colocados nestas ações, embora visassem melhorar as condições sanitárias da população e combater as doenças, teve como reais motivos de sua criação a preocupação com as atividades econômicas do Brasil. 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. É de considerar que muitos dos problemas enfrentados em termos de saúde surgiam a partir da chegada de imigrantes, transportados em vapores, barcos que faziam as viagens marítimas entre continentes mais rapidamente que os veleiros e, porque tinham contratos com os correios, para a entrega de correspondência, eram, também, mais consistentes cumpridores de horários de viagens, para garantir a chegada dessas correspondências aos destinos mais depressa. Mas este transporte, como veremos, dito por Rebelo,

... ao acelerar as viagens, os vapores intensificaram a circulação de microrganismos entre as populações. Epidemias e pandemias tornaram-se mais frequentes, e o controle dos micróbios, inseparável da vigilância dos indivíduos. As doenças ameaçavam o desenvolvimento da economia capitalista, pois castigavam a mão de obra que partia da Europa para a América. Além disso, prejudicavam o livre comércio com a imposição de medidas profiláticas como as quarentenas e

desinfecções de navios, bagagens, mercadorias e passageiros nos portos de escala e no desembarque. (2013).

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 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” (1991, p.202).

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 que ficou para a história como 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 a saúde era entendida como ausência de doenças no indivíduo 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, o estado se limitavam ao controle das doenças, pouco importando as condições de vida da população. Bertolli Filho sustenta 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 (1999, p. 26).

Na realidade, o Brasil, pela década de 30 do século passado enfrentava uma situação de recepção de milhares de pessoas que chegavam ao país provenientes principalmente de Portugal, Espanha e Itália, desembarcando em portos do Rio de Janeiro e Santos, Estado de São Paulo. Esse afluxo imenso de pessoas, as insuficientes condições sanitárias e de infraestrutura que então eram gritantes no Brasil, geraram na eclosão de epidemias sérias, nomeadamente de peste bubônica e febre amarela, entre outras. Se em um primeiro momento, por força do poder estar em mãos dos produtores de café, cuja produção se centrava no centro-sul do Brasil, a problemática da saúde era entendida como assunto de âmbito estatal. No entanto e dadas as cada vez mais evidentes necessidades de entender o Brasil como um todo e não partes estratificadas, é no governo de Rodrigues Alves que esse entender o Brasil como país em toda a sua extensão, sob a batuta de Osvaldo Cruz que o problema da saúde passa a ser entendido, também, como questão política. Assim,

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social. Datam dessa época os primeiros encontros de sanitaristas que bradavam por soluções mais eficazes no que tocava às questões de saúde. Esse movimento sanitário difundiu a necessidade da "educação sanitária" como uma estratégia para a promoção da saúde e o conteúdo dos discursos era permeado por uma intensa fermentação de ordem liberal (BRAGA; PAULA, 1987, *apud* BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p.383).

Sem ir muito além destes apoios à nossa exposição, referiremos, mesmo assim, que entretanto o Brasil conheceu evidente avanço em todos os setores. Hoje, notícia cotidiana em todos os meios de comunicação, desde os escritos aos televisionados e eletrônicos⁶, vivendo novo surto de dengue, febre chikungunya, febre pelo vírus zika, febre amarela (concentrada

⁶ Limitamo-nos a indicar os que têm origem em Entidades credíveis, das quais não descuramos a própria Tutela: Portal do ministério da Saúde: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue>; Fiocruz: http://www.climasaude.icict.fiocruz.br/index.php?pag=no_to&tema=no_to; BBC/Brasil: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160127_atualiza_entenda_zika_lab, menos acadêmico, mas muito esclarecedor, do G1: <http://www.maracajuspeed.com.br/noticia/febre-amarela-dengue-zika-e-chikungunya-entenda-as-doencas-do-aedes-que-afetam-o-brasil>, entre outros.

especialmente em regiões de Minas Gerais) que preocupam todo o país, tem outra realidade à qual as autoridades não podem, ou não devem fechar seus olhos: o aumento do número de pessoas que vão atingindo a faixa etária da terceira idade, dando origem a novas realidades, se entenda, necessidades de cuidados assistenciais, por isso desde logo, se clama a que os sistemas da educação e da saúde da nação se preparem, uma, para receber pessoas de mais idade que querem aprender ou voltar à escola e, a outra, a se preparar específica e especialmente para cuidar e tratar destes cidadãos da terceira idade.

A aproximação à virada do século, nos coloca diante de mudanças nos perfis epidemiológicos que se expressam pelo aumento da expectativa de vida, o que significa um maior contingente de pessoas no grupo da terceira idade e que por isto requerem assistência especializada. Além disso, o processo de transição epidemiológica evidencia que, na verdade, se acumulam as doenças degenerativas às doenças infectocontagiosas. Esse conjunto, ao lado do inegável desenvolvimento tecnológico, que impulsiona a aplicação de intervenções em saúde caras, complexas e, frequentemente, desnecessárias, é acompanhado da crescente medicalização e da distribuição desigual dos profissionais de saúde no território brasileiro. (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 395-396).

Como não acreditar que, de mãos dadas, estes desafios obterão não apenas respostas, mas resultados positivos? Podemos idealizar em um estudo como este, considerando-o uma possível proposição de políticas públicas de ação positiva em favor de todo cidadão brasileiro e ou de outras nacionalidades que estejam vivendo no Brasil.

1.1.2. O Modelo Médico-assistencial

Há uma transição de poder em 1930, com Getúlio Vargas assumindo o cargo da Presidência da República Federativa do Brasil, ao comandar o movimento armado com os Estados de Minas Gerais, Paraíba e Rio Grande do Sul à cabeça, tendo culminado no golpe de estado de 1930, que depôs Washington Luís. Esse golpe impediu que o candidato efetivamente eleito, Júlio Prestes, assumisse o cargo. Este golpe pôs fim à República Velha. Getúlio exerceu a presidência até 1945. Tão logo tomou posse, de imediato adotou um conjunto de medidas que desvinculassem o Estado do poder das oligarquias, de modo a poder centralizar em si esse poder governativo. Para conseguir concretizar seus intentos, leva por diante uma extensa reforma política e administrativa, tendo, inclusive, obtido apoio do Congresso Constituinte para a proposição de uma nova Constituição, que haveria de ser promulgada no ano de 1934. Para se manter no poder, Getúlio Vargas viu-se obrigado a

adotar um conjunto de medidas populistas, ao mesmo tempo em que continha reivindicações populares. Recorreu a políticas sociais como meio de manter seu governo autoritário e centralizador. Mesmo assim, é forçoso reconhecer origem neste político de uma série de condutas em benefício do país, nomeadamente,

Vargas é o construtor do moderno Estado brasileiro. Além de ser o líder da transformação de uma economia agrário-exportadora voltada para fora em outra industrializada e voltada para dentro, ele criou instituições que contribuíram para o desenvolvimento econômico e social do país. A Consolidação das Leis do Trabalho ainda é o arcabouço geral de regulação das relações de trabalho; sem mencionar o salário mínimo; a ampliação do crédito agrícola via programas do governo federal e de carteiras do Banco do Brasil; a criação do BNDES, que ainda financia boa parte dos investimentos na indústria e na infraestrutura; a criação das companhias Vale do Rio Doce e Siderúrgica Nacional (ambas em 1942) e da Petrobrás (em 1954). (FILHO, 2013).

Por força do que acabamos de descrever, houve a fundição, em um único ministério, da educação e da saúde, cujo nome ficou mesmo, o Ministério da Educação e Saúde, criado em 14 de novembro de 1930, tendo à frente do mesmo Francisco Campos, que haveria de promover a reforma da educação secundária e universitária do Brasil. É exatamente no decorrer deste momento da história do Brasil que se verifica uma dicotomia, como nos afirma Luz (1991), entre “saúde sanitária” e a “medicina”. Aquela correspondia à instalação de redes de postos sanitários, em áreas habitacionais de pessoas carentes que não tinham serviços médico-hospitalares. Estas redes, tal com se caracterizou o governo de Getúlio, eram de princípio centralizador sob direta supervisão e controle dos poderes estaduais e federais. Tal tipo de centralização proibia um olhar local mais conhecedor e, portanto, mais capaz de atender às necessidades de tratamentos de enfermidades locais, com necessidades epidemiológicas próprias, não necessariamente iguais às que ocorriam em outros espaços do território nacional nem, mesmo, estadual. No que diz respeito aos serviços médicos e hospitalares, estes são inicialmente oferecidos à população, entenda-se, classe operária via fundos de pensões e de aposentadoria, que são, conforme a acepção da Tutela que em seguida se indica: “Os fundos de pensão são opções de investimento para proporcionar uma aposentadoria complementar, como forma de aumentar os recursos recebidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). (2017)”. Para estes órgãos⇔fundos, com origem no Deputado Elói Chaves, em 1923, foi promulgado o decreto-lei nº 4682, de 24 de janeiro, que atendia aos ferroviários, instituiu a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), à qual os trabalhadores pagavam uma pequena quantia mensalmente, com isso capitalizando para o futuro, quando se aposentasse ou se por algum problema de saúde a pessoa se visse

incapacitado de trabalhar, pudesse ter uma renda com a qual lhe fosse possível viver. Estes fundos, criados no decorrer do governo Vargas, com forte carga clientelista e populista, propiciava atendimento médico a uma parte significativa da classe operária urbana, através de um desconto mensal, da folha de salário, de cada dos trabalhadores e, além disso, também, das entradas brutas anuais da empresa (BERTOLLI FILHO, 1999). Assim sendo, o fundo era uma espécie de mesclado entre o que conhecemos como previdência social e plano de saúde, presentemente.

Tal a distância entre saúde coletiva e medicina individual que os ministérios que atendiam estes dois setores eram diferentes. O da Saúde Pública estava junto ao da Educação e, o da medicina individual esteve, durante muito tempo, ligado ao da Previdência Social.

Para Mehry, esta distância não deixa de ter seu sentido porque,

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 (1997, p. 206).

Com a vitória dos Aliados (Império Britânico, Estados Unidos, França, União Soviética e China) na II Grande Guerra Mundial (1939-1945), que acabavam de derrotar a Alemanha nazista e seus aliados fascistas/conservadores, nomeadamente Itália e Japão, o povo brasileiro sentiu alento para desenvolver ações internas, de modo a avançar para uma abertura política na sua própria sociedade. Assim, verificam-se movimentos populares, de entre os quais apenas mencionamos as passeatas dos estudantes, que a UNE (União Nacional dos Estudantes) patrocinava; o levantamento de políticos de Minas Gerais, que lançam o **Manifesto dos Mineiros**, que é um documento contestatário ao governo; com a união de escritores e intelectuais brasileiros que clamam por imediata democratização do país, no seu I Congresso em 1945, entre outras ações, todas se conjugam para levar Vargas a renunciar à Presidência, decisão que anunciou em 29 de outubro de 1945.

Com a renúncia de Vargas ao poder verifica-se um aumento exponencial da industrialização do Brasil. Segundo Cano, “... os contratemplos não tiveram o fôlego suficiente para conter o muito que avançáramos, e não conseguiram nos afastar do caminho acelerado da industrialização, cuja taxa média anual de crescimento entre 1946 e 1950, para o Brasil, teria sido em torno de 10%.” (2015). Além disso e mais objetivamente se verifica um distanciar ainda mais evidente entre saúde pública e a medicina individual, tendo esta última saído mais

privilegiada, porque se colocava dentro dos modos de atuação do governo militar, isto é, de olhar à privatização com mais simpatia do que ao envolvimento do Estado.

Em 31 de março de 1964 ocorreu um golpe liderado pelos militares, que afastaram da Presidência do Brasil João Goulart e que iria resultar numa ditadura que perduraria por 21 anos, ou seja, terminaria em 15 de janeiro de 1985, com a eleição democrática de Tancredo Neves⁷. No decorrer deste período de governo ditatorial, há efetivo crescimento da economia do país, e, para mostrar como assim era, trazemos parte do discurso de posse em 1969, em que em determinado momento Médici⁸ afirmaria: “Homem de meu tempo, tenho pressa”. Um ritmo de crescimento oscilando entre 6 e 7% “já não nos bastam”, “urge acelerar o processo.” (apud MACARINI, 2005) mas esse crescimento se deveu a vários fatores, de entre eles, a diminuição de salários, abrandamento de investimentos tanto na educação, como na saúde pública (realidades que se mantêm ainda, nos dias que correm), entre outros, conforme podemos constatar em Romão e Hoffmann, citados por Cysne, ao nos afirmar que,

... os governos militares podem ser criticados, em seu conjunto, na questão social. Tome-se como exemplo, neste sentido, a deterioração na distribuição de renda entre 1960 e 1990, atestada pelo índice de Gini, que passou de 0,5 em 1960 a 0,568 em 1970, 0,561 em 1980 e 0,592 em 1990. Da mesma forma, a parcela de renda apropriada pelos 40% mais pobres da população declinou de 15,8% em 1960 para 13,3% em 1970, 10,4% em 1980 e 9,9% em 1990. (1993, p.190).

Concordante, também, como nos informa Escorel,

Na economia, a fórmula adotada foi a de “aumentar o bolo para depois dividir”: de fato houve um grande crescimento na economia – o chamado ‘milagre econômico’ – baseado no arrocho salarial e na transnacionalização crescente da estrutura produtiva. Enquanto o crescimento econômico era usado para mascarar a falta de liberdade, crescia a desigualdade social. Esse modelo de modernização baseou-se no incremento financeiro governamental com a infra-estrutura econômica e forte redução nas políticas sociais. As reformas realizadas nesse sentido, além de favorecerem a acumulação capitalista, submeteram o Estado às regras do capital privado. (2008, p.385).

E, ainda, “É importante mencionar que boa parte das reformas do PAEG só foi possível de ser implementada porque o País estava sob um regime ditatorial, dada a

⁷ Tancredo Neves foi o último a ser eleito indiretamente em 15 de janeiro de 1985 pelo Colégio Eleitoral, tendo superado Paulo Maluf, o outro candidato. Por motivos de doença, com internamento 12 horas antes de assumir a cadeira presidencial do Brasil, não se recuperou, acabando por ser José Sarney (1930, no Maranhão. Vive ainda.) a exercer a Presidência do país, de 21 de abril de 1985 até 14 de março de 1990.

⁸ Emílio Garrastazu Médici (1905-1985), gaúcho de nascimento, na cidade de Bagé, Rio Grande do Sul. Foi um militar e político, que exerceu a 28ª Presidência da República Federativa do Brasil entre 30 de outubro de 1969 e 15 de março de 1974, em pleno período ditatorial no país, que se estendeu de 1964 até 1985.

quantidade de medidas impopulares que se colocaram sobre a sociedade, como aumento de impostos, arrocho salarial, etc.” (FRANCELINO, 2004, *apud* BELLINGIERI, s/d., p.3) e, o desinvestimento na educação se verifica do seguinte modo:

Os governantes militares tentaram se desobrigar de financiar a educação pública e gratuita, e estabeleceram as condições legais que viabilizassem a transferência de recursos públicos para a rede particular.

A Constituição de 1967 deixou claro o descomprometimento do Estado com relação ao financiamento da educação pública e o incentivo à privatização do ensino. Ela extinguiu os percentuais mínimos de recursos a serem aplicados na educação pela União, Distrito Federal e Estados. Apenas manteve a obrigatoriedade financeira dos municípios, no montante de 20% da receita tributária municipal por ano, investidos no ensino primário. A União, segundo esta Constituição, deveria prestar assistência técnica e financeira aos Estados e ao Distrito Federal para o desenvolvimento dos seus sistemas de ensino, mas não houve referência aos percentuais mínimos a serem despendidos. O que este documento assegurou, foi o ensino livre à iniciativa popular, com amparo técnico e financeiro dos Poderes Públicos, inclusive mediante bolsas de estudo, ou seja, o estímulo à privatização é visível. (ASSIS, 2012, p.328).

No que diz respeito à saúde pública, também temos informações de interesse para entender o distanciar do Governo Militar de suas obrigações, pelo menos nos primeiros momentos, porque, já na década de 1980 o clamor popular era de tal modo forte que se tornou necessário rever esta situação. Mas, voltando atrás, nos diz Carvalho que,

Durante a ditadura, alguns projetos privatizantes como o do Vale Consulta e para as regiões mais pobres uma reedição da Fundação Sesp denominado Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (Piass). O Piass não se implantou por falta de vontade política dos governos à época. Tinha mais virtudes que defeitos. Faltou interesse público para levá-lo à frente. (2013).

E, ainda, dentro destas lutas que haveriam de conduzir à implantação de um sistema de saúde que atendesse o povo brasileiro nas suas fragilidades de saúde, o seu início demonstra que,

No entanto, o SUS foi criado em terreno adverso à sua proposta de universalidade e equidade, pois o projeto econômico neoliberal, consolidado nos anos 1990 no Brasil, confronta-se diretamente com os princípios da reforma sanitária, que é completamente questionada por esse projeto privatista articulado ao mercado. (SANTOS, 2013, p.237).

Mesmo nos dias que correm, por mais que nos queiramos distanciar da dura realidade deste contínuo distanciamento do Governo Federal de sua mais efetiva e eficiente responsabilidade direta neste âmbito, ainda com Carvalho nos é dito que,

Não existe milagre na saúde. A proposta dos governos progressistas dos últimos anos nada mais é que reforçar a proposta neoliberal, usando exatamente o discurso contrário, ao invés de garantir cada vez mais recursos e eficiência ao setor público. Trabalha-se em sentido contrário. A meta é diminuir a universalidade da clientela. Levar as pessoas a cada vez mais se utilizarem de planos privados de saúde pagando sobre o que já pagam. Enfiando a mão no bolso para suprir o que lhes falta e que já está garantido por impostos e contribuições. (2013).

Assim, conforme avançava cada vez de modo mais evidente a diminuição de investimentos por parte do Governo Federal na saúde pública, deixando essa ação nas mãos dos Governos Estaduais e dos Municípios, se torna evidente, também, o aumento de oferta privada em hospitais, clínicas, enfim, centros em que as pessoas pudessem ir buscar atendimento para sua debilitada saúde, privados. Voltemos ao trabalho de Sarah Escorel para sermos informados de que,

O MS⁹ propôs, em 1968, o Plano Nacional de Saúde que pretendia vender todos os hospitais governamentais à iniciativa privada, deixando ao Estado o papel de financiar os serviços privados que seriam também parcialmente custeados pelos pacientes. Esse plano foi implantado experimentalmente em algumas localidades, mas encontrou enormes resistências, inclusive do próprio corpo técnico da previdência social. (2008, p.387)

Como se não bastasse esta situação, porque cada vez mais se assistia um circular de financiamento de centros de saúde, hospitais, clínicas, por parte do Governo Federal, para proprietários privados, surgem problemas com o uso probo destes fundos, por parte de algumas pessoas e ou entidades a quem os dinheiros eram entregues. Sem entrar no mérito do assunto, trazendo à memória que foi no período da expansão econômica do Brasil que

... o INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica. Paradoxalmente a esse quadro, houve no INPS, um déficit orçamentário por conta das inúmeras fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência à saúde mascarando, de fato, o volume de unidades de serviço. (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p.388).

Finalmente, a cada vez mais óbvia distância entre a quantidade e a qualidade dos serviços médicos oferecidos na urbe e no campo, bem como as razões que levam à ineficácia do sistema que privilegiava o setor privado são, segundo nos aponta Teixeira (2011), os seguintes:

⁹ MS na citação equivale a Ministério da Saúde.

- 1) A prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo. Ademais, os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a expansão da cobertura;
- 2) A ausência de critérios para compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com as necessidades crescentes de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços;
- 3) O alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde criava superposições, descoordenações, ausência de controle, etc., reduzindo a eficácia e a eficiência da ação governamental. (*apud* RIBEIRO, 2014, p.25)

E não nos alongaremos mais neste específico assunto, pois que a prática cotidiana que temos neste setor da vida brasileira confirma os pontos de vista a que aqui recorremos para apresentar este assunto e com os quais, portanto, concordamos.

Há que assinalar, ainda e por força desta situação apresentada acima, além do controle apertado exercido pelo Governo Militar, até mesmo na tentativa de reprimir as fraudes que vinham sendo praticadas, há um gradual desvincular, segundo Bertolli Filho (1999), dos serviços privados dos do previdenciário, o que em muito veio contribuir para agravar ainda mais a já difícil situação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Neste período a que nos temos vindo a referir, este dos anos iniciais da ditadura, a medicina individualista entendia as patologias não como assunto social a serem tratadas, mas como maleitas estritamente ligadas à pessoa em si, às suas patologias pessoais, fazendo com que a medicina tivesse, em sua prática de atendimento ao público, um caráter eminentemente curativo. Cabia ao médico o papel central do processo, colocando e se reconhecendo nele capacidade e conhecimentos para curar os males afetando a saúde dos que procuravam sua ajuda. Para Vasconcelos (1997), a visão “medicalizada” é ainda uma realidade nos dias atuais, na maior parte dos serviços de saúde brasileiros, até mesmo nos de atenção primária. Fácil de entender que, neste modo de atender o público se multiplicavam os procedimentos médicos, se aumentava a quantidade de prescrições medicamentosas e, também, se aumentavam os lucros das produtoras de medicamentos, em detrimento de ações que promovessem a saúde, entendida no seu aspecto mais amplo, de busca, entendimento e cura de problemas gerais, em vez de apenas pessoais. Prosperou a ideia de que qualquer problema de saúde se curava através da prescrição de algum remédio.

Eis, então, a realidade que vivia o Brasil, nesta década de 1960 – que, em verdade, embora com progressões que iam acontecendo, haveria de se manter esta ideia de que no médico se encontrava a resposta para os males da saúde da pessoa, até o início da década de 80 do século passado. Surge a curiosidade: qual poderia ser o papel da educação neste enquadramento, se é que haveria espaço à ligação entre estes dois âmbitos do fazer humano, a saúde e a educação?

Para Scarparo, Torres e Ecker,

Segundo a Escola Superior de Guerra (ESG), os programas de educação deveriam se preocupar com o treinamento de técnicos que ajudassem no processo de crescimento econômico e de desenvolvimento industrial do país. Não havia como prerrogativa a implantação de programas voltados para a produção de habitações de baixo custo, serviços de saúde acessíveis a todos e tampouco investimento em instituições de educação públicas. O modelo econômico destinava-se a colocar o Brasil como um país potente mundialmente em comparação a outros países, capaz de se inserir nos processos de competição produtiva. Para cumprimento de tal objetivo, a ESG afirmava ser necessário o sacrifício de contínuas gerações (ALVES, 2005, *apud* SCARPARO, TORRES e ECKER, 2014).

Outra das situações era as das campanhas “educativas” através de propaganda emitida via transmissão de informativos na rádio, na distribuição de panfletos explicativos sobre como a pessoa deveria proceder para tratamento de sua higiene pessoal. Também era hábito os sanitaristas recorrerem a cartazes, muito bem elaborados, de modo a que pudessem ser bem entendidos por toda a população, inclusive a iletrada. Pode entender-se que esta ação tinha como objetivo difundir hábitos de boas práticas de saúde ou, se quisermos, de higiene pessoal entre a população. No entanto e dada a realidade de que saúde vai além destes hábitos de cuidados básicos, muitos eram os problemas que se sentiam entre a população, e, os militares não entendiam que pudesse residir na educação fonte a partir da qual se ensinasse progressiva e continuamente como as pessoas se poderiam cuidar mais e melhor. Lembremos da forte falta de saneamento básico, infraestrutura ainda longe de condições ideais para precaver contra epidemias e, portanto, se tornava cada vez mais necessário trazer hábitos e práticas de saúde de modo a evitar o espalhar de surtos de múltiplos tipos de doença nos vários espaços do território brasileiro. Na época, o governo militar se contentava em adotar estas medidas paliativas, achando-as suficientes. Não considerava o ambiente como meio no qual poderiam se esconder todo um conjunto de vírus ou insetos que pudessem despoletar problemas sérios de saúde para a população.

Inevitável uma breve referência à década de 1940, no período em que decorria a II Grande Guerra, quando o governo brasileiro e o norte-americano criam o Serviço Especial de

Saúde Pública (SESP). Este instituto haveria de ser um marco no desenvolvimento das instituições de saúde no Brasil, fundamentalmente devido às propostas que apresentou para o desenvolvimento de determinados programas. A ela se deve, também, a introdução de maquinário avançado e métodos de gerir a saúde, tudo sob o comando dos militares americanos. O SESP, inicialmente implantado no Amazonas e no Vale do Rio Doce, haveria de expandir seus postos permanentes de atendimento à saúde em zonas rurais do Espírito Santo e Minas Gerais. Então,

A Fundação SESP influenciou de forma importante na introdução da ideologia do desenvolvimento e participação comunitária, educação de grupos e, ainda, na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, introduzindo os fatores sociais, econômicos e culturais na maneira de perceber o processo saúde doença no currículo de educação sanitária.

Esse movimento introduziu nas escolas a educação sanitária, ainda com forte influência eugenista, onde se buscou a criação de técnicas de regulação e normatização⁴, visando criar um sistema fundamental de hábitos higiênicos, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência das crianças. (SILVA, *et al.*, 2010).

Ação que teria uma interrupção, após o golpe militar de 1964, com as consequências que daí advêm e, com certeza também, a piora da saúde pública no Brasil. Mas houve uma ligação de ação entre a educação e a saúde. Para tanto, continuando no artigo de Silva, *et al.*, vale uma citação longa, mas que nos demonstra cabalmente esta realidade.

No auge do regime militar, especialmente a partir de 1967, as práticas de educação voltadas para a saúde, até então denominadas educação sanitária, receberam a denominação de educação em saúde e as equipes da área passaram a ser constituídas por diversos profissionais de saúde, não só por educadores⁸.

As mais de duas décadas de regime militar e a inflação elevada deram sua contribuição para que o Brasil fosse considerado um dos países com maiores índices de desigualdades no mundo e que aqui se instalasse a crise do setor saúde²⁴. A crise do setor saúde foi caracterizada pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia aos serviços durante a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975²⁰. Diante da ameaça de quebra da estabilidade social, o Estado brasileiro foi obrigado a preocupar-se mais com os problemas de saúde, educação, habitação e saneamento da população. Mas a crise econômica já se iniciava, tornando escassos os recursos financeiros disponíveis¹³. Assim, foi preciso encontrar um modelo alternativo de assistência médica e a medicina comunitária, que já vinha sendo colocada em prática em outros países do mundo, logo se mostrou a mais adequada às necessidades políticas do momento¹³.

Nesta época, a educação em saúde tornou-se obrigatória nas escolas brasileiras de ensino médio e fundamental (antigos primeiro e segundo graus) pelo artigo 7 da lei nº 5.692/71, com o objetivo de estimular o conhecimento e a prática da saúde básica e da higiene nos escolares². (SILVA, *et al.*, 2010).

Olhando ao sentimento reinante na época do governo militar de que está nos seus hábitos e seus modos de vida que o homem leva a razão de ser de doenças, faz espalhar o sentimento de que o doente apenas tem a si mesmo para se culpar de sua condição enferma. A pessoa se sentia culpado por, diga-se, não ter acatado os ensinamentos propiciados nos momentos de propaganda na rádio ou nos panfletos distribuídos pelo Governo. De certo modo, nos dias que correm ainda se verifica este sentimento em muitas pessoas. Há, até, um sentimento de vergonha, levando, com alguma frequência, que a pessoa demore para procurar ajuda médica. Hoje, o médico de saúde pública deve ter o cuidado de alertar seus pacientes contra esse tipo de sentir, procurando retirar das pessoas esse fardo de culpa. Portanto, presentemente ainda há muito essa ideia, como nos refere Vasconcelos,

As palestras e as orientações individuais comumente transmitem a idéia de que cada doença se deve principalmente à 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 (1997, p. 28).

Lembre-mos que, no decorrer do período da ditadura no Brasil, quando aconteciam ações interdisciplinares envolvendo a saúde, esta era olhada em seu aspecto biológico, curativo, com base em ações personificadas nos médicos, porque era nestes profissionais que se entendia estarem as respostas para a resolução das várias situações de doença que iam surgindo. Quando aconteciam as ações conjuntas entre saúde e educação, estas compreendiam duas sistemáticas: a) o ensino de valores higienistas e, b) as explicações médicas sobre as causas das doenças em indivíduos, ou seja, não havia um olhar coletivo ao problema.

Este entender a saúde no indivíduo, em detrimento do coletivo, comprometido com investimentos a privados que (re)vendiam a saúde ao Estado, levou a que surgissem inúmeros hospitais particulares e isto ocasionou “a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre serviços de saúde e população. (LUZ, 1991, p.96). Esta visão míope do problema, incapacidade de a Tutela entender a necessidade de investimentos em infraestrutura levou a que o Brasil assistisse a um surto de epidemias, inclusive, de algumas doenças que já haviam sido controladas desde o início do século XX e, também, outras. Doenças como a malária, a varíola, febre amarela, apenas para mencionar algumas,

estão estritamente ligadas a esta ausência de cuidados que o Governo Federal teima em manter com a educação e, também, como teremos oportunidade de ver adiante, com a saúde.

A década de 1970 viu surgir a meningite meningocócica no Brasil, especificamente em 1971, tendo atingido seu auge no ano de 1974. É verdade que, naquela década esta doença não aconteceu somente no Brasil, pois se verificou um surto dela na Península Ibérica (Portugal e Espanha), na Grã-Bretanha, Finlândia, entre outros, no continente africano, na Ásia e na Oceania. Se nesses locais do mundo o surto foi tratado com a devida noção política que merece, no Brasil a doença se espalhou, a partir de São Paulo, para o Rio de Janeiro, Salvador e demais território brasileiro, tendo focos nas cidades acabadas de referir. Porque se alastrou pelo Brasil esta doença? Porque na referida década, no Brasil, se vivia o período mais violento da ditadura, com os líderes militares muito mais interessados em perseguirem seus oponentes do que realmente olhar às necessidades da população, e, portanto, este foi um caso que demorou para ser atendido pela Tutela.

Desde o aparecimento da Meningite, em 1971, as autoridades foram informadas que havia uma epidemia da doença, mostradas pelos médicos da época através de levantamentos. Porém, os governantes negaram a sua existência, pois o Brasil vivia a época do “milagre econômico”, e a epidemia poderia ofuscar o brilho que o Brasil estava tendo nessa época. Assim, médicos e a imprensa eram proibidos de falar nesse assunto. (SCHNEIDER e TAVARES, 2015).

Porque o Ministério da Saúde teimava em conferir importância à saúde individual e não à coletiva, esta atitude muda drasticamente sua linha de ação, porque, em vez de proporcionar um serviço que atendesse ao todo, ofereceu atendimento apenas a uma minoria. Muito embora em 1975 tivesse sido proposto, através do II Plano de Desenvolvimento (II PND), que se realizassem obras de saneamento por parte do Ministério da Saúde, pouco ou nada mudou no viver precário, tanto em termos de higiene e condições de salubridade, como econômicas da maioria da população no Brasil. Como acabamos de ver, Segundo Bertolli, este é um fator que causa resultado que teve trágicas consequências, por se ter verificado um “aumento de enfermidades como a dengue, meningite e a malária. Quando tais doenças se tornavam epidêmicas, as autoridades da ditadura recorriam à censura, impedindo que os meios de comunicação alertassem o povo sobre a ameaça.” (2008, p.52).

Em virtude desta realidade, natural foi que começassem a surgir manifestações de descontentamento para com o Governo e suas políticas de saúde. Estas manifestações de desagrado eram tanto por parte da população, como por parte de médicos. Assim, os profissionais da saúde, bem como líderes comunitários cada vez mais se unem para pedir por

mais responsabilidade do Governo e que este olhasse o setor da saúde com o cuidado e atenção que ele merece, e que, fossem atendidas as reivindicações de valorização do trabalho dos médicos e mais atenção dada às necessidades de melhorias coletivas para a saúde da população.

1.1.3. Reforma Sanitária

É importante iniciarmos este momento do estudo com uma breve explicação sobre a reforma sanitária no Brasil porque, se é indiscutível que era um passo que a nação tinha que dar, ela tem grande significado na redemocratização do Brasil. É que, a reforma sanitária é filha da luta contra a ditadura. Sob o tema “Saúde e Democracia”, ela se compõe, estrutura e desenvolve nas universidades e no movimento sindical, em modo de experiências que foram feitas regionalmente em organização de serviços. Segundo Paiva e Teixeira, “Em julho de 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, com o objetivo principal de editar um periódico especializado, instituiu o Cebes. A partir daí, *Saúde em Debate* tornar-se-ia um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento, e o Cebes, uma de suas referências como entidade da sociedade civil” (2014, p.22).

Em agosto de 1976 foi oficializado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), formalmente vinculado ao Ministério da Saúde. Este programa tinha como característica ser credor de investimentos a serem utilizados na expansão de redes de atendimento primário de saúde nos interiores dos estados do Brasil. Pois bem, o Brasil da década de 80 do século XX experimentava uma vincada crise econômica, causada pelas opções industrialistas dos vários líderes militares que presidiram à nação e, a situação degenera no longo, difícil e por vezes conflituoso processo de restituir a democracia aos brasileiros. A sociedade civil se organiza, age para reivindicar seus direitos de modo mais sistemático, sendo que entre as várias reivindicações constava o direito à saúde, mas de modo universal, bem como o do acesso à educação. Neste sentido, isto é, no alargar a todos a possibilidade de acesso à saúde,

... começou a desenvolver-se entre os sanitaristas um ideário reformista que objetivava estender a saúde a todos os brasileiros, além de postular que a almejada melhoria das condições sanitárias estava diretamente relacionada à ampliação do direito à cidadania, ou seja, à democratização da sociedade. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p.24).

É a partir deste momento, segundo Luz (1991), que, pela primeira vez, a saúde é entendida como um direito universal e dever do Estado. Além do mais, segundo Paim (2008), “embora o movimento sanitário não tenha conseguido empreender a reforma esperada – transformando tanto as condições de saúde como a própria sociedade –, ele contribuiu para a difusão da noção do direito à saúde, como parte da cidadania e para a reforma democrática do Estado.” (apud Paiva e Teixeira, 2014, p.27-28) Passo a passo a sociedade vem reivindicando um conjunto de direitos que há tanto tempo lhes era negado até à promulgação da nova C.R.F.B., em 1988, atualmente em vigor, a denominada “Constituição Cidadã”, por efetivamente olhar ao cidadão como ente essencial para a condução dos destinos da nação e lhe proporcionar alguns direitos fundamentais, nos quais entram a saúde e a educação.

O regresso à democracia, conformada com a nova Magna Carta surge em meio a um turbilhão de ideias nos vários âmbitos. Aquele em que possivelmente este fervilhar de ideias mais se fez sentir foi no campo da saúde. É neste ambiente que se inicia o movimento da Reforma Sanitarista, que reuniu membros de vários setores profissionais entre os quais estavam professores, profissionais da saúde, políticos de vários quadrantes, entre outros, que haveria de levar, em 1986, à VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve para cima de quatro mil pessoas presentes. Haviam-se passado 21 longos anos em que o povo brasileiro sofreu às mãos do governo militar, todo tipo de limitações, desde censura, ausência de cuidados sociais como de falta de infraestrutura adequada, saúde, educação, habitação. Com a promulgação, em 5 de outubro de 1988, da Constituição que vigora hoje ainda, foi previamente aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte, reunida para o efeito em 22 de setembro deste mesmo ano. Este novo Documento que encima o ordenamento jurídico da nação, demonstrando claro afastamento com o regime autoritário e totalitário que acabara de existir, devolve aos brasileiros valores democráticos. Neste novo documento legal estão assegurados direitos aos brasileiros que a ditadura militar lhes cerceara, de 1964 a 1985, nomeadamente no que a direitos fundamentais diz respeito, mais participação do Poder Judiciário toda a vez que exista lesão, ou ameaça disso, a direitos conquistados pelo povo brasileiro. Para que ficasse evidente a distância entre o novo sistema governamental nacional relativamente ao anterior, autoritário, a C.R.F.B. de 1988 qualifica como “crimes inafiançáveis” a tortura e quem pegar em armas contra o estado (agora) democrático e a ordem constitucional. Estas determinações dão origem a dispositivos constitucionais que obstem ao surgimento de qualquer tipo de golpes. Entende o direito à vida como fundamental,

bem como o acesso, para todos, sem olhar a cor nem credo, à saúde e à educação, que o Estado tem a obrigação de propiciar a seus cidadãos.

Em função da nova realidade política e social brasileira, várias atualizações de entidades, à nova ordem política, aconteceram. Entre elas, uma nova política para a saúde se inicia. O SUS avança, agora, para ultrapassar os contrastes entre a saúde coletiva e a medicina individual, para trazer a todos acesso, o mais digno possível, de atendimento médico, e, não se limitando a entender a saúde como um problema meramente biológico, sim na integralidade do sujeito e das comunidades. Está iniciado, com esta nova realidade política no país, também uma nova lógica no que à saúde diz respeito: vigilância e prevenção.

A nova realidade social e política que o Brasil vivencia desde 1985 (recordemos que de 1 de abril de 1964 até o dia 15 de março de 1985 o Brasil esteve sob governo ditatorial militar) proporciona visões francamente distintas das do governo anterior. O conceito de saúde que rege o SUS vai além, como se assinalava acima, do apenas fisiologismo da doença, entendendo a enfermidade de modo mais geral, ou seja, considerando como de igual importância condições de bem-estar físico, mental e social do sujeito. Atendendo ao que determina a Organização Mundial da Saúde (OMS) teremos que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (USP, 2017) e, sendo o Brasil uma das nações signatárias da OMS, tem, por princípio, tentar proceder em conformidade com o entende aquela entidade seja condição de saúde da pessoa.

Embora saibamos que há uma acirrada discussão sobre o que pode ser entendido por “completo bem-estar físico, mental e social” da pessoa, propositalmente fugimos a essa análise, preferindo adentrar imediatamente na questão da educação em saúde, preparando o próximo momento do estudo. Para o Ministério da Saúde brasileiro, há uma ligação muito próxima entre estes dois campos do fazer humano, saúde e educação, porque, um sem o outro se enfraquecem mutuamente. A saúde, para o Ministério que a Tutela é “... um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde” (BRASIL, 1993, p.13). Mas para que esta situação possa ser efetiva, é necessário haver capacidade por parte das pessoas de entenderem seus direitos, poderem usufruir deles e, para terem as condições intelectuais necessárias de perceber os vários documentos que lhes sejam apresentados, torna-se necessário haver a intervenção do setor da educação, que capacitará os

cidadãos a saberem ler, com o amparo das famílias, dos empregadores, da sociedade em geral como bem determina a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seu Título VIII, *Da Ordem Social*, fundamentalmente nos artigos 205 ao 214, artigos que explicam todo conjunto de aspectos que garantem a quem vive no Brasil o acesso à educação, sem que se possa excluir a família e a sociedade no seu todo e, no que à saúde diz respeito, dos artigos 196 ao 200, que estão na Seção II, *Da Saúde*. Para Passamai, *et al.*, “O letramento em saúde tomado no contexto da promoção da saúde é aquele em que as competências cognitivas e sociais das pessoas dão a elas condições de terem acesso, compreenderem e usarem as informações para promoverem e manterem uma boa saúde.” (2012, p.307). E, se está na direta responsabilidade do SUS trazer a público as explicações e orientações necessárias para bem orientar a todos os que procuram estes serviços, especialmente às pessoas que não estão suficientemente habilitadas, por força de não terem tido estudos suficientes que os proporcione conhecimentos/compreensão sobre que leem, então, “... assim como o SUS exige novas práticas de saúde, novas práticas pedagógicas são necessárias na formação dos profissionais, na educação em saúde, na produção de conhecimentos e na prestação de serviços” (PASSAMAI, *et al.*, 2012, p.309)

Estamos prontos para avançar no novo momento do estudo, porque, assim acreditamos, que se fez ver com estas últimas afirmações, da importância da intersectorialidade ou, se preferirmos, da interdisciplinaridade, objeto da investigação que pretendemos levar por diante, entre dois setores: saúde e educação.

1.1.4. O Surgimento do SUS: novas visões políticas para a promoção da saúde

Quando falamos, nos dias atuais, sobre mudanças de paradigmas de saúde, não nos devemos esquecer de referir o aparecimento de uma nova maneira de entender esta prática, que é a da “promoção da saúde”, conceito este que está na gênese do novo modo de entender a saúde. Para Ferraz, “Em termos da promoção da saúde, isso significa continuar apoiando ações preventivas e de controle de saúde que estão afetas aos cuidados médicos e grupos de risco, abrindo espaços, concomitantemente, para novas intervenções de efetiva promoção de saúde, intervenções estas intersectoriais, fora do sistema de saúde propriamente dito.” (1998, p.58) sem deixar de olhar a todo o entorno em que a humanidade se movimenta, desde os espaços citadinos, aos rurais, sendo que o ambiente tem, ou pode ter, também, influências em melhores ou menos

boas situações para a saúde. Entenda-se, por exemplo, altos níveis de poluição do ar que leva responsáveis políticos a restringir circulação de automóveis como, por exemplo, na cidade de São Paulo, Brasil, com o rodízio de carros; as de Paris e Londres, que em 2016 fecharam mais áreas do centro à circulação de meios de transporte particular, para não mencionar cidades chinesas, em nas quais o ar é realmente muito poluído. Finalmente, como nos conscientizam Scherer, Marino e Ramos,

O sistema de saúde brasileiro encontra-se em transição, na luta entre o velho e o novo: ou o SUS se consolida, respeitando-se seus princípios e diretrizes, pela implantação efetiva de suas estratégias operacionais, tal como o PSF, especialmente por força e poder político do movimento da comunidade científica que o apoia; ou se mantém o modelo dominante, aqui destacado como modelo clínico/biológico/flexneriano. (2005, p.65).

Para Buss (2000), é a partir da década de 70 do século passado que este conceito de promoção da saúde começa a ser debatido mais amplamente, momento em que os debates a respeito desta temática se ligavam ao que então era prática geral, predominante, isto é, atendimento de pacientes concentrado nos hospitais, com o médico como figura central, tratamento fragmentado e na base da prescrição de medicamento X ou Y, para o tratamento do específico problema do específico indivíduo. Esta prática começa, paulatinamente a ser sistemática e decididamente questionada. É na referida década que aconteceu, na ainda URSS (Cazaquistão, 1978), na cidade de Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na qual são vários os entendidos que apresentam palestras que defendem a necessidade de que a medicina deveria ser mais ampliada no seu modo de ver e entender o sujeito e seus problemas de saúde. Nesse sentido, é consenso generalizado nesse encontro que se percebe e reafirma, juntamente com o que preceitua a determinação da OMS, que a saúde tem que ser entendida como um estado de bem-estar em todos os seus determinantes, ou seja: físico, mental e também social. Mas vai além. Entende de modo decidido e firme que a promoção da saúde requer a participação de outros atores, nomeadamente os sociais, políticos e econômicos, que venham reforçar e apoiar as ações desenvolvidas no setor da saúde. De então em diante, a saúde começa a ser entendida realmente como um direito humano fundamental e, passo a passo, o conceito de “promoção da saúde” entra definitivamente na lista de assuntos a serem discutidos e cada vez mais esclarecidos em posteriores conferências de saúde acontecidas em várias partes do mundo, tendo tido especial atenção na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada dos dias 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, Distrito Federal, capital do Brasil, cuja importância para a universalização da saúde no país foi inegável, tendo contado com a presença dos atores sociais

envolvidos na mudança dos serviços de saúde. Foram movimentos populares de saúde, sindicatos e até indivíduos que não tinham ligação direta com a saúde e seus serviços a desempenharem papéis muito ativos, em prol da democratização do acesso aos serviços de saúde. É graças a eles que se avançou visivelmente com a reforma sanitária no Brasil, tendo esta sido legitimada na própria Constituição de 1988, em vigor. “É importante assinalar aqui que a intensa movimentação da sociedade civil teve um papel muito importante para a aceitação, na política oficial, das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em grande parte consubstanciadas no SUS.” (LUZ, 2000). Em função das situações descritas, é feita história no Brasil, na medida em que agora, diferentemente do que sucedia em períodos anteriores, estava garantido o acesso à saúde como um direito social universal à população em geral.

Era ainda o ano de 1986 quando aconteceu a Conferência de Ottawa, na qual se

... reafirma a importância da promoção à saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-se como o "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".^{1:1} A saúde passou a ser "construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros".^{1:2} Na carta de Ottawa, a educação em saúde integra parcela do entendimento de promoção à saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Isto é reforçado com a divulgação e contribuição das Conferências Internacionais e Regionais que sucederam a Conferência de Ottawa, em 1986, tais como: a de Adelaide, em 1988,² a de Sundsväl, em 1991,² a de Santa Fé de Bogotá, em 1992,² a de Port of Spain, em 1993,³ a do Canadá, em 1996,⁴ a de Jacarta, em 1997,² a conferência da Rede de Megapaíses, em 1998,² a do México, em 2000,² e a de Bangkok, em 2005.⁵ Entretanto, apesar dos avanços advindos destes eventos, ainda permanece uma visão simplificada de promoção à saúde. Prioriza-se a mudança de estilos de vida, do modelo tradicional da educação e da compreensão de que prevenção da doença é sinônimo de promoção à saúde. (HEIDMANN, *et al.*, 2006).

Regressemos a Brasília, DF, à VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, para dedicar especial atenção que esse encontro teve para os serviços da saúde no Brasil.

Foi a partir da referida Conferência Nacional de Saúde que ficou preparado o esboço que haveria de ser desenvolvido na política que hoje se pratica neste âmbito, no país. Hoje, se discerne saúde de modo mais claro, mais abrangente que dos primeiros documentos surgidos a partir de entendimentos neste âmbito, da OMS. A visão presente do conceito de “promoção à saúde” é mais apreendida pelos atuais responsáveis pela saúde no Brasil. No encontro de Brasília, os conferencistas reconheceram unanimemente a urgência da necessidade de

modificações substanciais no âmbito da saúde. A este respeito, indica-nos Paim, divulgando parte do texto do Relatório final desta Conferência 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 no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1987a, p.381). (*apud* PAIM, s/d., p.3)

Também temos que dizer que e em conformidade com o entendimento composto na VIII Conferência Nacional da Saúde que,

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Mas há mais no que diz respeito ao entendimento da saúde e ao momento histórico particular de cada sociedade, que os palestrantes haveriam de deixar como legado, no entendimento deste setor da existência humana. É que,

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. A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida" (BRASIL, 1986, p.1).

Em função destes entendimentos, o Estado e os vários atores sociais são cada vez mais trazidos para um processo que requer amplo envolvimento, de modo a contribuírem no melhoramento da saúde e da oferta de seus serviços às pessoas em geral, sejam cidadãos, ou não, que vivem no Brasil. É cada vez mais aceite de que o SUS se afasta de sua inicial aproximação preferencial à elite e ou às pessoas abastadas, para uma abertura, uma democratização em seu agir. O SUS também passa a ser meio a partir do qual se transmitem todo um conjunto de orientações e formações a quem procura seus serviços, mas sem que se feche em si mesmo, entendendo-se um entre os demais setores da sociedade brasileira, em que uma potencialmente útil ligação se pode estabelecer com a educação, porque está neste setor todo um campo de preparo do sujeito que o capacitará, habilitará e lhe proporcionará os

conhecimentos ao bom entender de como cumprir sua prática, como também de perceber os meios para melhor servir ao próximo. Já afirmamos em momento anterior e reforçamos: educação e saúde devem andar de mãos dadas, a bem do país e de sua população.

Em 1996, já com Fernando Henrique Cardoso como Presidente do Brasil foram criados Polos de Capacitação e Educação Permanente para as pessoas que trabalhavam nos grupos do PSF (Programa de Saúde da Família), tendo havido, também, um aumento nos recursos as ser entregues àqueles municípios que se haviam manifestado interessados em amparar e desenvolver os Programas da PSF. Dadas estas iniciativas, surgem, por todo território brasileiro, tendo como fulcro os determinantes do SUS, aos quais foram juntados princípios de Atenção Básica/Saúde da Família, para a promoção da saúde, acolhimento de pessoas enfermas, atendimento em domicílios, a composição de equipes multidisciplinares, educação em saúde. Este fator permite que o SUS efetivamente conheça um forte crescimento e tenda cada vez mais ao atendimento universal e equitativo das pessoas. Toda esta realidade se haverá de desenvolver exponencialmente a partir do ano seguinte.

Portanto, a participação da população em geral, através de vários atores como políticos locais, sindicalistas, médicos, professores, enfim, a sociedade amplamente representada leva a que se crie uma política mais justa e digna para o atendimento universal da população, sem olhar a origem, condição social ou religioso.

Em conformidade com esta nova movimentação, natural era que se entendesse estar na educação possivelmente a maior e melhor aliada para continuar este estímulo ao exercício da cidadania e à capacitação de cada um para a sua contribuição digna e positiva para com a sociedade em que se integra. O que surge conclusivamente da VIII Conferência Nacional da Saúde, que aconteceu em 1986, em Brasília, DF, entre várias outras, a reformulação do sistema de atendimento à saúde, amparada pela Constituição de 1988 e regulamentada em 1990, através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro, leva a que o sistema agora tenha três princípios base: 1) a descentralização dos serviços, permitindo tomadas de decisão aos municípios; 2) participação e voz ativa em tomadas de decisão, por parte da sociedade civil, ou seja, a democratização do acesso à saúde e, 3) integralidade, significando que aos médicos se pedia, agora, um cuidado mais amplo na busca das razões que originam o mal que a pessoa sofre, para avançarem na respectiva cura, proteção e, também, promoção/educação das pessoas para evitarem recaídas em sua saúde.

Propositadamente não se considerarão datas e entidades que de algum modo abriram caminho para a existência do SUS como, apenas para apresentar rápido exemplo, em 1923,

com a criação das CAP (Caixas de Aposentadorias e Pensões), que iniciaram as discussões sobre a necessidade de que as demandas dos trabalhadores fossem atendidas. Mas, há uma que, em princípio e segundo se aceita geralmente na literatura a respeito, 1977, ano em que foram criados o SINPAS (Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social) que englobava o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Este órgão, composto de dois serviços, é o que presta assistência médica, em nome do governo. Ele comprava serviços médico-hospitalares e especializados, ao setor privado. Foi este órgão que perdurou ao longo do tempo e a sua lógica funcional, até ao momento da criação do SUS. Esta é uma lógica de atuação que, mesmo assim, e pese embora toda a democratização no sistema de saúde brasileiro, ainda em vigor nos dias atuais.

Duas outras datas importantes a serem referidas: 1986, ano da realização da VIII Conferência Nacional da Saúde; 1988, data da aprovação da atual C.R.F.B., são duas datas de grande importância para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Na primeira, o esboço deste que viria a ser o novo sistema de saúde e, a outra, a sua legalização.

31 ou 29 anos, considerando as duas datas enunciadas ao dia em que se escreve este texto, ou, ainda 27, considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que o Sistema Único de Saúde vigora no Brasil. Mas, como em tudo, não sem que em seu caminho acontecessem alguns momentos de turbulência. Vejamos: o Brasil é um país de dimensões continentais. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2016¹⁰, ele tem 8.515.767,049Km². A diversidade de hábitos, atitudes de cada Estado, descrença por parte da população num sistema único de saúde, incapacidade de oferecer saúde e ou outros serviços em certas áreas remotas da nação, entre várias dificuldades dificultam um pleno estabelecimento e oferta a todos deste serviço. Porém e para que os servidores do SUS possam desempenhar cada vez mais e melhor sua atividade, atender às necessidades da população, tenham perfil adequado ao desempenho do seu trabalho, torna-se muito importante proporcionar aos agentes do SUS formação acadêmica desde os primeiros momentos da formação universitária, a programas de educação permanente.

Atualmente, algumas Universidades vivenciam o momento de mudanças curriculares nos Cursos da Saúde, mudanças essas na maioria dos casos estreitamente relacionadas com o SUS. Aliado a isso, o Ministério da Saúde está investindo em caráter nacional na educação permanente, até mesmo através da estratégia da Educação à Distância, na perspectiva de minimizar o fosso existente entre a academia e os serviços, vencer limitações na busca de conhecimentos

¹⁰ IBGE: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm

complementares que auxiliem o desempenho de funções, especialmente quando se trata de gestão. (SOUZA e COSTA, 2010, p.514).

Há, além desta preocupação na introdução de outro modelo, distinto do anterior, centrados nos médicos e nos sanitaristas, o da permanente vigilância à saúde. Neste há novos atores, além dos médicos, incorporados, como temos vindo a ver, no sistema, para chegarem às comunidades e seus líderes. Essa realidade também aumenta o objeto da atenção destes servidores, na medida em que procuram entender o que origina a doença e como podem agir para a combater com a máxima eficiência possível, isto é, entendendo toda a sua envolvente, desde o meio aos hábitos de vida e alimentação das pessoas. Este fator leva, também, a que haja uma adequação e melhoramento de propostas de políticas públicas que promovam eficaz proteção, recuperação e cura de enfermidades, sem esquecer a validade e utilidade de trabalho interdisciplinar.

Caso assim seja necessário, o ajustar as práticas de atendimento e oferta de serviços para realidades locais, ainda que isso implique modificações de lugares em lugares habitacionais, por menos povoados que sejam, têm como meta tornar possível implantar a vigilância à saúde e vencer a distância que se verifica, muitas vezes, entre a assistência coletiva e a individual, trazendo a terreno conhecimentos de outras áreas de formação acadêmica, para um mais fácil, rápido e eficiente entendimento da situação enfrentada e, com isso, proceder para o seu tratamento e cura. Eis porque, atrás mencionávamos as especificidades de cada região e município, podendo originar a necessidade de agir específico, ou seja, modo diversificado entre um e outro.

Buss (2000) é bem claro no tocante a este reorientar de serviços, entendendo-o como um modo moderno e amplo de “promoção da saúde”, concordando que este é um

[...] 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, p.43).

Em face do que acabamos de ler, não ficam dúvidas quanto à utilidade e pertinência da colaboração e participação da comunidade e outros agentes sociais na promoção da saúde. Temos trazido ao texto, também, como a educação funciona como aliado forte no proporcionar conhecimentos e propor possíveis modelos de comportamento que levem as

peçoas a se manterem saudáveis. Também está nesta ligação da educação à saúde, ou *vice-versa*, o possibilitar maior conscientização das peçoas para uma sua mais próxima e interessada participação das ações institucionais, com base em suas experiências peçoais de vida e da realidade do local em que habitam, para ajudarem no melhoramento da qualidade de vida sua e dos seus concidadãos.

Mas, este processo requer, também, que na ampliação da rede básica de saúde brasileira, haja uma mudança do atendimento no hospital exatamente para os locais que compõem essa rede básica como, clínicas, centros de saúde locais entre, é claro, os hospitais (MEHRY, 1997). No decorrer da década de 1990 foram criados vários programas no intuito de serem colocadas em prática as várias propostas do SUS, com o serviço de Vigilância à Saúde e o fortalecimento dos serviços ofertados à população na rede básica. Pode referir-se, neste momento, a título de exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF), que foi criado em 1994 sob iniciativa do Ministério da Saúde, como tentativa de responder à crise que se vivia no modelo então em vigor, o médico-assistencialista do setor privado. Então, o Ministério da Saúde procurou criar as condições que fortalecessem a Rede Básica de Saúde, racionalizando distribuição de recursos e democratizando o acesso aos serviços.

Ainda na década de 1990 e já entrado no novo século, o XXI, o Brasil experimentou um período de algumas inovações um tanto inesperadas. Nesse espaço de tempo se ampliam as participações sociais na formulação e, também, no controle das políticas sociais. Estes grupos efetivamente olham aos interesses e anseios da população em primeiro lugar. Inovadora esta situação na medida em que a regra é a de que os empresários, por força de sua capacidade de investimento e proximidade com o poder, consiga efetivar os processos que pretende desenvolver. Não há como esconder a realidade de que, pese embora tenha havido aumentos no salário mínimo nestes últimos governos do PT¹¹, ainda se verifica uma distância imensa entre quem tem dinheiro e quem não o tem, com as consequências, em todos os setores da vida, que daí advêm, nomeadamente, dificuldades de toda a ordem, desde a alimentação, acesso à educação, à saúde, preocupante percentual de desemprego, fome, etc.

São várias as razões que levam a esta situação mas, muito provavelmente a que mais é determinante tem que ver com a crise econômica que o mundo tem vindo a experimentar desde o colapso da bolha especulativa em 2008, tendo a falência do Banco Lehman Brothers no dia 15 de setembro desse mesmo ano sido o detonador de toda a crise que presentemente

¹¹ PT é a sigla de “Partido dos Trabalhadores”.

afeta o Brasil em cheio. A incapacidade – ou falta de vontade – do Federal Reserve¹² em socorrer aquela instituição financeira, a redução industrial de países desenvolvidos, queda nas exportações internacionais, queda no Produto Interno Bruto (PIB) de várias nações, tudo contribuiu para a instalação de uma profunda crise econômica mundial que, aos poucos haveria de chegar ao Brasil, estando a ser sentida nos dias que correm com muita gravidade. A crise que o país experimenta se deve essencialmente o conjunto de erros governativos que minaram profundamente a confiança no Governo nos anos recentes. Esta instabilidade política, queda evidente do consumo, falta de reformas em setores essenciais para o país mantêm-no em situação de estagnação, por mais que a Tutela tente escamotear esta verdade. A acirrar ainda mais estas dificuldades, presentemente a taxa de desemprego atinge os 12,6% em janeiro de 2017¹³ no Brasil, dando origem a todo tipo de preocupação por estabilidade interna, de cada nação e, ao mesmo tempo, tentar dar respostas que satisfaçam as necessidades da população em mesmo tempo em que se procura estabilizar e criar condições para reativar a produção industrial.

Voltando ainda um pouco atrás, à década de 1980, as políticas neoliberais dominam sobre as demais, que, de modo bem simples diremos que entendem que quanto menos estado, melhor¹⁴, isto é, argumentando que o estado deveria eximir-se ou diminuir sua intervenção de determinadas responsabilidades para dar mais espaço à livre iniciativa do cidadão.

Para os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, esta corrente trouxe repercussões seriamente negativas para os campos da saúde e educação públicas. Até mesmo o Banco Mundial, que desde a década de 1960 se imiscuia em assuntos de saúde de países em desenvolvimento, como era e é, certamente, o caso do Brasil, fazendo com que suas propostas de reformas ao atendimento básico em saúde realmente se fizessem sentir pelo mundo. Em 1979, em Itália, na cidade de Bellagio, com a presença do Banco Mundial e sob financiamento da Fundação Rockefeller ficou decidido que, para ajudar os governos a dispenderem menos em seus investimentos em saúde, que

O conceito de atenção primária em saúde implica oferecer um número limitado, simplificado e barato de tecnologias de saúde, para um amplo número de pessoas em situação de necessidade e por meio de um staff paramédico, habitantes das

¹² Federal Reserve é o Banco Central Norte-Americano

¹³ Cf. PNAD, In: **Valor**. Disponível em: <http://www.valor.com.br/brasil/4880486/numero-de-desempregados-aumenta-para-129-milhoes-em-janeiro-diz-ibge>

¹⁴ Friedrich Hayek, autor de **O Caminho da Servidão**, de 1944, escrito como crítica ao Partido Trabalhista Inglês será o percursos deste conceito. O neoliberalismo defende menos intervenção do estado em gastos com a saúde e a educação, valorizando a livre iniciativa do indivíduo. Politicamente falando, entre seus representantes conta-se Margaret Thatcher (Inglaterra), Ronald Reagan (EUA) e Helmut Kohl (Alemanha).

comunidades (HEAVER, 1995, p.5 *apud* FONSECA, MORISINI e MENDONÇA, 2013, p.537.).

E, com isso, se entrava na relação do custo-benefício quanto à oferta de serviços sob patrocínio do Estado.

Concentrando-nos apenas na realidade brasileira, o SUS deveria poder contar com o total compromisso e empenho do Estado. Porém, as tendências neoliberais exercem pressão contrária, afastando esse mesmo Estado de cumprir com o que de início foi idealizado no apoio ao SUS, originando, assim, duas ideias distintas relativas à mesma coisa e isso pode, pelo menos em parte, explicar as dificuldades na plena implantação do SUS, excluindo-se as de dificuldade geográfica e de hábitos atitudinais compreendidos na imensidão do território brasileiro.

Paim e Almeida Filho explicam que,

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 (2000, p. 13).

Assim, surge a dúvida: numa economia que tendia à privatização dos serviços públicos, para com isso levar a um menor investimento do Estado, como se constrói um Sistema Único de Saúde, patrocinado pelo Estado? Para dificultar ainda mais a situação, os parceiros sociais que em um primeiro momento haviam dado sustentação política ao SUS, agora se veem em situação de enfraquecimento perante as forças sindicais e outras mobilizações sociais. Os anos 90 do século passado marcam um quase desaparecimento dos movimentos sociais, exceção feita ao MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra), que nunca perdeu sua força interventiva. A cada vez menor intervenção do Estado, com as devidas consequências leva a que, segundo Cordeiro, “... as propostas de tecnologias simplificadas foram, confundidas com uma postura de simples redução de custos de uma medicina de pobre para pobres.” (1996, p.75).

Muito embora se verificasse esta situação difícil, há, mesmo assim, avanços, por vezes mais lentos, outros mais rápidos, que acontecem na implementação do SUS em todo o território brasileiro.

A estratégia central que o SUS tem para poder levar a saúde integral à generalidade da população brasileira se localiza em priorizar a rede básica de saúde, uma vez que, conforme se demonstrou em momento anterior, o atendimento concentrado nos hospitais, portanto, “hospitalocêntrico”, como o apelida Cordeiro (1996), não teve sucesso. Ele onerava muito os gastos que o Estado tinha com a saúde, sem que este tivesse retorno que justificasse esses investimentos e muito menos se tivesse demonstrado útil à população. No entanto e segundo defende Cordeiro (1996), fazendo investimentos em ações primárias importa na diminuição global dos custos, dado que haverá uma redução de custos com atendimentos secundários e terciários. Mas, além de ser dada atenção e se fazerem investimentos em atenção primária faz com que se propicie melhorias na condição de vida das pessoas, porque, ao se garantir os serviços básicos e essenciais de saúde enquanto concomitantemente se estimulam hábitos saudáveis, o desenvolvimento da sua autonomia e o sentimento de responsabilidade social levam a que a pessoa aja positivamente, ou seja, se torne membro contribuinte para o bem do grupo em que se integra.

Ainda com Cordeiro (1996), o Programa Saúde da Família tem em seu âmago reorganizar a rede básica de atendimento, nas quais as práticas destinadas a apoiarem as famílias compreendem:

- 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 adstrita, 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).

Para terminar este momento, atentemos nas palavras da já citada Heidmann, *et al.*, quando nos afirma que

... para que a estratégia de política pública tenha coerência e efetivação prática para a promoção à saúde, não pode ser pensada como uma iniciativa exclusiva do Estado. Deve ser elaborada com os diversos segmentos da sociedade, envolvendo a sociedade civil, os setores públicos e privados. A participação da sociedade neste processo implica a luta pela saúde com diminuição das iniquidades existentes no

acesso a bens e serviços, principalmente no contexto latino-americano cujas evidências são ainda maiores.(2006).

E, também, a necessidade de manter uma proximidade da saúde com a educação, ação a que o Ministério da Saúde está a concretizar a nível nacional,

... na educação permanente, até mesmo através da estratégia da Educação à Distância, na perspectiva de minimizar o fosso existente entre a academia e os serviços, vencer limitações na busca de conhecimentos complementares que auxiliem o desempenho de funções, especialmente quando se trata de gestão (Costa, 2007, *apud* SOUZA e COSTA, 2010, p. 514).

E cada vez mais possibilitem serviços de atendimento básico, em saúde “cabalmente educada” aos brasileiros e a todos que vivam sem eu território.

1.2. Noções sobre Promoção da Saúde

A noção de promoção de saúde é companheiro constante da do desenvolvimento da saúde. Lancemos um breve olhar a este conceito. “Promoção da Saúde” é um termo que tem suas origens ainda no primeiro quartel do século passado. Em 1920, Winslow¹⁵ defendia que,

Saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. A Promoção da Saúde (grifo nosso) é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma "maquinaria social" que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde. (*apud* Moretti, *et al*, 2009)

São todos conceitos que se internacionalizaram e se entendem como essenciais para o bom desenvolvimento da saúde. Naturalmente que, para consolidar estas situações acabadas

¹⁵ O documento original pode ser consultado em: WINSLOW, C.E.A. “The untitled fields of public health.” *In: Science*. Vol. 51, nº 1306. January 1920. (p. 23-50).

de ler, são duas as vertentes em que deveriam, segundo os estudiosos acabados de citar, verificar:

A primeira está direcionada à implantação de programas educativos que tendem a modificar o comportamento e o estilo de vida do indivíduo e da comunidade. A segunda tende a ampliar o campo de observação da primeira, ressaltando a importância dos determinantes gerais da saúde (estilo de vida, biologia humana, ambiente e serviços de saúde), de políticas públicas e do empoderamento² sobre a qualidade de vida. (MORETTI, *et al.*, 2009).

A ligação está cada vez mais claramente estabelecida e, além do que acabamos de ver neste excerto, há, para complementar estes dados, trazer à consciência das pessoas e também das autoridades a necessidade de que se compõe o dia a dia das pessoas, nomeadamente em seus direitos pessoais, dignos como habitação, acesso à saúde e à educação, alimentação, emprego. Enfim, qualidade de vida se refere, geralmente entendido, direitos sociais que fazem da pessoa sujeito de direitos e obrigações, tenha sua liberdade de expressão e deslocação asseguradas, acesso aos meios de informação, que se entenda parte de um todo no qual vive e, idealmente, para o qual contribui positivamente, como já afirmamos em momentos anteriores.

Estes processos e procedimentos requerem compromisso não apenas social, ou seja, por parte dos cidadãos, mas também do Estado porque, segundo Buss, é necessário haver

... um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorarão as condições de saúde da população, e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma ‘maquinaria social’ que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde. (2003, p.17).

Continuando nossas apresentações sobre o uso do termo “promoção da saúde e suas implicações, referiremos outro dos estudiosos que o apresentaram, ainda na primeira metade do século passado, 1945, Henry Sigerist¹⁶, ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina, que seriam, segundo ele, “1) a promoção da saúde, 2) a prevenção das doenças, 3) a recuperação dos enfermos e, 4) a reabilitação, ...” se cumpriram se as condições de vida das pessoas fossem decentes, se tivessem boas condições de trabalho e remuneração digna pelo seu labor, tivessem acesso a educação de qualidade, se pudessem exercitar fisicamente, terem horas suficientes de lazer e de descanso. Tudo isto acontece com o compromisso, o empenho coordenado dos políticos, sindicatos, empresários, professores e médicos.

¹⁶ Henry E. Sigerist (1891-1957), nascido em Paris, França, foi um dos mais importantes historiadores da medicina do século passado.

Referiremos mais alguns novos dados e experiências que nos são trazidas, desta vez, da carismática e enigmática Ásia Central e Oriental, através do Cazaquistão (à época, no encontro em Alma-Ata (6 a 12 de setembro de 1978), pertencida à época, à URSS) e da República Popular da China (médicos de pés descalços, desde 1 de outubro de) 1949). Da primeira tivemos já ocasião de falar e, por isso, fazemos apenas referência breve. Embora desorganizado cronologicamente, o encontro em Alma-Ata ocorreu em 1978 e a instituição destes médicos se deu em finais da década de 1940, mas sua atuação efetiva na década de 60 do século findo. Estes médicos chineses, realmente com instrução ao que no Brasil se entenderia de nível médio, com mais três anos de técnico ou, mais exatamente, ainda, o equivalente a um Auxiliar de Enfermagem, Inspetor Sanitário, ou dos Agentes Comunitários de Saúde. Estas pessoas iriam desenvolver um trabalho de grande importância em um país que, acabado de acontecer o processo revolucionário que colocou o Partido Comunista no poder em 1949, em que não se conhecia exatamente qual a extensão de pessoas com necessidade de atendimento médico, posto que se desconheciam números precisos sobre baixas de guerra e dos tribunais revolucionários¹⁷, as condições de vida naquela nação asiática eram difíceis. Havia um elevadíssimo percentual de sífilis entre a população e por volta de 20 milhões de chineses corriam o risco de inanição. Água mal tratada, que transmitia esquistossomose, entre outras, se tornavam em grandes endemias, tal qual acontecia em países subdesenvolvidos do continente africano, isto é, os ditos “Países do Terceiro Mundo”. Tudo se relacionava à falta de saneamento básico e, por incrível que possa parecer, à utilização de excrementos humanos, sem que tivessem recebido tratamento prévio adequado, a serem utilizados, por exemplo, como adubo para as plantações, com a agravante, ainda, da população rural estar quase totalmente desatendida, em termos de assistência médica.

Por evidente, tornava-se absolutamente premente agir para trazer melhorias à situação descrita. Assim, para que o Governo chinês pudesse agir no sentido de alterar esta situação drástica, determinou a formação deste profissional, preferencialmente oriundo da e que vivesse na comunidade que iria servir. Pela urgência em criar meios e condições de apoio à população e às condições de vida elementares no país, o Governo comunista preparou, ao

¹⁷ Em 1911 a dinastia Qing caiu, levando à formação de uma república no ano seguinte. Porque o governo era instável, pequenas bolsas territoriais ficaram à mercê de senhores de guerra, o que possibilitou influência estrangeira exercida por ingleses, franceses e norte-americanos. Em 1931 o Japão invadiu a Manchúria, provocando uma guerra com a China que durou 8 anos. Esta intervenção militar japonesa devastou a China inclusive, tendo originado uma guerra civil, tendo o Governo Kuomintang, no poder desde 1927 e o Partido Comunista Chinês, liderado por Mao Zedong, como antagonistas. Este acabou por sair vencedor e, em 1949 já governava a nação. Na 1ª metade do século XX a população chinesa sofria de graves epidemias e doenças, de entre as quais se refere: cólera, malária, difteria, entre outras e condições sanitárias precárias.

longo de três anos, intercalando teoria e prática, o médico camponês, que iria servir à comunidade. Lá, como no Brasil – aconteceu também nos Estados Unidos, país em que se iniciou realmente a prática da medicina comunitária,

A aplicação prática da medicina comunitária consistiu na implementação de programas de extensão da cobertura dos serviços de saúde, entre os quais os mais celebrados foram aqueles que mobilizaram amplos contingentes de agentes da comunidade para o provimento de cuidados básicos de saúde, como na China socialista. (PIRES-ALVES, PAIVA e FALLEIROS, s/d., p.170).

Estes médicos efetivamente contribuíram de modo importante, aplicando tratamentos da medicina tradicional chinesa com a ocidental, para trazer a China e a sua população para condições muito mais favoráveis em termos de saúde pública de qualidade e condições de vida dignas, possibilitando, inclusive, um aumento de anos de vida aos cidadãos daquela nação asiática, hoje uma das que compõem os BRICS¹⁸. No Brasil, os médicos comunitários desempenham papel de igual importância. Ao modo dos de “pés descalços” chineses, são pessoas que conhecem bem os hábitos e da comunidade em que desempenham suas funções. Entre outras, orientação de higiene pessoal, organização de ações em vários domínios de saúde nos centros de atendimento locais, apoia a idosos, etc.

Avançando neste assunto chegamos a outro momento cuja importância para a saúde é real. No mês de maio de 1974, o governo do Canadá traz a público o “A new perspective on the health of Canadians” (Uma nova perspectiva da saúde de Canadenses), que acabou por ficar para a história como o Informe Lalonde, que mais tarde haveria de ser reforçado pelo **Relatório Epp – Alcançando saúde para todos** (BRASIL, 2002), trazido a público em 1986. Marc Lalonde era, à época do e, o que está exposto neste documento o torna, como é geralmente aceite, no documento que determina o início do moderno movimento da promoção da saúde tendo sido, também, o primeiro documento oficial em que se registrou, segundo Buss (2003), o uso do termo

Ainda segundo Buss, o que levou ao surgimento deste Informe se prendeu com razões de múltiplas ordens, desde política, passando por técnicas e econômicas, dado que

... visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as

¹⁸ BRICS é o acrônimo dos países cujas economias em emergência têm papel importante na economia e política mundial, compostos por: Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava. (2003, p.22).

O Informe Lalonde se baseia fundamentalmente no vasto conceito de “campo de saúde”, não deixando de levar em consideração quatro componentes que merecem atenção, nomeadamente e conforme segue:

- a biologia humana – inclui todos os fatos relacionados com a saúde, física e mental, que se manifestam no organismo como conseqüência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo. Inclui a herança genética da pessoa, os processos de amadurecimento e envelhecimento e os diferentes aparelhos internos do organismo, como o esquelético, o nervoso, o muscular, o cardiovascular, o endócrino e o digestivo.
- o meio ambiente – inclui todos aqueles fatores relacionados com a saúde, que são externos ao corpo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle. Os indivíduos, não podem, por exemplo, garantir a qualidade dos alimentos e outros produtos relacionados à saúde ou abastecimento de água. Também, não está sob seu controle a contaminação do ar e da água, os ruídos ambientais, a prevenção e a disseminação das doenças transmissíveis, nem os efeitos nocivos sobre a saúde causados pelo meio social.
- o estilo de vida – representa o conjunto de decisões que toma o indivíduo com respeito a sua saúde e sobre as quais exerce certo grau de controle.
- e a organização da assistência à saúde ou sistema de atenção à saúde – consiste na quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre as pessoas e os recursos na prestação da atenção à saúde. (CEDAPS, s/d.).

São 5 as estratégias que Lalonde propõe em seu informe 5 passos ou, se quisermos, estratégias para trazer os vários setores sociais ao compromisso com a promoção da saúde e estes são: “1) estabelecimento de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais e, 5) reorientação dos serviços de saúde.” (CEDAPS, s/d.)

Para Mendes, esta Carta visa primordialmente ações educativas no intuito de que estas possam levar as pessoas e as várias organizações a alterarem seus hábitos comportamentais, tendo sido “... concebida numa vertente preventivista e sugerindo vinte e três possíveis cursos de ação fortemente dirigidos a questões relativas a estilos de vida, quais sejam: dieta, tabaco, álcool, drogas e comportamento sexual.” (1996, p.245).

Ao mesmo tempo em que este documento merecia a atenção das várias entidades pelo mundo, outro, que propunha abordagem mais dilatada da determinação social do processo saúde enfermidade, surgiu na Inglaterra, através do **Relatório Black**, corria o ano de 1980, no qual se propunha discutir a temática das desigualdades sociais na doença/saúde. Segundo Ferreira e Buss (2001), a América Latina não se isentou de trazer a público

considerando neste campo da saúde pública, através de estudos de pessoas como Juan Cesar García, Cristina Laurel, Cecília Donangelo e Sérgio Arouca.

Voltando a uma rápida referência à Conferência de Alma-Ata, em 1978, para salientar o impacto que as decisões que dela saíram tiveram em quase todos os sistemas de saúde públicas no mundo. Sabido que teve com centro de suas preocupações as atenções a serem conferidas à saúde básica, não deixou de ser forte base para a conferência que se realizaria no Canadá, em Ottawa oito anos mais tarde. Porque, olhando a ambas, conforme os já citados Ferreira e Buss,

“... há uma clara inter-relação entre componentes de atenção primária, dos movimentos de promoção da saúde e de cidades saudáveis, pois compartilham: uma abordagem intersetorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a ênfase em ambientes saudáveis.” (2001, p.11).

Influências positivas na promoção da saúde não se ficam por estes acontecimentos. Há uma outra ação, a dos estudos epidemiológicos que detectem e determinem fatores de risco, para a composição e realização procedimentos de intervenção de modo a debelar esses fatores. Tais estudos têm a Finlândia como origem e acabaram por vir a público nas décadas de 70 e 80 do século XX. Não deixam de ter sua importância porque, estes estudos ajudam a que as pessoas se entendam melhor e, com isso, possam corrigir determinados tipos comportamentais. Mas, agem também sobre a Tutela, na medida em que sugerem a promoção de políticas públicas que possibilitem vidas mais saudáveis às populações, demonstrando, sem olhar nem ceder a pressões de grandes indústrias, como se podem produzir alimentos de modo mais saudável, a melhoria da educação, através de docentes bem formados e escolas com boa estrutura para receber discentes e docentes, controle do alcoolismo e do tabagismo, para mencionar apenas alguns.

1.2.1. Sugestões Propostas nas Cartas originadas nas várias Conferências sobre Promoção da Saúde

É geralmente aceite de que o principal marco na referência da promoção da saúde esteja na Carta de Ottawa, comprovado por outras produzidas em conferências que aconteceram em várias outras partes do mundo, nomeadamente: Austrália, em Adelaide (1988); na Suécia, em Sandsvall (1991) e em Jakarta, capital da Indonésia (1997) como em conferências regionais, nomeadamente a que aconteceu na localidade de Santa Fé, em Bogotá, na Colômbia em 1992, conforme nos referem Buss, *et al.*, (1998) e o Ministério da Saúde (s/d). Porque não é objetivo deste estudo fazer olhar crítico a todos estes encontros, apenas deixamos explícito que os temas e as conferências que já aconteceram podem ser encontradas no sítio eletrônico da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde¹⁹. Vale dizer, no entanto que, desde 1986 o conceito de “Promoção da Saúde” se ampliou bastante desde a conferência de 1986, em que inicialmente se concentrava na pessoa e na comunidade a responsabilidade de melhorarem suas condições de vida para, na Carta de Jakarta, ser exposta a necessidade de que fossem ampliados os investimentos e incrementadas ações sobre promoção da saúde em países não industrializados, mas nestes se procurando aplicar as experiências que tenham obtido êxito nas nações industrializadas, olhando à saúde na sua integralidade, ou seja, às causas que originam a doença e os efeitos que, de fora, chegam à pessoa.

Vale dizer, no entanto que, desde 1986 o conceito de “Promoção da Saúde” se ampliou bastante desde a conferência de 1986, em que inicialmente se concentrava na pessoa e na comunidade a responsabilidade de melhora suas condições de vida para, na Carta de Jakarta (1977), ser exposta a necessidade de que fossem ampliados os investimentos e incrementadas ações sobre as causas de determinadas doenças, bem como, também, o compromisso de que se reduzam as desigualdades entre regiões, na expectativa de vida de cada uma delas e uma ação mais determinada para a garantia do cumprimento dos direitos humanos.

Muito embora na Carta de Ottawa se entenda como preocupação central modos de vida saudáveis, não entende o setor da saúde como único responsável pela promoção da saúde. Ela indica a necessidade da intersetorialidade como modo ideal para atingir esse fim, conseguindo-o através de ações coordenadas entre os diversos setores, e atribui aos profissionais da saúde o papel de mediadores dessas ações coletivas. Nas cartas que resultaram das outras Conferências, entende-se mais a necessidade de uma aproximação de

¹⁹ O endereço eletrônico é: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4875:22o-conferencia-mundial-de-promocao-da-saude-da-uniao-internacional-de-promocao-da-saude-e-educacao-para-a-saude-uipes&Itemid=839

esforços entre os setores público e privado para a promoção da saúde e, também, o envolvimento de entidades governamentais e não governamentais para a promoção da saúde. Após a Conferência do México em 2012, estas parcerias são ainda mais ampliadas, para a criação de redes internacionais que promovam a saúde.

Avançando para 2005, ano em que se realizou a Conferência de Bangkok, que produziu sua Carta na qual indica estar no setor da saúde significativo mando na construção de parcerias e políticas públicas para a concretização da promoção da saúde.

A discussão neste setor está viva, reconhecendo a necessidade de que se ampliem os setores que podem trazer apoio importante à promoção da saúde, nomeadamente os econômicos, sociais, ambientais, e, além destes, a real necessidade de que se reduzam distâncias de desigualdades entre a população. Não tem havido, nas Cartas que saem das diversas Conferências, um tratamento sobre as razões que originam estas desigualdades ou problemáticas de saúde. Mas, entende-se como caminhos essenciais para o encurtam destas dificuldades e distancias entre as pessoas a educação individual e a da comunidade A verdade é que estes documentos emanados das Conferências são, bem que se pode afirmar, propositoras de estratégias intencionadas a colocar o assunto da promoção da saúde na pauta dos governos e da sociedade, entendendo na defesa da saúde um recurso para o desenvolvimento econômico e social de cada país.

Ainda que se considere o compromisso para com a promoção da saúde como uma causa importante para o bem comum, a justa acessibilidade e princípios democráticos da saúde para todos, ele não é um percurso livre de críticas e estas, por sua vez, também trazem seu contributo positivo ao crescimento do tema. Autores há que entendem estar no discurso da promoção da saúde aliado ao da prevenção de riscos uma atitude neoliberal, o que vai gerar grupos essencialmente virados para si mesmos, com as suas particulares preocupações e, portanto, suas próprias escolhas comportamentais.

Para Caplan, “... parte importante dos projetos de promoção da saúde têm dificuldade para superar o enfoque behaviorista e mantém o foco de sua atenção para ações voltadas para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitem o sentido do viver saudável (*apud* CARVALHO, 2004) e, ainda, segundo Carvalho (2004), a autonomia que estas pessoas obtêm é, regra geral, “uma autonomia regulada” porque eles “... tendem a seguir regras e normas concebidas por *expertos* e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis.” (CARVALHO, 2004).

É nos dito por Czeresnia (2003) que há um problema de fundo da promoção à saúde que causa dificuldades e, por vezes, dúvida: o fato de faltarem explicações claras sobre os valores implicados em seus projetos. É que, segundo entende a autora, a promoção à saúde escamoteia sérias tensões teóricas e filosóficas, além de considerar estratégias, técnicas e políticas conservadoras e radicais.

Mesmo que existam as críticas que acabamos de apresentar à promoção da saúde e das dificuldades que existem em colocar em prática suas proposições e princípios, este é um tema que tem sido tratado, discutido, difundido no âmbito da saúde pública e ele cada vez mais se liga, também ao todo envolvendo de cada um, ou seja, para que as cidades se tornem cada vez mais saudáveis.

1.2.1 O Brasil e a Promoção da Saúde

De significativa importância o que entende o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), considerando o Estado de Direito que é o Brasil, no documento intitulado **As Conferências Nacionais de Saúde; Evolução e perspectivas**²⁰ ao afirmarem, logo no ponto 2 das “Considerações Gerais” que,

... ter um direito é ser beneficiário de deveres de outras pessoas ou do Estado. Esse processo ocorre em relação a interesses e necessidades de diferentes naturezas, que compõem âmbitos de exercício de cidadania. Cidadania implica o exercício simultâneo de três categorias de direitos: os direitos civis (liberdade pessoal, de ir e vir, de expressão, de pensamento, de religião); os direitos políticos (de associação, eleitorais) e os direitos sociais (condições de vida, trabalho, educação, saúde, assistência em situações de risco social). (BRASIL, 2009, p. 9).

Porém, há toda uma permeação ao que lemos neste excerto, na medida em que se evidencia, na atualidade, um distanciamento entre Estado, gestores, investidores, Conselhos de Saúde que tendem a se ensimesmar em suas razões. Tal atitude é muito mais prejudicial que benéfica à sociedade e, em reconhecimento disto mesmo, no referido documento do CONASS, já em seus considerandos finais é feito o apelo, em tom de alguma urgência, para “O exercício de aprender a lidar com processos decisórios democratizados, a ouvir mais, a aceitar o debate aberto, a reconhecer a existência de visões e posições diferentes como legítimas, a se despir de atitudes defensivas, às vezes agressivas, que não contribuem para o

²⁰ Documento muito interessante, que nos mostra o evoluir dos vários momentos e dos mecanismos da participação social na área da saúde, em que se podem perceber os vários desafios que a saúde vem enfrentando no Brasil e, também, a evolução dos *modus operandi* neste âmbito.

avanço do debate, é complexo e às vezes demorado.” (BRASIL, 2009, p.51), exercício muito necessário ao Brasil e brasileiros, nestes dias conturbados que o país vivencia.

Façamos uma viagem no tempo, a 1986, quando se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que, após os vários debates, ficou entendido por todos de que há necessidade de profundas reformulações no setor da saúde. Além destas, também se evidenciou a necessidade de que sejam feitas reformas administrativas e financeiras, para que com isso seja possível ampliar o conceito de saúde e o livre acesso a ela para todos os cidadãos.

Sendo um direito social da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor, nada mais lógico do que atentarmos nas palavras de Kerber, *et al.*, ao nos confirmarem que,

No Brasil, o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida, e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (2010, p.2).

Mas este é um direito que deve ter seus serviços oferecidos em vários locais, suas ações sendo do conhecimento da população para que os possa procurar e deles usufruir, conforme determina a lei. Esse direito à saúde e a avaliação dos serviços por parte da população, nas palavras de Kerber, *et al.*, “... são elementos interdependentes.” (2010, p.2) porque, ao participar da avaliação deste setor e seus serviços, a população contribui no sentido de trazer dados que possibilitem o adequar dos serviços às reais necessidades dos cidadãos, mesmo que nem sempre seja fácil consegui-lo.

De qualquer modo, o ampliar do conceito de saúde tem, em seu bojo, o intuito de proporcionar a todos os cidadãos aqueles condicionantes que a OMS tem indicado como constituindo parte digna da qualidade de vida, nomeadamente a pessoa tendo condições dignas de trabalho e trabalho em que se sinta valorizado; alimentação, moradia, educação dignas; tenha acesso a informações credíveis e boas sobre a qualidade do meio ambiente e como contribuir para a sua boa preservação, direito à livre expressão, circulação e participação na vida política e social do grupo em que se integra e tenha acesso, seja qual for a sua condição, raça ou religião aos serviços (idealmente, de todos os setores) de saúde ofertados pela nação em todos os seus níveis.

Todos estes dados estão conforme o que preceitua a C.R.F;B/88 e que foram percebidas e aceites na VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesse encontro, entre as várias situações de óbvio interesse para a promoção da saúde, houve um que levantou bastante

polêmica, quando se discutiu a possibilidade de separar a “Saúde” da “Previdência”, sendo que,

O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social se deveria encarregar das ações próprias de “seguro social” (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse órgão próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento das novas fontes

Assim se conforma com o que determina a Constituição brasileira em vigor em seu “Título VIII, *Da Ordem Social*, Capítulo II, *Da Seguridade Social*, Seção I *Disposições Gerais*, em seu artigo 196 da Magna Carta em vigor que determina: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). Levando, como diz Cordeiro (1991), ao reconhecimento explícito da multicausalidade e da determinação social, econômica e política do processo saúde e doença.

Muito embora a Constituição brasileira em vigor entenda a saúde de modo ampliado o que, em si pode ser entendido como uma medida de promoção da saúde pela Tutela no Brasil, mesmo assim, Souza e Grundy (2004) consideram ter havido uma participação e difusão mínimas para o desenvolvimento social e econômico brasileiro. Isto não impediu ao Ministério da Saúde/OPAS de continuarem a desenvolver programas promotores da saúde, compreendendo o envolvimento do movimento dos municípios saudáveis, as escolas promotoras de saúde, hospitais saudáveis e Eco Clubes, estes dentro dos cuidados a serem tirados com a preservação e proteção do meio ambiente. Há, também, atividades que, inspiradas no “Agita Mundo²¹”, tais como, caminhadas, ginástica, dança, entre outras. Souza e Grundy (2004) são de opinião de que, muito embora estes sejam programas de grande utilidade, as suas iniciativas de algum modo se perdem em função da imensidão do território brasileiro,

²¹ “Agita Mundo”, inicialmente “Agita São Paulo” nasceu no Estado de São Paulo em 1995, por iniciativa da Secretaria de Saúde daquele Município e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - CELAFISCS. É uma chamada à conscientização da importância das atividades físicas diárias, para melhorar a saúde das pessoas e combater o sedentarismo. Desde 2002 que a OMS tem este programa como referência em ação de promoção da saúde.

além, também, da pouca divulgação nos mídia nacionais sobre as resultados destas práticas e encontros.

Para Teixeira e Paim (2002), o movimento de Promoção da Saúde ocorre essencialmente nos municípios. O movimento se caracteriza pela implementação de políticas, programas e projetos de reformas e reestruturação na organização de serviços de saúde, nas escolas. A organização de grupos de vigilância epidemiológica e sanitária locais, ações de educação social em saúde e, também, pela proposição e efetivação de políticas públicas saudáveis, composto por times de integrantes de vários setores, isto é, interdisciplinares.

A legislação brasileira reconhece a saúde em conceito ampliado, ou seja, ela vai além do imediato constatado no sujeito. Entende, também, a promoção da saúde como processo através do qual se pode alcançar uma vivência saudável para a comunidade e o meio ambiente. Assim, o Ministério da Saúde propõe e procura implementar iniciativas como as que oferece o Estado de São Paulo, no “Agita Mundo” – andar menos de carro; levar o cachorro para passear, andar de bicicleta, subir e descer escadas, especialmente se o piso para que a pessoa vai não é muito alto, e por aí vai. Este tipo de ação e cuidado não chega, ainda, a todos. As populações que vivem nas periferias, que não têm condições dignas de sobrevivência, por exemplo, ainda esperam poder ter acesso a atividades e cuidados como estes acabados de referir.

1.2.2. Considerações sobre Promoção da Saúde

Promover a saúde compreende vários modos, que nem sempre angariam concordância. Estas distinções acontecem conforme o entendimento das causas e origens da doença, ou seja, se for uma visão biológica, comportamentalista, e por aí em diante, cada deles tem seus modos próprios de agir no sentido de combater a doença. Este estudo se insere na visão socioambiental e educacional.

No decorrer de todo o século passado, houve gradual transformação nos modos de ver e entender a questão da promoção da saúde. Faremos uma breve apresentação da evolução do entendimento sobre promoção da saúde, ao longo dos tempos, originados em alguns dos encontros que já aconteceram.

Como dito em momento anterior e seguindo o que nos diz Buss (2003), terá sido com Winslow, a iniciar o século XX, que surgiu esse primeiro momento e, próximo a meados

desse século, mais exatamente em 1945, Sigerist e na primeira década da segunda metade do século XX, , Leavall e Clark (1976) é ampliado o modo de como entender essa exercício de promoção de saúde. Conforme Puttini, Junior e Oliveira,

De modo geral, podemos afirmar que o modelo explicativo multicausal delineado por Leavell e Clark (LEAVELL; CLARK, 1976) privilegia o entendimento da saúde como um processo, por meio do conhecimento acumulado do campo científico. Nessa lógica causal, o restabelecimento da normalidade está fundamentado na visão positiva da saúde, que é valorizada pela noção de prevenção sobre as doenças. Ou seja, procedimentos e ações promotoras de saúde e de prevenção de doenças, aplicadas tanto ao indivíduo quanto à coletividade de pessoas acometidas ou não por doenças (transmissíveis ou não-transmissíveis), encontram eco no âmbito do conhecimento da saúde humana. (2010).

Estes últimos autores, isto é, Leavell e Clark, os que dão visão mais completa deste conceito, entendem que a promoção da saúde se coloca em ações a serem desenvolvidas dentro dos elementos de prevenção primários, naqueles aspetos que naturalmente caracterizam a doença e defendem que as medidas de promoção seguidas não conduziam a esta ou àquela doença ou desordem, mas que serviam para incrementar a saúde e o bem-estar das pessoas e, para conseguir fazer com que este evoluir seja repleto de informações, está na educação a união e junção de intersectorialidade, que permitirá formação mais credível de quem atua neste espaço ou, setor. Na educação, com o propiciar de conhecimentos científicos cada vez mais consistentes, vão, estes, também propiciar razões de apresentar propostas de cuidados sanitários tão críticos e fundamentais para atingir este objetivo.

Em 1984, a Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa preparou um documento para trazer a discussão entre os parceiros, sobre como entender a promoção da saúde. Nele se define este conceito como sendo

... o processo que permite as pessoas adquirirem maior controle sobre sua própria saúde e, ao mesmo tempo, melhorar sua saúde. Esta perspectiva deriva de um conceito de 'saúde' que a define como a magnitude em que um indivíduo ou grupo pode, por um lado, realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro, mudar seu entorno ou enfrentá-lo." (KICKBUSH, 1996, p.16).

Considerando os argumentos expostos na Carta de Ottawa, promoção da saúde

é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior

participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (1986)

Avançando para 1997, para o encontro que ocorreu em Jacarta, a declaração dessa reunião produziu novos conceitos sobre este assunto, entendendo-o, agora como sendo

... um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde e para melhorá-la. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questão de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos. (WHO, 1997, p.3).

Para Gutierrez,

...promoção da saúde é o 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 suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (1996).

Para Buss, as avaliações para que se possa fazer a promoção da saúde se reúnem em dois grupos, em que, no primeiro temos que, “... a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos individuais” (2003, p.18) e, no segundo aquele “que caracteriza a promoção da saúde modernamente, se refere à constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.” (BUSS, 2008, p.19).

Já Czeresnia (2003) entende que a conceituação positiva de saúde apresenta um problema próprio porque, quando se considera a saúde em sentido amplo, ela equivale ao tratamento de algo da dimensão da vida em si. Ora, para que possa haver promoção da saúde em espaço do volume que este tipo de conceito naturalmente comporta, torna-se necessário unir esforços de vários setores, envolvendo a intervenção do próprio Estado e, do outro, as

peessoas. Torna-se necessário haver uma ação conjunta porque não é possível entender haver responsabilidade apenas “... de uma área de conhecimento e práticas.” (CZERESNIA, 2003, p.8). Defende, ainda, esta mesma autora que a promoção da saúde demanda que as pessoas sejam cada vez mais e melhor conhecedoras dos seus direitos e obrigações, individual e coletivamente falando, para que possam entender e melhor lidar com as várias dificuldades que de algum modo limitam as ações dos profissionais na saúde. Promover saúde não significa a aplicar técnicas e cumprir normas. Ele abrange o fortalecimento da saúde nos seus variados aspectos, de modo a que se propiciem condições favoráveis à construção de infraestrutura para atendimento e que estes espaços e equipes se possam manter, possibilitando à população ter opção de espaços onde possa ser atendido, conforme a doença que os afeta. Assim, para um melhor entendimento de como agir para uma eficaz promoção da saúde, esta deverá ser proporcionado ao público adotando ações que estejam relacionados às origens sociais do processo saúde-doença, “... tratando-se de uma nova saúde pública e de uma nova política pública.” (RESTREPO, 2001).

Podemos fazer um resumo deste assunto afirmando que o objetivo fulcral da promoção da saúde é o de proporcionar as condições de vida ideais, dignas e adequadas para que as pessoas possam viver bem. Se isso implica fazer adequações aos vários setores, isto é, sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros e, também, a comportamentos que pessoas tenham e que lhes podem trazer sérios problemas em termos de saúde, pois então, que assim seja. No entanto, não é possível acreditar que essas mudanças vão acontecer sem o comprometimento e envolvimento de todos os setores, desde os governamentais e os não governamentais, a sociedade. Isto implica na necessidade de ações que levem todos a agir no mesmo sentido, buscando a mesma solução: a promoção e manutenção de serviços e estruturas de saúde que possibilitem o acesso aos mesmos, a todas as pessoas que deles possam necessitar. Podemos concluir, então, que a promoção da saúde é, por sua natureza intrínseca, trabalho a ser feito por todos, intersetorial.

1.2.4. Encruzilhadas entre Prevenção e Promoção da Saúde

Os três conceitos: prevenção, educação para a saúde e promoção da saúde, como temos estado a ver, têm seus percursos, por vezes, repletos de complicações, dificuldades e situações que requerem esclarecimento. Até mesmo as pessoas que atuam dentro do setor

sentem, por vezes, dificuldades em saberem como agir dentro de cada destes espaços. Segundo Souza e Grundy, a promoção da saúde abarca o todo, ou seja, a educação e a participação dos setores de que se compõe a sociedade, na elaboração, proposição e concretização de estratégias que levem à educação para a saúde. É esse olhar multisetorial que, conforme consiga formar um mesmo entendimento sobre os problemas complexos que são inerentes a esta área, que poderá levar à apresentação de projetos e de espaços, com conceitos distintos, para melhor, assim se depreende, que debelem as fraquezas sentidas por todos.

Dito isto, Mendes (1996) entende que a promoção da saúde e ações preventivas de acidentes e de doenças, acompanhadas de ações para o tratamento de maleitas causados em cada dessas situações fazem parte das estratégias da vigilância da saúde. A promoção da saúde indica o “... papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde” (MENDES, 1996, p.245). Para Pestana, *et al.*, “as estratégias de promoção da saúde e suas políticas e ações são voltadas para tentar minimizar os acidentes e prevenir as doenças e seus agravos de saúde” (2013, p.6528) e, Mendes defende que a prevenção de doenças e de acidentes se “organiza como modo de olhar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos” e estas ações podem ser utilizadas para atender à pessoa individualmente, a grupos de pessoas ou, à sociedade em geral.

Para Buss (2003), é mais fácil distinguir a teoria do que a prática, destes dois espaços de ação. Mesmo assim, ele entende-as como complementares na sua incidência nos campos da saúde-doença tanto no que diz respeito a atender o único indivíduo, como coletivamente. Buss nos afirma que a promoção da saúde implica em conceitos mais amplos e abrangentes, pois nela se identificam os “macrodeterminantes do processo saúde e doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde” (2003, p.32). Mas, para que estas ações se tornem eficientes, necessitam, também, de atuações externas ao setor da saúde. A prevenção das doenças tem como finalidade evitar que as pessoas adoçam, podendo procurar tratamento em espaço apropriado como, por exemplo, numa clínica, hospital, posto de atendimento, onde obterão serviços de prevenção primária para a cura, que será a prevenção secundária e, eventualmente, também, abrandar os surtos, que se faz em prevenção terciária.

Czeresnia (2003) identifica diferença simultaneamente grande e pequena entre prevenção e promoção da saúde. Grande porque ela envolve mudanças profundas no modo de organizar e usar conhecimentos adquiridos na formulação e operacionalização das práticas da saúde. Pequena porque tanto uma quanto a outra recorrem à ciência, isto é, aos conhecimentos

científicos para levar suas práticas por diante. Tanto a prevenção como a promoção da saúde recorrem à ciência – no sentido de ser obtido o mais correto entendimento da doença, transmissão e risco – para organizar e propor seus percursos, sendo a lógica discursiva das mesmas baseada no discurso preventivo. É possível o surgimento de equívocos entre estes dois âmbitos, dado que a radicalidade do que as diferencia quase nunca é completamente posta em prática completamente.

Giovanella *et al.* defendem que sejam adotadas três tipos de ação sanitária: “... promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes, atenção curativa e reabilitadora.” (2002, p. 45) como processos para a composição de uma sistema de atenção integral à saúde.

Referem, ainda, que

As intervenções no campo da ‘promoção da saúde’ consubstanciam todas as providências no plano das políticas públicas, decorrentes da compreensão da saúde como um produto social. Elas visam intervir positivamente sobre os fatores de diversas ordens (biológicos, ambientais e comportamentais) que, por interação, propiciam maiores ou menores níveis de saúde ou bem-estar, num processo dinâmico. (GIOVANELLA, *et al.*, 2002, p.45).

No que à prevenção de doenças e acidentes diz respeito, estas devem, segundo entendimento de Giovanella, *et al.*, (2002) promover prévio entendimento e conhecimento das mesmas, para que sejam organizadas ações especificamente direcionadas à prevenção de acidentes e ou de acometimento de doença, especialmente no que se refere a grupos de alto risco – população que vive em áreas de grandes carências de tudo; alcoolismo e viciação química; ausência de infraestrutura básica, entre outros.

Para Nogueira,

A medicina preventiva filia-se à higiene na medida em que esta é entendida como a arte de conservar a vida ou, também, como uma ciência que trata da saúde com o propósito de conservá-la e aperfeiçoá-la. Sendo assim, a higiene deve acompanhar cada momento do desenvolvimento do homem, desde seu nascimento à morte, como também deve zelar para a correta utilização, em termos de condições sanitárias ideais, de todas as atividades que o homem realiza: o trabalho, a alimentação, a reprodução, o lazer e assim por diante. (*apud* AROUCA, 2003, p.175).

Diz-nos, ainda, o autor citado que a medicina preventiva tem-se tornado vastamente conhecido graças a uma vertente da medicina: a vertente promotora da mesma. Esta vertente funciona ao avaliar riscos advindos dessas enfermidades e, porque, uma vez entendidos os

riscos e expostos ao público, estes são aproveitados como justificativos para que se levem as pessoas a serem examinadas em massa e, assim, possam ser detectados certos tipos de doenças, bem como conhecer quais as características genéticas de alguns dos males que estejam ativos. Assim, na promoção da saúde, risco é entendido em sua forma mais simples. Segundo Navarro,

Os estudos epidemiológicos sobre as doenças contagiosas possuem duas características muito específicas. A primeira refere-se ao objeto, que é apenas fonte de danos. A segunda diz respeito aos objetivos, que visam determinar a relação entre a causa e o efeito, ou seja, entre a exposição e a doença. Então, mesmo tendo determinantes multifatoriais, é uma avaliação unidimensional. Assim, numa avaliação entre expostos e não expostos, o conceito de risco aproxima-se da definição de probabilidade. Contudo, quando o objetivo inclui o julgamento sobre a severidade do agravo ou a comparação entre diferentes agravos de diferentes exposições, a probabilidade passa a ser uma das informações que compõem o conceito de risco. (2009, p.39).

Já na prevenção do risco, ainda nas palavras do autor referido acima,

No processo de gerenciamento de riscos, as ações de vigilância sanitária estão voltadas, em geral, para o controle de riscos e não para a fonte de riscos. Na avaliação de riscos, a fonte de perigo é identificada, relacionada aos danos e suas consequências, assim o risco é caracterizado. No gerenciamento de riscos, as formas de controle são identificadas, implantadas e avaliadas; assim é caracterizado o controle. (NAVARRO, 2009, p.47).

Não fiquemos mais na análise de controle e avaliação de risco, porque não é assunto que anima este estudo, apenas trazer estes dados que auxiliem à compreensão geral de atuação das autoridades, geralmente falando, quando confrontadas com situações de perigo para a população em geral e, quando acontece, solicitam compromisso atitudinal à população, no intuito de diminuir ou, melhor ainda, erradicar o problema.

Assim, ao adotar este tipo de atitude, ou seja, de querer levar o público a agir em determinado sentido, agindo sob a consciência das pessoas, o modo como a Tutela age para intervir na saúde é a de recorrer à educação das pessoas. Quando o fazem, lançando tido tipo de projeto, propostas de ações em escolas e centros de saúde, adentram no campo da educação da saúde e, ao fazê-lo, esquecem os demais necessários à boa aplicação dos ensinamentos, nomeadamente os determinantes econômicos, muitas vezes impeditivos a que se concretizem ações propostas à realização de tratamentos e curas.

Buss (2003) nos afirma que, a finalidade das ações preventivas têm como meta impedir que ocorra a doença. Se for possível evitá-la, está atingido o objetivo. A promoção da

saúde, no entanto, entende ser necessária uma ação continuada. Este olha, além de evitar que a doença se alastre, que as pessoas possam viver em condições de ótima saúde e, para que isso possa ser realidade, não basta ter erradicado a doença, mas manter-se atento para que não volte, porque, para que se verifiquem constantes melhorias de qualidade de vida, sempre há algo a ser feito.

Segundo Teixeira, *et al.* (1998), quando apresenta visão alargada de vigilância da saúde, recorre ao diagrama elaborado por Paim, no qual se entendem a dupla ação da prevenção através de práticas comportamentais como, também, ações gerenciais, conforme segue:

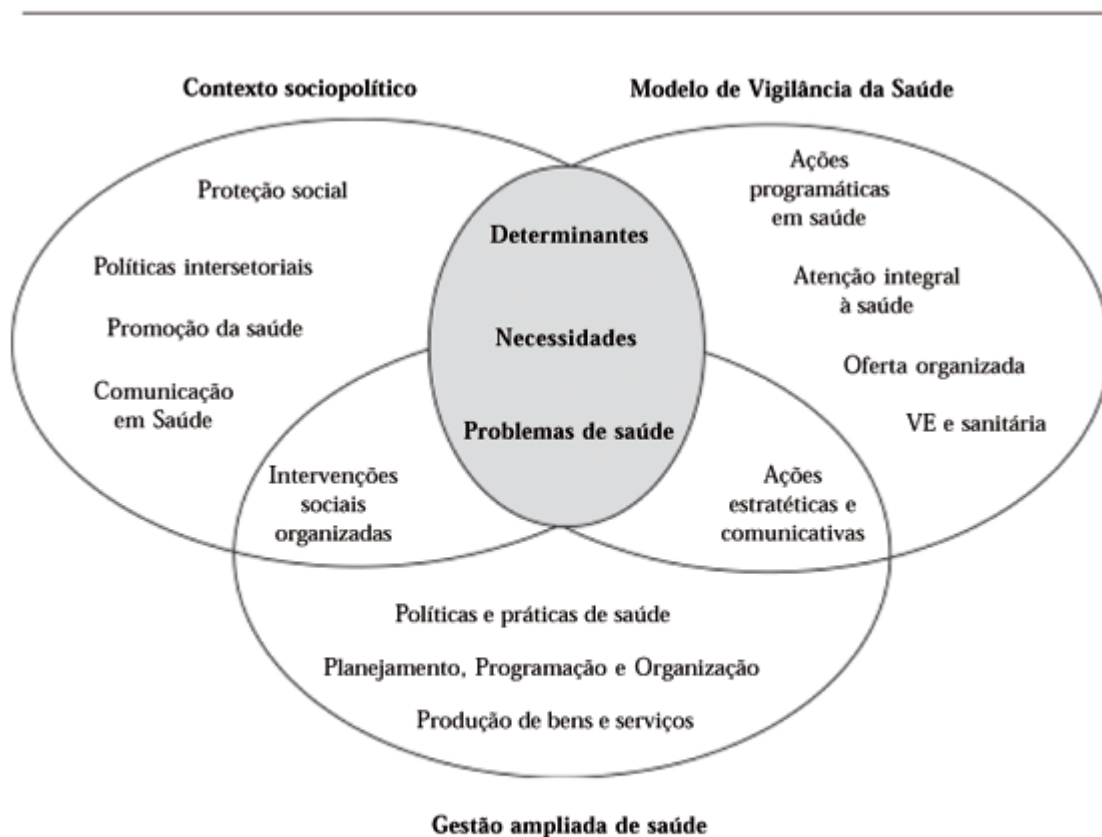


Figura 1. Modelo político-sanitário da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

Adaptação: Teixeira CF, Paim JS, Vilasbóas AL¹⁰.

Fonte: ARREAZA e MORAES, 2010.

Para Arreaza e Moraes,

No caso da vigilância como uma prática epidemiológica, entre os focos de sua atenção estariam não somente o estado de saúde da população, através do monitoramento das doenças e fatores de riscos, mas também as tecnologias desenvolvidas, o acesso equitativo, o processo de trabalho e a utilização dos serviços com qualidade e efetividade. (2010).

Segundo Freitas (2003), os conceitos que distinguem promoção e prevenção da saúde estão otimamente delineadas por Stachtchenko e Jenicek (1990), conforme quadro abaixo, de cujas informações trazemos ao presente estudo:

Quadro 1 - Diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças

Promoção da Saúde	Prevenção das Doenças
Saúde = a conceito positivo e multidimensional	Saúde = ausência de doença
Modelo participativo de saúde	Modelo médico
Direcionado à população no seu ambiente total	Direcionado principalmente aos grupos de alto risco na população
Envolve uma rede de questões de saúde	Envolve patologias específicas
Estratégias diversas e complementares	Estratégia única
Abordagens facilitadoras e integradoras	Estratégias diretivas e persuasivas
Medidas incentivadoras são oferecidas à população	Medidas diretivas são fortalecidas em grupo-alvo
Mudanças no status dos homens e de seu ambiente são buscadas nos programas	Programas focalizando principalmente tópicos individuais e de grupos
Organizações não profissionais, grupos cívicos e governos municipais, regionais e nacionais são necessários para se atingir as metas de promoção da saúde	Programas preventivos são assunto dos grupos profissionais das disciplinas de saúde

Fonte: Freitas (2003) adaptado de Stachtchenko & Jenicek (1990).

Para terminar e de modo breve diremos que a prevenção das doenças se centraliza em ações que apontam o indivíduo em si ou grupos de pessoas em risco de contraírem doença, ações estas que são desenvolvidas por agentes do setor da saúde. A promoção da saúde, entretanto, depende de organização de agendas de políticas públicas, com participação intersetorial e dos vários segmentos da sociedade, no intuito de que seja atingida melhoria na qualidade de vida das pessoas. A ação interdisciplinar, portanto, entre os setores é da maior importância para garantir, o máximo possível, condições ideais para boa qualidade de vida e da saúde das pessoas.

1.2.5. O Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, mas existem registros de que este sistema já havia sido implantado em alguns municípios de alguns Estados do Brasil, nomeadamente no Rio, em Niterói, em 1991, dois anos mais tarde, em Itacarambi, Minas Gerais. Oficialmente, no entanto e segundo Amorim e Araújo, “O PSF iniciou oficialmente no Brasil em 1994, a partir de experiências exitosas, especialmente no Estado do Ceará, com o Programa de Agentes de Saúde.” (2004, p.14). Este é um serviço que o Ministério da Saúde traz ao povo brasileiro, como resposta a reivindicações feitas pelos secretários municipais de saúde, quando solicitavam alterações no modo de funcionar da rede básica de saúde, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para todos os efeitos,

O Ministério da Saúde lança, no início de 1994, o Programa de Saúde da Família, que valorizava os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros. (SOUZA, 2000, p.7).

No entendimento do Ministério da Saúde brasileiro, o PSF é uma estratégia que veio para substituir o modelo então em vigor, gerando novas práticas setoriais, procurando unir as atividades clínicas e a promoção da saúde. O PSF objetiva reorganizar os sistemas de saúde municipais, substituindo o que estava em vigor em momento anterior, que era hospitalocêntrica, tendo a figura do médico como origem e fim dos tratamentos e medicação, mudando, agora, para colocar as atenções na pessoa e os efeitos de doença que apresenta, ao se dirigir ao local para receber atendimento médico.

É geralmente entendido que a promoção da saúde é elemento de primordial importância na nova estratégia de atenção à saúde. Ela dá importante resposta ao destacar a necessidade e importância da ação intersetorial, para serem enfrentados os repto relacionados a problemas envolvendo o meio ambiente, urbanização, segurança alimentar, desemprego, uso de drogas, moradia, entre outros. Todos estes são espaços de atuação do Programa de Saúde da Família.

Para o Ministério da Saúde, o PSF procura essencial e fundamentalmente

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997, p.10).

Neste procedimento, vale, ainda, trazer, a partir do documento acabado de referir, em citação um pouco extensa, mas que nos explicita de modo claríssimo quais são os objetivos específicos do PSF, dizendo serem os de:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais da saúde e a população. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1997, p.10)

Não restam dúvidas, em face das informações retiradas deste documento, o âmbito social deste Programa.

Como é colocado em prática este Programa? Através de trabalho intersetorial, desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família (ESF), composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este quadro pode ser ampliado e, quando o é, aos profissionais mencionados se juntam um dentista, um auxiliar de consultório dentário ou, às vezes também, um técnico em higiene dentária. Cada equipe de ESF acompanha por volta de entre 2.400 a 4.500 pessoas que habitem em área que lhe esteja destinada. Uma vez chegada à sua área de atuação, procurará se inteirar das necessidades locais e trocará saberes científicos com os locais também, procurará levar a família a ser parceira da Equipe, para lhes dar todo um conjunto de orientações sobre como poderem melhorar sua higiene, como podem ter uma vida mais saudável e como proceder para tornarem mais eficientes os processos de tratamento, cura e de reabilitação. Neste interagir com a comunidade a Equipe deverá tentar definir prioridades de ações na saúde com a população, ao desenvolver, enquanto no atendimento, ações individuais e também coletivas tendentes à promoção da qualidade de vida.

A ESF tem atribuições que são comuns a todos os membros que se integram nesta equipe, cada uma composta, como vimos acima, de profissionais provenientes de vários setores da saúde. À equipe cabe promover todo tipo de ação multissetorial que contribua para o estabelecimento de parcerias com entidades formais e não formais que pertençam à comunidade em que sua ação vai ser desenvolvida, para, entre todos discutir assuntos tais como cidadania, direito à saúde e quais as bases legais que amparam esses direitos, além de incentivar a população à composição de Conselhos Municipais de Saúde, para que possam ter voz ativa nos vários programas desenvolvidos. É da responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde tornarem possível as parcerias com estas entidades, internacionais e nacionais, governativas e não governativas para garantirem que o programa se mantenha firme e com força nos vários locais em que desenvolve suas ações.

Para Goularte, a abordagem do PSF age “... como uma ‘mudança de paradigma’ nas práticas assistenciais, tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do curativo para o preventivo; do eixo de ação mono-setorial para o intersetorial; da exclusão para a universalização.” (2002, p.113).

1.2.6. Os Múltiplos Entendimentos da Intersetorialidade

Já afirmamos em momento anterior e reforçamos: a estratégia de fundo para promover a saúde e a concretização do Programa de Saúde da Família (PSF) enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial reside na intersectorialidade. A OPAS (1992) define esta estratégia como sendo “... o processo em que os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores.” (*apud* BUSS, 2000, p.36).

A Conferência Internacional da Saúde, que aconteceu em Jacarta de 21 a 25 de julho de 1997, promovida pela Organização Mundial da Saúde (WHO/OMS) teve, entre outros propósitos, o de discutir as ações de intersectorialidade para a saúde. Em relação a esta interdisciplinaridade, a Carta de Jacarta entende que corresponde

... a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor por si só” (OMS, 1997, p. 3, *apud* TEIXEIRA e PAIM, 2002, p. 60).

Inojosa, por sua vez, entende intersectorialidade como sendo “... a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social.” (1998, p.43).

Este autor, em coautoria com Junqueira, entendem a intersectorialidade como sendo “... uma lógica intersectorial de organização e atuação (que) deve estar baseada na população e considerar suas formas e condições particulares de organização” (1997, p.161). As prioridades de ação são estabelecidas conforme a identificação dos problemas, em vez de setoriais, requerendo a intervenção dos diversos componentes da equipa, para a resolução de cada dos identificados, indo além do setor da saúde. Concretizar a intersectorialidade fica dependente de decisões políticas, que envolvam modificações nas estruturas do poder das entidades municipais.

Teixeira e Paim entendem intersectorialidade como sendo a apresentação de “... uma estratégia de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população, seja em um Distrito Sanitário, um município ou uma microrregião.” (2002, p.64).

Mendes (1996), por sua vez, defende que a intersectorialidade, o território em que as equipas atuam e os problemas de saúde sentidos nesses espaços são o âmago básico da vigilância da saúde. Refere o autor que a intersectorialidade

... busca unidade do fazer, e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana” (...), exigindo “a solidariedade de distintos setores”, para a complementação da ação. Este autor diferencia a intersectorialidade da ação multisectorial, onde nesta última os diferentes setores estão presentes, porém mantêm-se íntegros e incomunicáveis. Já o que caracteriza a intersectorialidade “é a possibilidade de uma síntese dada pela predisposição a intersubjetividade e ao diálogo”, tendo a comunicação como sua pedagogia, significando “uma economia de ação, pela racionalidade e pela socialização que lhe são inerentes”. Para este autor, ainda, “a intersectorialidade tem no campo do fazer significado semelhante à interdisciplinaridade na construção do saber” e considera que a mesma “nunca será instituída nos gabinetes, em mesas de reunião distanciadas dos problemas que emergem na concretude dos territórios. (MENDES, 1996, p.252).

Ainda olhando aos vários entendimentos dos estudiosos sobre intersectorialidade, referimos Junqueira (2000), que propõe novo caminho para a resolução dos problemas sociais que afetam determinada população, habitante de determinado espaço geográfico. Diz Junqueira que estes devem ser entendidos de modo integral, ou seja, estão expostos, todos, ao

mesmo ambiente e enfermidades. Este é, de fato, um novo modo de abordar as pessoas, na medida em que,

... a intersetorialidade constitui um importante fator de inovação na gestão das políticas sociais. Ao invés de estabelecer parcerias isoladas por políticas, muda-se a lógica, ou seja, identificam-se os problemas sociais, integrando saberes e experiências das diversas políticas, passando a população também a desempenhar um papel ativo e criativo nesse processo. Se apenas com as organizações estatais esse trabalho era de difícil consecução, devido às suas práticas e valores, que privilegiam os interesses individuais, com as organizações sem fins lucrativos, com uma lógica de gestão que valoriza o cliente, esse processo pode ser facilmente instaurado, dando maior eficácia à gestão das políticas sociais (2004).

Masiglia (1996) aponta a política de descentralização que o Brasil experimentou como causa que levou os municípios a terem de lidar com essa nova realidade, dado que, agora, está sob sua responsabilidade atender situações de urgência social, que excedem as que rotineiramente aconteciam e com as quais estavam habituados a lidar. Agora entram nas ações a serem desenvolvidas, tratamentos de casos relacionados à habitação, saúde, educação, emprego, alimentação, entre outros, no dia a dia do município. Segundo a autora, está na organização intersetorial a possibilidade de introduzir práticas de planejamento e de avaliação integradas, numa perspectiva situacional, de compartilhamento de informações e de acesso ao controle social. Para a autora,

Em termos de desenho de estrutura significa substituir as Secretarias segmentadas por áreas de conhecimento por um corte regional, com Secretarias tendo por missão proporcionar a melhoria das condições de vida da população da sua área de jurisdição, geograficamente delimitada, através das ações e serviços municipais de competência da Prefeitura.

A organização do trabalho muda, necessariamente, com esse novo modelo. (INOJOSA, 1997, p.7).

O modo como está organizada e estruturada a intersetorialidade não obtém consenso entre todos. A razão de haver divergência de pontos de vista se deve ao fato dos estudiosos sentirem certa inquietação relativamente à especificidade de tarefas que cada dos setores exerce. Como nos afirmam, a este respeito, Westphal e Mendes,

Os técnicos ou cientistas chamados a colaborar na resolução dos problemas, por terem sido formados dentro do paradigma da disjunção, só conseguem analisar tais situações de acordo com sua ótica, não identificando as múltiplas facetas, nem os múltiplos sinais que os problemas emitem. (2000, p.51-52).

Mesmo assim e dada a necessidade dos municípios e estados se adequarem à evolução das determinações normativas sobre agir e fazer na saúde, entendem estas duas estudiosas que, para superar a tal “ótica” própria de cada das áreas de formação, embora apresentando problemas e dificuldades, a interdisciplinaridade consiste

... na árdua tarefa de passar de um trabalho individual e compartimentado nos ramos da ciência para um trabalho coletivo. Supõe a compreensão dos pensamentos e das ações desiguais e, sobretudo, pressupõe considerar a existência de pontos comuns entre as pessoas que pretendam realizar a ação interdisciplinar. (WESTPHAL e MENDES, 2000, p.51).

Ou seja, há necessidade de haver olhar agregador, trazendo para um mesmo foco os múltiplos conhecimentos que os componentes das equipes têm sobre suas específicas áreas de formação acadêmica, mas para agregar entre si conhecimentos, através de atitude e ação interdisciplinar, olhando e considerando ao todo. A respeito da interdisciplinaridade, Gattás e Furegato, em longo exercício explicativo, claro, entre as muitas orientações que nos legam dizem:

A interdisciplinaridade é um processo que precisa ser vivido, reclama atitude interdisciplinar que se caracteriza por ousadia de busca, de pesquisa; transforma a insegurança num exercício de pensar, de construir; respeita o modo de ser de cada um e o caminho que cada um empreende na busca de autonomia; exige a elaboração de um projeto inicial que seja claro e coerente para que as pessoas sintam o desejo de fazer parte dele; pode ser aprendida e ensinada o que pressupõe o fato de perceber-se interdisciplinar. (2006, p.324).

E, ainda, Mendes, quando nos diz, relativamente à intersectorialidade que esta “... não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese” (1996, p.253). Westphal e Mendes (2000) encontram semelhanças de ineficácia na aplicação dos conceitos da intersectorialidade como da interdisciplinaridade porque se fala mais do que se age, devido essencialmente à dificuldade sentida nos vários setores em implementarem esta prática de espírito coletivo, mudando-a de individualista, para coletiva. Por esta razão que a situação implica conflito na medida em que a aceitação ao novo, à ideia (conhecimento) do outro, ao requerer debate, leva ao choque de conceitos, mas conceitos esses que têm que ser dirimidos entre os vários setores que formam uma parceria, de modo a que, na união de consensos, se estabeleça o julgamento comum, em prol da sociedade e das suas necessidades. De novo com Westphal e Mendes, para seguir seus ensinamentos, de que,

há necessidade de modificação na “...lógica de governo, de organização do trabalho para a prevenção ou solução de problemas existentes em um território geográfico, e não em setores específicos como vem ocorrendo (...).” (2000, p. 55).

Estas observações nos levam para outro espaço do fazer, a política. Assim, tal como se entende cada vez mais a necessidade de agregação nas práticas de promoção e defesa da saúde, também as decisões políticas devem cada vez mais entender integração. Porquê? Porque situações que requerem a atenção de políticos em campos como os da habitação, pobreza, proteção e cuidado com o meio ambiente, educação, saúde, entre outros, não podem, para que se tornem verdadeiramente eficientes, ser tratados de modo separado entre si. Fazem todos parte das necessidades de bem-estar das pessoas, o que deve levar à conscientização de quem decide, deverem ter entendimento global. Nos afirma a autora que,

Não se pode afirmar, então, que as velhas políticas setoriais (saúde, educação, assistência, previdência e habitação) tendem a desaparecer, mas, sim, que cresce a necessidade de novos tipos de políticas, muitas vezes de conteúdos, ações e programas que conformam áreas de interseção de uma e outra ou mesmo de diversas políticas setoriais.

Dessa forma, entra na ordem do dia a intersectorialidade das políticas, onde as ações sociais são compostas por diferentes tipos de intervenção pertencentes a diferentes tipos de políticas.

Por exemplo, políticas para jovens, idosos ou mulheres chefes de família pressupõem ações tanto de saúde quanto de assistência e educação, onde o virtuosismo consiste no perfeito equilíbrio entre os diferentes tipos de intervenção, de forma a melhorar a qualidade de vida dessas populações. (VIANA, 1998, p.25)

E no Brasil, segundo Viana, têm havido tentativas para que estas medidas sejam colocadas em prática, mas acabam por esbarrar contra “... barreiras burocráticas ...” (1998, p.31) e limitações trazidos nos

... diplomas jurídico-administrativos que norteiam as ações do Executivo municipal e na resistência das associações e sindicatos de categorias profissionais a mudanças nas formas de contratação de profissionais e à expansão das atividades de auxiliares, agentes e educadores de uma maneira geral. (VIANA, 1998, p.31).

Acabando por acarretar outro tipo de dificuldade, na medida em que estas limitações causam a que os municípios criem mais órgãos administrativos e isso, por sua vez, leva ao espargir de recursos dificultando o desenvolvimento das experiências que se pretender colocar em ação.

Podemos resumir, então, que a intersectorialidade é uma estratégia de reunião de conhecimentos e de ações praticadas de modo articulado, planejado, em consenso com os

vários atores que integram as equipes de atores que desempenham suas atividades junto da comunidade, em espaço geográfico previamente definido. Tem que haver, para que seja eficiente, a partilha de conhecimentos, de compromisso colaborativo, de superação de conflitos. As palavras de ordem, se assim pode ser dito, são: colaboração e consenso.

Se torna necessário haver unidade na diversidade, significando integração, em vez de fragmentação, de políticas públicas o que, implica de imediato, também, em novas formas de gestão nas quais sejam incluídos os próprios civis de cada das comunidades.

1.2.7. Ligação dos setores: saberes, ideias, problemas e soluções compartilhados

Ao se guiar pelo entendimento amplo de saúde significa perceber nessa concepção uma aglutinação de conhecimentos, trazidos à área da saúde a partir de outros setores. Para Chaves (1998), que tem a saúde como elemento central em torno da qual giram outros setores interligados entre si, significa precisamente esse interagir dos demais conceitos, mas todos tendentes ao mesmo objetivo, por mais complexos que cada deles possa ser.

Como áreas de prioridade para a saúde, Chaves (1998) aponta as da ecológica, epidemiológica, estratégica, econômico-política, educacional, psicossociocultural, transcendental e a ética. Para efeitos deste estudo, nosso interesse recai na educação e é a este setor que dedicaremos nossa atenção deste momento em diante.

Para Moysés, Moysés e Krempel, “...a intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.” (2004, p.630), significando a necessidade de reformulação de políticas sociais e econômicas, resultando no que hoje se designa por “políticas saudáveis”.

São vários os autores que se dedicam ao estudo desta temática. Tal se torna possível graças às ações de intersetorialidade. No que respeita a ligação entre os setores da educação e saúde, Oliveira e Miranda (2010) entendem que,

A educação sozinha não poderá abarcar esta tão desejada inclusão, é necessário articulação com outros setores, e o Programa de Saúde da Família mostra-se eficaz nos seus conceitos para aplicabilidade da inclusão, porém é necessário mudança de mente, de concepção, a fim de que se possa sair das práticas fragmentadas, tanto dos profissionais de saúde quanto os da educação, e encontrar o fio para se tecer a rede e desvelar as tramas da inclusão. (*apud* TENÓRIO e SILVA, 2010, p.173).

Pode inferir-se, a partir desta exposição, que caba aos profissionais da educação a devida (re)organização dos seus modos de atuar para que essas práticas possam ter alcance entendível nas da saúde, de modo a que, entre aquela e esta se ache um ponto em comum, baseado nos conhecimentos de cada dos setores, mas direcionado a boas ações de promoção da saúde.

Buss é de opinião que se deva:

[...] 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 (1996, p. 179).

A educação, entre seus vários papéis, entendendo-se o da sua formação mas “... no sentido de **(a pessoa)** *tornar-se aquilo que se é*, sem permanecer o que já era, pois não significa mudança de uma substância em outra que ela não é; significa uma mudança qualitativa, que faz com que *a coisa* não seja como era antes (LEMOS; CARVALHO e MORORÓ, 2010, p.22) (grifo meu) tem, nesse processo, a capacitação da pessoa de modo a lhe conferir habilidade e conhecimentos para que evolua no sentido de se tornar em cidadão consciente, positivamente participativo da sociedade em que se integra. Nesse sentido, a esse cidadão se reconhecerá as capacidades necessárias para poder, também propor políticas públicas, saudáveis e, com isso, contribuir para melhorar a sua própria vida, como a das pessoas com quem convive.

As políticas públicas saudáveis, que, segundo Buss

“... se expressam por diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, a distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais” (2003. p.27).

São uma resposta aos entendimentos atuais sobre como se estrutura a sociedade moderna, nos vários espaços não apenas do Brasil, mas do mundo. As pessoas, como entes dotados de raciocínio, se relacionam entre si para, além de garantirem sua continuidade, a sua sobrevivência. No entanto, nesse processo é necessário ao indivíduo trazer para si todo um conjunto de sentimentos subjetivos, porque cada um os sentirá de seu modo, mas que lhes permita ter as emoções de pertença, utilidade, causa útil e válida na vida, alegria, em relação

ao grupo. Nos elucidam Silva e Tolfo que “... os sentimentos constituem interpretações subjetivas do que está ocorrendo internamente, construídas por meio do processamento cognitivo das reações fisiológicas e dos conteúdos da memória, cujo conjunto repercute nas expressões faciais, gestuais e verbais de um ser humano ...” (2012) mas, porque há “... um certo receio entre os pesquisadores em utilizar o termo “felicidade”, a tentativa de estudiosos em padronizar o conceito culminou com o que atualmente é chamado de “bem-estar”. (GONÇALVES, 2008).

Seguindo estes conceitos, nos informa Buss (1996) que, para sentirmos esse bem-estar, que nos permite viver com tranquilidade, paz e condições favoráveis, temos, de modo concreto, ter acesso a alimentos, habitação e trabalho e, em termos abstratos, como se afirmava acima, sentirmos paz, amor, amizade. Conforme tenhamos mais ou menos destas condições, assim será o grau, para mais ou para menos, da qualidade de vida da pessoa.

Mas, e também como tivemos a oportunidade de referir atrás, seguindo orientações de Oliveira e Miranda (*apud* TENÓRIO e SILVA, 2010) que por si só, a saúde não pode satisfazer todas as necessidades que a pessoa tem, ela deve fazer parte prioritária de todas as políticas públicas de modo a que estas entendam a pessoa como o pilar que sustenta e faz acontecer a sociedade. Sem querer mencionar qualquer nome de nação, para não entrar em considerandos sobre condicionantes políticos, se deixa, no entanto, a dúvida: sem um setor que promova o setor de saúde de modo que funcione adequadamente, no mínimo, como trazer a possibilidade de bem-estar/felicidade às pessoas? Certamente que, sem saúde, ou um setor que atue positivamente, efetiva e eficientemente, não será errado afirmar que não haverá condições de proporcionar este bem-estar, um pilar para a vida das pessoas.

Terá com certeza sido com este intuito em mente que se interpreta o texto abaixo, saído da **XI Conferência de Saúde** – que aconteceu em Brasília, de 15 a 19 de dezembro de 2000 – e que estabeleceu como prioridade para a execução do SUS, sem desconsiderar a efetiva participação social no mesmo que, por parte dos políticos exista consciência da necessidade de haver

[...] 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 (XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

O que se idealiza e o que se efetiva são duas faces distintas de uma moeda. Hoje, segundo Souza,

... há uma forte tendência à consolidação de um sistema segmentado, com serviços públicos, centrados na atenção básica, subfinanciados e pouco efetivos, destinados à maioria pobre; e um sistema privado, fortemente subsidiado com recursos públicos, que assegura acesso a serviços de melhor qualidade para a parcela economicamente privilegiada da população. (2015, p.1)

Até há relativamente pouco tempo, o setor da saúde era entendido como sendo um órgão isolado dos demais, não tendo qualquer ligação, nem articulação com os demais setores. A intersectorialidade é algo recente, complexo, difícil de concretizar e que, como temos vindo a afirmar, requer cedências mútuas entre eles, de modo a que possam ser trabalhadas ideias e ações que efetivem uma assistência, preferencialmente educada, à população e, para isso acontecer, inevitável se torna haver ligação, eficiente, entre setores. Política, econômica, social, educacional, juntamente com a saúde fazem parte de um todo que requerem ações determinantes e efetivas à concretização de medidas efetivas para o bem-estar social.

Considerando a necessidade clara de que a Tutela, nas suas várias esferas, federal, estadual e municipal deem resposta, é que em vários locais do mundo e, o Brasil não foge à regra, procuraram efetivamente melhorar as condições de vida da população. Disso, no Brasil, exemplo há já algum tempo reconhecido como bom, é o que acontece na cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, na qual,

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 intersectoriais. Pode ser entendida então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis (MOYSÉS; MOYSÉS e KREMPEL, 2004, p. 629).

Mas, o entendimento que se faz destes conceitos é exatamente o que escrevíamos acima, sobre a necessidade de haver ligação, entendimento, parceria entre os setores porque, só um, isoladamente, não atingirá o propósito de esperado, de fornecer serviços de boa qualidade. Portanto, cabe à sociedade, no seu todo, aliar-se à saúde para lhe fornecer as condições – políticas, econômicas, educacionais – necessárias para que possa servir à população qualitativa e universalmente. Está na articulação de esforços que as respostas eficientes serão possibilitadas e, com isso, achar soluções que ajudem, se não a resolver, pelo menos diminuir muito desigualdades que se verificam na sociedade, pelo menos a brasileira, presentemente.

Souza nos faz saber que, pese embora a sociedade brasileira tenha feito inegáveis avanços em vários dos seus setores, inegável, também, que há um sentimento

... de distanciamento entre eleitos e eleitores e pela percepção de que as elites políticas não representam, de fato, os anseios e as convicções do povo, e, na dimensão substancial, pela permanência de profundas desigualdades sociais relativamente à riqueza nacional e ao acesso a serviços de qualidade em áreas essenciais como habitação, transporte, educação e saúde (2015, p.4)

Mas, muito pouco tempo após uma série de movimentações populares ocorridas no Brasil, iniciadas em 2013 e terminadas em 2016, após o *impeachment* da então Presidente da República, Dilma Rousseff, nem Executivo, nem Legislativo deram resposta positiva ao que deles solicitava e tanto esperava (espera) a população.

Conseguir anuência de ideias a partir dos diversos setores, para a resolução de problemas de grande complexidade não apenas faz da intersectorialidade um trabalho árduo, como também conflituoso e demorado. É por esta razão que se torna muito necessário rever modos de agir, criando projetos que envolvam profissionais de vários setores de modo a que se constitua um novo modo de pensar e fazer na área da saúde. Moysés, Moysés e Krempel indicam algumas situações comuns problemáticas que dificultam a este trabalho intersectorial, conforme segue:

1. Relações de trabalho tradicionalmente caracterizadas pela centralização do poder, configurando uma dificuldade das diversas categorias profissionais em compartilhar ideias 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 intersectoriais, 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. (*apud* SANTOS, 2005, p.70-71)

Mesmo assim, segundo Souza, “A competência das entidades que lutam pelo direito de todos à saúde estará firmada se conseguir se credenciar como interlocutor dos vários movimentos e das distintas correntes políticas que compartilham esse ideal.” (2015, p.16) mas, naturalmente, sempre existirão algumas dificuldades, mais ou menos difíceis de superar, nas comunidades em que os serviços oferecidos compreendam a lógica do funcionamento intersectorial.

No assunto que segue, apresentaremos alguns momentos da evolução da educação no Brasil. Procuraremos trazer ao estudo, no discurso formal, identificações de presença ou, pelo contrário, ausência da consciência da necessidade da promoção da saúde na escola ou, se, ao contrário, ela inexistente. Também procuraremos apresentar no estudo alguns pressupostos de trabalhos de natureza interdisciplinar, que podem ser desenvolvidos no ambiente escolar, que contribua, para este fim, isto é, o da promoção da saúde.

1.3 A Educação no Brasil: as correntes pedagógicas que a influenciam

É necessário fazer como que uma breve introdução para explicitar um título como o que encima este momento do estudo. Logo nos orientamos por um ensinamento da maior importância que nos legam Benavente e Salgado, quando nos dizem que “Considerar as práticas e as relações educativas e escolares enquanto práticas sociais é uma condição indispensável para elucidar a complexidade da realidade educativa.” (1991, p.243) e se encaixa este ponto de vista exatamente dentro dos que temos vindo a apresentar e defender, porque, tanto no campo da saúde como no da educação, espaços que se dão vida mutuamente e aos demais setores sociais, são, um sem o outro, por si só limitadores dos afazeres em tudo que diz respeito á humanidade. A escola ensina, educa, prepara, propicia conhecimentos e, a saúde, depois de adquiridos os conhecimentos, propicia, com “conhecimento de causa”, as condições para que a educação – e as demais ações nos demais espaços do fazer humano – possa continuar sendo ofertada em condições físicas e intelectuais ideais.

Seguindo os ensinamentos de Saviani (1997) e Libâneo (1990) entendem que a educação no Brasil tem duas grandes correntes: as liberais e as progressistas. Enquanto que nas primeiras, acionadas de acordo com as ideias do capitalismo/sociedade de classes, entende que ao aluno está reservado uma representatividade social conforme suas capacidades e, acertado esse seu papel, assim viverá em sociedade, cumprindo as normas do que dele é esperado, desenvolvendo a cultura própria desse extrato social em que está, diríamos, alocado. Dentro desta existem quatro percursos: 1) Tradicional; que terá sido a primeira a ser instituída no país por razões históricas. Nela o ensino tem como figura central o docente, informações dadas de modo repetido e se requer boa capacidade de memorização; 2) Renovadora Progressista; para agradar às exigências da burguesia, colocando-a em plano hegemônico. Agora a atenção é dada ao aluno, entendido como sujeito ativo e curioso. A aprendizagem acontece através da ação, isto é, “se aprende fazendo”, se dá valor à experimentação, à

pesquisa e às descobertas feitas a partir daí. O docente passa a assumir papel de guia, orientador, já não está nele toda a verdade e conhecimento; 3) Renovadora (Escola Nova) que mantém o aluno como centro das atenções. O Professor Anísio Teixeira é quem a origina. Agora a escola deve formar atitudes, dando mais atenção à parte psicológica da pessoa, do que à social ou acadêmica. Para que a pessoa possa aprender, ela tem que estar consciente do que quer e do meio em que vive e, para se acertar com seus quereres e ambiente, deve, se for caso disso, adequar-se primeiro, para se integrar, depois e, 4) Tecnicista/behaviorista; nesta é Skinner quem traz as orientações. Agora o estudante é um receptor passivo dos ensinamentos que lhe são trazidos mas, os conhecimentos que faz dos ensinamentos recebidos devem ser desenvolvidos por associação. Se entende residir no docente os conhecimentos que os livros contém e, por isso, se é ele um especialista deles, é ele quem deve dar voz aos dados. Este método está cheio de ideais capitalistas e, a formação tende a ser especializada, visando o mercado de trabalho em seus vários setores de produção.

Já na segunda grande corrente, a das tendências progressistas, que entende estar reservado ao aluno orientação para estabelecer seu raciocínio a partir das realidades sociais, em princípio aceitando os objetivos e os fins sociais e políticos da educação o que, por isso, se afasta dos ideais capitalistas da corrente anterior. São três os percursos nesta corrente: 1) Libertadora; no Brasil é Paulo Freire quem traz as ideias, vinculando educação à luta e à organização das classes oprimidas. É através da consciência crítica, formada através da educação, que a pessoa adquire os conhecimentos que o libertarão do “desconhecido”, ou seja, ignorância. A educação apresenta, como eixo forte a ser tratado, temas sociais e políticos. O professor age próximo dos alunos, ajudando-os, informando-os. 2) Libertária; é aquela em que leva a pessoa a querer transformar sua personalidade em liberdade gerida por si mesma. Entende que os conhecimentos do aluno o são também em função de sua experiência de vida e, na escola, o docente assume papel de conselheiro, que se coloca à disposição do estudante e, 3) Crítico-social dos conteúdos/Histórico-Crítica; que surge no Brasil no decorrer da década de 70, do século passado. Esta vertente acredita ser necessário apresentar as matérias confrontando-as com as vivências sociais, sendo necessário contextualizar a situação histórica dos acontecimentos. Entende que o aluno deve ser preparado para entrar no mundo adulto, de tal modo que desempenhe sua colaboração com a sociedade de modo organizado e útil a si e à mesma. O centro das atenções é o aluno e o ensino-aprendizagem se constrói através das experiências de vida de cada um.

Sem querer visitar o período do Brasil colônia, porque não entendo utilidade numa expansão de tempo desse para o presente estudo, diremos que a educação no Brasil, segundo Aranha (1996), estava conforme os interesses da burguesia, influenciadas pelo que se fazia no Ocidente. Assim, do mesmo modo que acabamos de ver para a educação, que na realidade, no Brasil, esteve dependente de interesses políticos e econômicos da elite da nação que, nas décadas de 70, principalmente e 80 do século passado, rumava ao capitalismo, também assim aconteceu – e acontece, em verdade, nestes dois setores, ainda.

A razão que nos levou a seguir pela análise das situações nas vertentes descritas acima tem que ver com o fato de que, a elaboração tanto dos PCN (Parâmetros Curriculares Nacionais) para os ensinos Fundamental e Médio²² e o RCNEI²³ (Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil) têm origem precisamente na discussão crítica das referidas tendências. Assim sendo, as pessoas que participaram nos grupos que discutiram os passos e vertentes destes documentos compõem o grupo interdisciplinar, na medida em que seus pensamentos originam das várias filosofias pedagógicas, variedade de pensamentos sobre as experiências de vida que cada um tem e seus métodos e práticas de ensino, que transportaram e ajudaram outros a trazer para as escolas brasileiras.

Registre-se que adotamos os PCNs e o RCNEI como elementos de referência porque neles reside as orientações pedagógicas que contemplam a saúde de modo interativo com os demais espaços do conhecimento e, assim, neles nos podemos amparar para falar a respeito da promoção da saúde, com certeza de texto que nos ajuda a rumar em percurso certo.

1.3.1. A Escola Tradicional

Segundo Aranha (1996), a necessidade de aumentar o acesso à escola se verifica de modo mais determinante a partir da Revolução Industrial. Assim é devido à necessidade da nova ordem econômica que surgia requerer pessoas com conhecimentos suficientes para desempenharem funções distintas das que estavam em vigor até então, ou seja, saindo de uma lógica agrícola, manual, para uma maquinal. Mas, é de referir, também que, se acontece a expansão do acesso à educação a pessoas de camadas sociais desfavorecidas, a educação na

²² Informações detalhadas a respeito destes PCN, para os dois níveis de ensino aqui referidos podem ser encontrados em: <http://portal.mec.gov.br/par/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/12598-publicacoes-sp-265002211>

²³ Informações detalhadas a respeito deste RCNEI podem ser achadas em http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/eduinf_esp_ref.pdf

época não era de boa qualidade, uma vez que se pretendia essencialmente proporcionar, às camadas sociais menos favorecidas, os conhecimentos necessários a que pudessem desempenhar um ofício. Como afirma Fino, “A sociedade industrial, fundada sobre a sincronização do trabalho, precisava, portanto, de indivíduos que pouco tinham que ver com um passado rural e bucólico, em que os ritmos naturais prevaleciam.” (2001). Como para os operários era necessário terem conhecimentos sobre como funciona a máquina com a qual trabalha, para desempenhar satisfatoriamente seu trabalho, então, pelo menos conhecimentos mínimos a esse respeito teriam de lhe ser fornecidos na escola, em leituras adequadas para proporcionar esses saberes. Estes trabalhadores iriam desempenhar trabalhos repetitivos, pesados, sem requererem deles muita acuidade intelectual.

Surge, neste período, a escola para os ricos e a escola para os pobres que, como se pode depreender de imediato, discrimina as classes. A escola para os grupos mais abastados era a que proporcionava acesso à formação nos níveis mais elevados da educação e, para os pobres, o ensino primário. Àqueles estaria reservado o papel de dirigirem, a estes, de serem operários, funcionários, comandados. No entanto, porque logo surgem movimentos dos trabalhadores, através de sindicatos que haviam criado e os representavam em seus clamores, não demorou muito a que surgisse a possibilidade de acesso, por todos, à escola.

A escola, espaço social necessário para educar e se reeducar, na medida em que, com a Revolução Industrial acontecem rupturas sérias entre modos de vida, trabalho, agir e pensar, renasce com a indústria (fábrica) porque então se verifica uma “... passagem definitiva da instrução das Igrejas para o Estado.” (MANACORDA, 1994, p. 246) e, as leis que as criam e regem, isto é, as Escolas sob responsabilidade do Estado, agora, ainda segundo Manacorda, “.. suprimem a aprendizagem corporativa.” (1994, p.249) baseada no desempenho da mesma ação vez após vez, na medida em que entendem a educação um ato mais abrangente do que simplesmente uma resposta positiva às vontades da burguesia, e suas necessidades de manutenção de produção, e, neste momento em que as ideias, modos de vida, necessidades sociais estão em ebulição, tem origem, então, a escola democrática, entenda-se, aquela que reconhece ser de direito de todos, portanto, seu acesso seria gratuito para todas as pessoas. Estes ideais estão sustentados na Europa, a partir dos ideais da Revolução Francesa (1789) e atravessam o oceano, chegando aos Estados Unidos da América do Norte. Os revolucionários franceses entendem que a educação (entre outros) é um direito de todos e, porque se renovava política e socialmente o país, assim também deveria acontecer a renovação dos conteúdos

escolares, de modo a haver divulgação mais livre de informações e uma formação equitativa para todas as pessoas que frequentavam a escola.

No que ao Brasil diz respeito, a criação escola leiga e de acesso gratuito a todos em vários estados do país ocorre, embora de modo titubeante, a partir de 1899, com a proclamação da República e com a nova Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 1891 (promulgada em 24 de fevereiro deste mesmo ano), a 1ª no sistema republicano, que marca a transição no país da monarquia para a república. Este documento legal entende que cabe à União se responsabilizar pelo ensino superior e secundário e, aos Estados, o fundamental e profissional. Segundo Ferreira e Carvalho,

A Constituição de 1891 prescreveu a cada estado a organização da instrução pública primária; e o art. 35 atribuiu ao Congresso o papel de criar de instituições de ensino superior e secundário nos estados e “[...] prover a instrução secundária do Distrito Federal”, o que o nivelava aos estados-membros. O art. 72 estabeleceu que seria “[...] leigo o ensino ministrado nos estabelecimentos públicos”. Afora tais prescrições, a Constituição não tratou de nada mais no campo da educação. (2013, p.3).

Ainda se pode afirmar que esta decisão defende os interesses da burguesia, uma vez que eram muito poucos os brasileiros que então tinham capacidade financeira para aceder à universidade, para não mencionar o elevadíssimo grau de analfabetismo que existia no país então. Recorrendo novamente ao trabalho dos autores citados acima, “O índice de 82,3% analfabetismo punha o Brasil em posição desconfortável nos fins do século XIX. Mais que isso, fundamenta qualquer esforço em prol da escolarização para sanar o problema.” (FERREIRA e CARVALHO, 2013, p.5).

Relembrando que, o período que se referem estes dados, o Brasil se encontrava sob poder de uma oligarquia cafeeira, que tinha seus interesses em primeiro plano e, a eles destinava, se não a totalidade de seus recursos, seguramente a maior parte deles, assim podendo agir por utilizarem a estrutura do estado para satisfazerem seus planos de investimento. Segundo Aranha (1998), enquanto que no mundo capitalista se aceitavam geralmente os ideais do positivismo, a corrente de pensamento que valorava a pesquisa e os métodos científicos, no Brasil da 1ª República pouca ou nenhuma repercussão teve. Este era um momento em que, no país, sob influência de uma elite agrária e conservadora, a esta pouco ou nada interessava que houvesse mudanças. Seu apoio era direcionado à Igreja Católica, era contrária à laicização da educação pública e se distanciava das ideias positivistas. Esta elite agrária contribuiu muito pouco para a reforma do ensino no país.

Neste período, na história do Brasil, o sistema de ensino duplo era uma realidade. De um lado, a Igreja Católica que defendia a continuação de uma educação clássica. Noutra proposta, os intelectuais republicanos que pretendiam ver instaurado um ensino segundo os conceitos positivistas científicos que, porque estava em plena expansão o capitalismo nos vários países do mundo, esta educação prepararia as jovens gerações exatamente para os ideais da produtividade capitalista. Também seria aqui a base para a instauração da escola tradicional, pela lógica do liberalismo.

Luckesi (1994) defende que, embora a educação seja um elemento da sociedade, presente para ajudar a se entender em todos os seus setores, econômico, social, histórico, e por aí em diante, que a educação, sendo uma instância social entre outras, não deve ser entendida como algo que pode mudar a sociedade, mas, “A interpretação da educação como reprodutora da sociedade implica entendê-la como um elemento da própria sociedade, determinada por seus condicionantes econômicos, sociais e políticos – portanto, a serviço dessa mesma sociedade e de seus condicionantes” (LUCKESI, 1994, p.41) e, dentro do sistema, os caminhos pedagógicos que cada docente deve seguir, para guiar sua prática. Para o autor, todas as tendências, liberais e progressistas todas têm “... têm como principal fundamento a doutrina liberal que legitima a sociedade capitalista e propõe a adaptação dos indivíduos à ordem social vigente.” (LUCKESI, 1994, p.41.).

No que à escola tradicional diz respeito, ela tem como seu cerne a formação intelectual e moral da pessoa. Assim, são trazidos aos conteúdos escolares informações sobre acontecimentos marcantes que acontecem ao redor do mundo colocadas pelo Professor, aquele a partir do qual está o conhecimento, entendido como o sujeito detentor de conhecimento. O professor apresenta as informações de modo sistematizado, levando preferencialmente a que seus alunos memorizem os dados que lhes transmite. Nos informa Luckesi (1994) que o aluno e a sua realidade não são tidos em consideração e, por isso mesmo, não há a percepção nem valorização do aluno e suas experiências de vida.

Ainda com Luckesi (1994), este tipo de conceito surgido da pedagogia liberal na primeira metade do século passado é, ainda, uma realidade no Brasil. Continua a haver a divisão fragmentada por assunto das matérias lecionadas nas escolas, o professor ainda tem aquela postura autoritária, os estudantes se mantêm receptores, mais frequentemente do que não, passivos. Tudo isto leva a que as pessoas sejam formadas no sentido de viverem na sociedade de funciona ao sabor do capital e, quanto mais passiva e pacificamente a aceitem,

melhor estarão atendidas as necessidades da elite. Correia claramente nos mostra esta situação quando diz:

1º. A Educação Tradicional, ao tratar o aluno como objeto a modelar e equipar do exterior por um processo de transmissão do saber do professor para o aluno, submetendo a situação educativa ao primado do objeto e não reconhecendo ao educando o estatuto de sujeito, fonte de iniciativa e de acções, compromete o desenvolvimento do processo de personalização do que aprende. (s/d.)

Avancemos na busca de dados neste percurso, para trazer mais uma série de informações a respeito do assunto em estudo. O ensino trazido aos alunos no modelo da Escola Tradicional é, então, estático, fragmentado, fixo, previsível.

1.3.2. A Escola Nova

Iniciamos este momento lembrando o que adiantamos acima que, neste modelo educacional, as aulas apontam para que os alunos formem seus conhecimentos de modo dinâmico, interligando os dados entre si, tendo a perfeita noção de que o conhecimento está em constante construção. Voltemos a Correia para vermos que,

2º. A Educação Nova, ao considerar o conhecimento como um produto de uma invenção ou descoberta a realizar pelo aluno, afirmando o primado do sujeito que aprende e relegando o professor para uma situação de "presente - ausente", tende a levar o aluno a uma impossível (re)descoberta de saberes que requereram milénios de esforços da humanidade. (s/d.).

O mundo capitalista em que vivemos é um em que os acontecimentos acontecem em um ritmo muito acelerado. Há imensas novidades em termos de bens que o capital permite venham ao mundo e, com isso, causa transformações evidentes nas sociedades industrializadas. Estas mudanças exercem pressão sobre a escola para que acompanhe estas mudanças. Assim sendo, as práticas pedagógicas da Escola Tradicional se tornam insuficientes para dar respostas às novas realidades que a sociedade vem recebendo. É necessário que a escola se torne mais criativa e que a educação seja levada aos alunos de modo a que estes não apenas identifiquem os meios a partir dos quais lhes é apresentada, mas também que a identifiquem como o que acontece no seu cotidiano, ajudando, inclusive que,

com seus conhecimentos contribuam para fazer o país ser mais competitivo. Nesse aspecto, os docentes entendem ter chegado o momento de romper com um projeto cujas bases, segundo eles, “... recusavam e com as quais queriam estabelecer uma ruptura clara, para se afirmarem, antes, através de uma reflexão e de práticas pedagógicas distintas”. (TRINDADE, 2012, p.79).

Para a Escola Nova, as propostas para a educação se centralizam nos seguintes pressupostos:

- assunção da centralidade da criança;
- recusa da normatividade metodológica que a racionalidade educativa tradicional estimulou, e que agora é posta obrigatoriamente em causa face ao reconhecimento do novo protagonismo dos alunos;
- denúncia da hegemonia e do jugo dos programas escolares como instrumentos reguladores da atividade de professores e dos alunos nas salas de aula;
- denúncia dos limites da instrução como modo de formação. (TRINDADE, 2012, p.80-81).

Para Aranha (1997), estas rupturas possibilitam, também, que a escola se torne em local mais democrático, na medida em que, aceitando o aluno e sua visão de mundo, usando-a para lhe complementar esse seu conhecimento para lhe trazer mais informação ajuda a uma mais assertiva mobilidade social. Protagonistas neste espaço da educação, no Brasil, estão educadores como Anísio Teixeira e Fernando de Azevedo, tendo iniciado algumas tímidas tentativas de fazer essa ruptura na década de 1920 e, mais insistentemente a partir da de 50 do referido século.

Com o avanço da industrialização e urbanização no Brasil, assim também avança o escolanovismo no país, numa época em que efetivamente este experimenta grandes mudanças sociais, políticas e econômicas. Os cafeeiros conheciam uma grande expansão de suas culturas, daí obtendo grandes ganhos o que causou, também, um aumento significativo de concentração, como afirmado atrás, de pessoas nos espaços urbanos e da indústria. Mas foi uma época que, por terem acontecido graves conflitos sociais e políticos no Brasil, estes contribuíram para mudarem a mentalidade do povo de então e, é neste ambiente que se expandem os ideais do escolanovismo no país. Vale dizer que são as concepções de John Dewey²⁴ que influenciam os brasileiros nesta época. Portanto, eis os pilares que levam a se

²⁴ Nascido nos Estados Unidos da América do Norte em 20/10/1859, em Vermont, tendo falecido em Nova Iorque em 1/6/1959, foi um filósofo e pedagogo Norte-Americano que acreditava que, para que o ideário democrático vingasse na sociedade, era necessário que a educação exercesse papel formador embutindo, se o podemos afirmar, as coordenadas mentais de cada indivíduo, para desempenho de seu papel social nos formandos. No Brasil se encontra em Anísio Teixeira possivelmente o mais próximo e importante seguidor das ideias de Dewey.

querer uma educação democrática, garantidora de liberdade e de igualdade de oportunidades para todos. Para Saviani,

O movimento dos renovadores ganha corpo com a fundação da Associação Brasileira de Educação (ABE), em 1924, se expande com a realização das Conferências Nacionais de Educação a partir de 1927, e atinge plena visibilidade com o lançamento do “Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova” em 1932. (2005, p.10).

Em relação a esta situação, nos diz Aranha que:

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. (1998, p. 198).

No Brasil esta é uma fase que ficou conhecida como sendo a do “otimismo pedagógico”. Em uma brevíssima explicação, relembramos que, no início do século XX, como dito noutra espaço do estudo, o Brasil era uma nação com 82,3% de analfabetismo de pessoas com 5 anos de idade ou mais, conforme Ferreira e Carvalho (2013). Era necessário, para que a nação melhorasse estes índices e o nacionalismo fosse reforçado, que se criassem as condições para que as crianças, sem olhar a origem, cor ou credo, tivessem acesso à escola. Assim, o governo federal entende que está na educação popular as respostas para resolver os males da sociedade brasileira, mudando o que então a nação oferecia a seus cidadãos neste setor. É, então, com o intuito da significativa melhoria da educação no Brasil em mente, numa sociedade em que prevalecia, reforçamos, um elevadíssimo percentual de analfabetismo, entendendo-se a educação como a “salvadora da pátria” que se dá o “entusiasmo pedagógico”, conforme expressão de Nagle (1975, p.262). Acredita este estudioso que está na escola o princípio impulsionador para alterar a realidade brasileira para muito melhor, levando a que o povo se identifique com o novo governo (estamos, havia pouco tempo, saindo da fase Monárquica), levando-o a querer defender a república e, com isso, se afastar de vez do que restava da antiguidade, esta entendida no Império. O Brasil, republicano, haveria de saber aprender a caminhar por seus próprios recursos. Conforme Nagle,

... a partir de 1915 surpreende-se uma ampla campanha e uma multiplicidade de realizações configurando um novo momento significativo: o do entusiasmo pela educação. São idéias, planos e soluções oferecidas. Há aqui uma parcela que se liga ao fervor ideológico do Império; mas, agora, este é manifestado pelos próprios

republicanos desiludidos com a república existente, República que procuram redimir. Trata-se de um movimento de “republicanização da República” pela difusão do processo educacional – movimento tipicamente estadual, de matiz nacionalista e principalmente voltado para a escola primária, a escola popular. (1975, p. 262).

Assim e em função das situações indicadas acima, o que caracteriza a escola renovada é o fato de ela centrar sua atenção e ação no modo como chegar ao aluno, ou seja, focaliza o processo, em vez do produto. Não mais, como acontecia na Escola Tradicional, se dá ênfase à lecionação de informações como se de verdades absolutas se tratassem. A Escola Nova olha ao aluno, quer saber de sua história, seus conhecimentos. O professor deixa de ser a personagem central, a partir do qual existe todo conhecimento e por isso, não é questionável o que ensina, para a sua figura passar a ser uma de facultador do aprendizado (ARANHA, 1996). Naturalmente que a saúde acaba por beneficiar desta situação pois que, para este setor, “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, 1996, p.168).

Eis, então, a primeira vez em que assuntos relacionados à saúde são tratados no espaço da escola, através da sua introdução em práticas educativas. Como dito em momento anterior deste estudo, tratava-se de assuntos de saúde, na escola, quando relacionados a ensinar comportamentos higiênicos, ou, como administrar vacinas ou, até mesmo, como fazer uma extração de dente. A partir de agora, o corpo também merece o devido cuidado e atenção, sendo incluído na educação integral da pessoa, o que demonstra preocupação com a saúde e a sua promoção, ainda que, por enquanto, dentro do âmbito biológico.

1.3.3 A Escola Tecnicista

Certamente que a Escola Nova não tem apenas qualidades nem, como deve se imaginar, apoiantes. Há um conjunto de estudiosos que entendem que ela, ao permitir o ideal de livre pedagogia, mais criativa e transformadora, que nessa sua prática defendia os objetivos da elite, até porque os ideais capitalistas requerem formação tendente a determinado tipo de comportamento, principalmente tendente à aceitação dos princípios do capital. Tal tipo de

escola, criticam alguns, enquanto prioriza a classe média, exclui a proletária. (ARANHA, 1996).

As décadas de 50 e 60 do século findo são férteis no surgimento de mais teorias e métodos educacionais, a partir da pedagogia novaescolista. Luckesi (1994) nos refere que, no Brasil, Paulo Freire, com a sua pedagogia do oprimido leva por diante experimentos de alfabetização de pessoas vivendo nos espaços rurais. Tal foi o sucesso das ações de Freire, que estes acabaram por angariar apoio de Estados e do Governo Federal. Freire propõe um sistema de educação dinâmica, contrariamente ao que sucedia na Escola Tradicional.

Recorrendo a Saviani, significativamente temos:

No final da década de 1950 e início dos anos 60, intensifica-se o processo de mobilização popular, agitando-se, em consequência, a questão da cultura e educação populares (FÁVERO, 1983). Em termos de educação popular os movimentos mais significativos são o Movimento de Educação de Base (MEB) e o Movimento Paulo Freire de Educação de Adultos, cujo ideário pedagógico mantém muitos pontos em comum com o ideário da pedagogia nova. Ora, o MEB foi um movimento criado e dirigido pela hierarquia da Igreja Católica e o Movimento Paulo Freire, embora autônomo em relação à hierarquia da Igreja, se guiava predominantemente pela orientação católica, recrutando a maioria de seus quadros na parcela do movimento estudantil vinculada à Juventude Universitária Católica (JUC).

Se o movimento escolanovista se inspira fortemente no pragmatismo, o MEB e o Movimento Paulo Freire buscam inspiração predominantemente no personalismo cristão e na fenomenologia existencial. Entretanto, pragmatismo e personalismo, assim como existencialismo e fenomenologia, são diferentes correntes filosóficas que expressam diferentes manifestações da concepção humanista moderna, situando-se, pois, em seu interior. É lícito, pois, afirmar que sob a égide da concepção humanista moderna de filosofia da educação acabou por surgir também uma espécie de “escola nova popular”, como um outro aspecto do processo mais amplo de renovação da pedagogia católica que manteve afinidades com a corrente denominada de “teologia da libertação”. (2005, p.17).

Paulo Freire tem importantes contribuições para a educação no Brasil. No período ditadura militar, no entanto, ao haver a censura imposta pelos militares, isso afetou a liberdade de ensino e, portanto, qualquer método pedagógico que colocasse em questão a ordem vigente, especialmente no intuito de alterá-la, simplesmente estava fora de questão.

Desse modo e buscando inspiração nos ideais desenvolvimentistas do Brasil, o governo militar, sem que permitisse qualquer espaço a discussões, avançou com reformas do ensino brasileiro, baseando-se nas tendências tecnicistas, aquela que procura trazer os ideais empresariais para a escola. Aqui, como centro do conceito ótimo de formação, estava o modelo de Taylor, implantado nas indústrias, especialmente as automotivas.

Tal situação se verifica em função do governo militar querer responder às necessidades da indústria brasileira, de mão de obra qualificada, especialmente tendo em

consideração de que o Brasil era, agora, olhado como nação na qual as empresas internacionais sentiam valia a pena investirem. Assim, era necessário formar brasileiros de modo a que estes pudessem cumprir com as funções necessárias à boa produção dos vários bens. Significava que o Governo podia baixar os níveis de desemprego e, ao mesmo tempo, adequava a educação às necessidades da sociedade industrial e tecnológica. Segundo Aranha (1997), tais ações do governo aplacam, também, os conceitos transformadores educativos que o criticavam claramente. O modo que os militares acharam para manterem sua vontade foi a de reprimirem as pessoas sendo que, este foi um período da história da nação em que se verificaram muitas prisões, tortura, exílio e, sim, também mortes.

É característico da Escola Tecnicista uma pedagogia fragmentada, sem que as informações prestadas tenham necessariamente ligação com a realidade do dia-a-dia, isto é, utilidade prática. O que importa verdadeiramente é transmitir informações técnicas e científicas conforme as necessidades do mercado de trabalho. Nesse sentido, “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).

Em termos de legislação para a Educação, neste período são dois os Decretos-Lei de grande importância que são promulgados: o nº 477, de 26 de fevereiro de 1969 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Estes dois diplomas legais têm, cada um, suas especificidades. O nº 477 proibia a docentes, alunos e funcionários universitários de qualquer tipo de envolvimento em manifestações de caráter político e, quem o desobedecesse era sumariamente acusado de subversão ao Estado, o que acarretaria nas mais severas punições e, também, na exoneração de suas funções. Como bastava uma simples acusação, sem que a mesma fosse necessariamente comprovada, estava instalado o medo no ambiente universitário, pois ninguém confiava em ninguém. A LDB nº 5.692, entre os seus vários determinantes, gerava núcleo comum de disciplinas para os currículos do 1º e 2º grau e, uma parte seria conforme as peculiaridades do local em que se ministrava esse ensino. Além disto, incluía, como matérias obrigatórias, a Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde. Como facultativo estava o Ensino Religioso. Assim, não há, realmente, por força do receio que se instalou na academia, debate, discussão sobre as várias matérias que poderiam trazer evolução, crescimento da educação no Brasil. O Governo ditatorial cortou, em verdade, o desenvolvimento da educação e a formação de mão de obra qualificada que o mercado tanto necessitava. Contrariamente ao que dizia fazer, que era proporcionar capacidade e independência ao Brasil, dos demais países

industrializados, mantinha o país dependente da tecnologia que lhe chegava a partir dessas outras nações. Além do mais, “A escola foi usada para divulgar valores desejáveis e manter a sociedade “pacífica”, apesar da retórica liberal que defendia as liberdades individuais. Para além dessa retórica, os “porões da ditadura” calavam quem não concordasse com as imposições do regime militar.” (JACOMELI, 2010, p.76).

Em uma época em que o Governo Federal realmente incentivava a iniciativa privada, muitas são as escolas da rede particular que surgem, oferecendo seus cursos em conformidade com o que necessita a estrutura empresarial do país, levando a que se tivesse em consideração mais a quantidade do que propriamente a qualidade do ensino ministrado. Além do mais, em nada era incentivada a liberdade de iniciativas intramuros das instituições de educação e, portanto, a educação se fazia no sentido de que, se houvesse contestação ao regime autoritário, que esta fosse o menos conhecida das autoridades possível.

Segundo Luckesi (1994), ainda que a reforma do sistema educacional brasileiro apontasse à tendência tecnicista de formação, os docentes da rede pública de ensino não assimilaram este tipo de pedagogia, mesclando métodos da Escola Tradicional e da Nova.

Mesmo assim, pode dizer-se que essa prática de silenciar que foi uma realidade no Brasil de 1964 a 1985, de proibir a livre manifestação de pontos de vista, de impedir a integração dos estudantes nos debates se tenha refletido, certamente de modo negativo, presentemente. É que, a educação praticada no Brasil modernamente, em muitas de suas escolas, ainda é aquela do currículo de saberes fragmentados, distantes da realidade cotidiana do aluno, com informações que dificilmente captam sua atenção, já para não mencionar o fato de que, embora exista o maquinário, muitas escolas também não ofertam a possibilidade do uso das novas tecnologias. Portanto, há, sem carga política intencional neste comentário, prejuízo para a educação em função desta atitude autoritária, castradora imposta pelo regime militar à educação brasileira, na época em que teve os destinos da nação em suas mãos em que se identifica, nos dias atuais, a atitude autoritária do docente e a passiva do discente (LUCKESI, 1994). Naturalmente que, para a promoção da saúde, também, pois, ao se distanciar da realidade do dia-a-dia, o ensino não transmite informações completas sobre o sujeito integral e a sua envolvimento, isto é, econômica, política, biológica e do meio. Regressamos a Jacomeli para entender que

E foi, no interior dos embates políticos, sociais e econômicos, que a educação foi reformada para forjar o “novo” cidadão, obediente e pacífico e que a ditadura militar almejava para a sociedade. Nessa reforma educacional, os Estudos Sociais, que englobavam as disciplinas de História e Geografia e a disciplina de Educação Moral

e Cívica, teriam a função de “inculcar” os valores sociais desejáveis para o governo militar. (2010, p. 78).

No que à saúde diz respeito, o ensino, pelo menos no Brasil, sobre a educação da saúde se direcionavam a uma abordagem física, mecânica, conformista, limitada aos aspectos biológicos de cada pessoa, concentrada na doença e suas causas. Relativamente a esta situação e aos temas transversais propostos pelos PCN temos que,

Em suas práticas pedagógicas, a escola adotou sistematicamente uma visão reducionista de saúde, enfatizando os seus aspetos 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).

1.3.4. A Pedagogia Histórico-crítica

Esta prática, originada no educador brasileiro, Demerval Saviani, é realmente um marco na educação do país, trazida a público em finais da década de 70, mais exatamente em 1979. No entanto, pouco ou nada colocada em prática nas escolas brasileiras. São tantas e tão significativas as informações que podem ser retiradas desta proposta de Saviani, ensinar para retirar a sociedade do mesmismo, que difícil se torna optar por uma, no sentido de trazer às páginas deste estudo uma explicação cabal do que seja fazer escola, integralmente entendida, mas focada mais insistentemente na sua parte humana. Assim, por mais questionável que possa ser, trazemos, nas palavras do próprio, o que entende a este respeito, em seguida.

Compreendendo a educação como “o ato de produzir direta e intencionalmente em cada indivíduo singular a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” (SAVIANI, 2011a, p. 13), a pedagogia histórico-crítica, interessada em articular a escola com as necessidades da classe trabalhadora, está empenhada em pôr em ação métodos de ensino eficazes. Situa-se, assim, para além dos métodos tradicionais e novos, visando superar por incorporação as contribuições dessas duas tendências pedagógicas. Nessa perspectiva seus métodos estimularão a atividade e iniciativa dos alunos sem abrir mão da iniciativa do professor; favorecerão o diálogo dos alunos entre si e com o professor, sem deixar de valorizar o diálogo com a cultura acumulada historicamente; levarão em conta os interesses dos alunos, os ritmos de aprendizagem e o desenvolvimento psicológico, sem perder de vista a sistematização lógica dos conhecimentos, sua ordenação e gradação para efeitos do processo de transmissão-assimilação dos conteúdos cognitivos. (SAVIANI, 2007, p.69).” (SAVIANI, 2012, p.8-9).

Na área da saúde, neste mesmo período, como sucede na da educação, há um conjunto de novas propostas de implementação de conceitos e metodologias para melhorar a formação nestes dois setores e, também, a democratização de um e de outro campo. Dizem-nos Grazzinelli *et al.*, que,

Uma revisão dos documentos do Ministério da Saúde de 1980 até 1992 mostra de forma clara, uma mudança no discurso oficial da Educação em Saúde, de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem voltada para a participação comunitária. Essa idéia é central em Freire desde a década de 70, tanto que no documento *Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde* (Ministério da Saúde; 1981) é notória a forte influência do seu pensamento e de sua teoria de educação libertadora (2005, p.201).

Mas a realidade da progressão do entendimento da saúde como uma necessidade de conscientização da população sobre cuidados integrais a ter com a sua saúde pessoal, em função da cercania e não, como se depreende deste excerto, aqueles cuidados que o Governo quer instilar nas pessoas. Portanto, ainda recai na pessoa a atenção para a alteração das situações, em vez de olhar às condições que as originam. É, se nos for permitida a comparação, o tal “matar o mensageiro, ignorando a mensagem”. Assim, é evidente a necessidade da concepção de práticas para a educação de modo a que se provoquem mudanças na conceituação das causas que efetivamente originam os problemas, concedendo-lhe a atenção necessária e adequada.

Na década de 1980, o setor da educação já conhecia intensa movimentação. Logo a partir da abertura dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte e nos dois anos que foram de 1977 a 1979, se fundaram A Associação Nacional da Educação (ANDE), a Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED) e o Centro de Estudos, Educação e Sociedade (CEDES) nomeadamente e conforme Saviani, reunidas as três, foi organizada em 1980, a I Conferência Brasileira de Educação tendo, depois dela

... se seguiram mais cinco realizadas em 1982, 1984, 1986, 1988 e em 1991. Destaque-se que o tema da IV CBE, realizada em Goiânia em 1986, foi “A educação e a Constituinte” na qual foi aprovada a “Carta de Goiânia” contendo os pontos que, de acordo com os educadores reunidos nesta Conferência, deveriam integrar o capítulo sobre educação da Constituição Federal. (2013, p.207).

E, efetivamente a educação acabou mesmo por estar contemplada no texto da Constituição de 1988, enquanto direito social (há outros, entre eles a saúde, promulgada em 5 de outubro de 1988, indicando a União como Ente responsável pela legislação referente às necessidades deste setor – em verdade, dos outros também – brasileiro e, dedica à educação – de que não faremos observações desenvolvidas sobre o texto afim – uma seção, a **I do Capítulo III. Da Educação, Da Cultura e do Desporto**, documento que garante o acesso à educação a todos os brasileiros sem olhar a origem, cor, raça ou religião. Tendo este Documento Legal em consideração, as várias emendas que lhe têm sido introduzidas realmente há, no que à Educação – e também à saúde – em tese, evolução. Olhando a Saviani, novamente, porém e de modo muito breve, “No entanto, apesar de se ter avançado também no âmbito das políticas educativas, permanecem ainda fortes limitações, mantendo-se a marca que atravessa toda a história da educação brasileira: a precariedade.” (2013, p.221).

Segundo Oliveira, o detalhamento do acesso à educação está explicitado no artigo 208 da Constituição da República Federativa do Brasil em vigor, em que se pode ler, *in verbis* 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;
[...] (2001, p.25).

Para este estudo, particularmente, é o inciso IV aquele que chama nossa atenção porque, a escola alvo de nossa pesquisa oferece o ensino infantil, recebe crianças dos zero aos 6 anos de idade. Tendo o excerto citado acima, o autor nos indica que, pela primeira vez, “... além da extensão do direito à educação a essa faixa etária, abre a possibilidade de considerá-la parte do conceito de educação “básica” (OLIVEIRA, 2001, p.27). Assim sendo, também para este nível de educação também se torna credora de ter plano curricular, o que efetivamente aconteceu, tendo sido integrada nos Planos Nacionais e Parâmetros Curriculares como em seguida apresentaremos.

Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB nº 9.394, de 20 de dezembro) foi formulada de modo 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 do século passado por Demerval 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 à 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” (LUCKESI, 1994, 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 no Brasil, 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 PCNs formulados para o “ensino básico”, abrangendo os PCNs 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 pelos 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 à atenção deste estudo também aos PCNs do ensino Fundamental. A opção em abordar ambos os documentos se justifica com as seguintes explicações:

- 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 PCNs 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 PCNs do ensino Fundamental.

1.3.5 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 PCNs (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 disso, a LDB nº 9.394 de 1996, ao salientar a responsabilidade do poder público para 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. Desse modo, 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 disso, 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 nem imutável, salientando que a ideia é que os PCNs, 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. Então, 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 isso, 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).

Desta forma, os PCNs salientam a importância de a escola difundir os conhecimentos disciplinares tradicionais de forma interdisciplinar. Além disso, as “outras tantas exigências” referidas 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 à discriminação, do valor da preservação ambiental, da importância dos hábitos saudáveis para a saúde individual e coletiva e etc. (BRASIL, v.1,1997).

Partindo destes pressupostos, 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 abordar questões chave 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. Além do mais, como temos defendido ao longo do estudo, saúde e educação andam, necessariamente, de mãos dadas. É que, uma, para a outra, significa a capacitação em condições ideais de saúde para aplicar os ensinamentos no todo do ser e fazer das pessoas. Como diz Marcondes,

Educação para a saúde na escola significa a formação de atitudes e valores que levam o escolar ao comportamento inteligente, revertendo em benefício de sua saúde

e da saúde dos outros. Não se limita a dar conhecimentos; preocupa-se em motivar a criança para aprender, analisar, avaliar as fontes de informações, em torná-la capaz de escolher inteligentemente seu comportamento com base no conhecimento. (1972).

O documento que apresenta os temas transversais (BRASIL, V.8, 1998) está conforme 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 [...] A despeito 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 disso, o documento de introdução aos PCNs 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.” (2002) Daqui podemos concluir que, segundo o projeto curricular pretendido pelos PCNs, 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.

1.3.6. Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil

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 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 ideia 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 ideias;
- 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 em 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 referenciados 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 (Unidade Básica de Saúde) 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.

Voltando aos ensinamentos de Benavente e Salgado, de algum modo se entende que assim possa acontecer vez que,

Escola e sociedade mantêm entre si relações dialecticas, de consistência e de contradição; a Escola não é um simples reflexo da sociedade, mas também não é o motor da mudança social. Os processos de democratização efetiva das práticas neste espaço institucional, numa sociedade em que coexistem desigualdades de toda a ordem, fazem parte dos processos de democratização e integram as dinâmicas transformadoras em todos os espaços sociais. (1991, p.251).

Como se evidencia constantemente nos afazeres globais no Brasil e, especialmente necessários nestes dois setores, saúde e educação, porque deles se expandem, a partir de acessos democratizados a cada deles, formação, conhecimento, ações que, entendida a vontade da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que a educação entende se proporcione “... pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988) e, recorrendo a este mesmo Diploma, sem eu artigo 196, que diz, *in verbis*, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). Que andem, cada vez mais de mãos dadas, para o bem social, intelectual e físico de todos os brasileiros (e povos em todo mundo) estes dois setores.

CAPÍTULO II: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para trazer de imediato uma explicação a este momento do estudo, que se entende por pesquisa como sendo

... a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade do ensino. Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação. (MINAYO, 2004, p.47).

Em função destes conceitos expressos pela autora, concluímos que a pesquisa é algo/ação que pode ter começo, mas realmente não tem fim. É um processo contínuo de buscas e aquisições de conhecimentos. Este continuar constante nos informa sobre o que já foi produzido em vários momentos da história, a respeito do mesmo assunto que estudamos para que, através desses contatos possamos adquirir apoios para melhorar sobre o que escrevemos, porque é nesse ir e vir que se cresce, que se vai descobrindo um pouco mais de cada vez e, assim, também, trazendo para produções atuais, contribuir para deixar dados que de futuro possam assistir a quem com eles tome contato.

Também Gil nos apresenta seu próprio sentir sobre o que seja pesquisa, ao nos dizer que ela é um

Procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema. (Gil, 2010, p.01).

Assim e tendo em consideração as palavras de Minayo (2004) e Gil (2010), acabados de citar, se entende que pesquisar é, se o podemos afirmar, uma unidade de busca de informações que, uma vez obtidas nos proporcionam respostas e, estas, por sua vez, tendo contribuído para o esclarecimento de dúvida(s) que existia(m) nos permite avançar com propostas de resolução das tais dúvidas mas, com a consciência de que, os resultados expostos são válidos para este pesquisador, que os sujeitará à observação crítica de outros que, por sua

vez, podem trazer as suas verdades também. Enfim, a pesquisa é um *continuum* de procuras, descobertas, mais procuras e por aí em diante.

2.1. Tipo de Pesquisa

Seguros de que muito mais haverá a dizer sobre o que é pesquisa, aceitamos por suficiente estas duas orientações e avancemos, com Severino (2007), quando nos informa que a pesquisa pode ser de vários tipos, ou seja: exploratória, descritiva e explicativa. Na que aqui apresentamos, seguimos pela das características descritiva e exploratória que Cervo, Bervian e Silva referem assim:

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas.” (2007, p.61-62).

Mas, há ainda outros considerandos a não perder de vista, nomeadamente que, segundo Minayo (2004), pode ser quantitativa e/ou qualitativa. Nesta prosseguimos no rumo da qualitativa – pese embora tenhamos informações quantitativas também – e, neste caso, este tipo de pesquisa é aquela que “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.” (MINAYO, 2004, p.57).

Termos prosseguido no âmbito da pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa se deve ao fato de podermos dar resposta aos objetivos da mesma e, estes se ligam a termos de observar todo um conjunto de problemas, dificuldades e desafios que enfrentam tanto docentes, quanto agentes da saúde, na implementação de ações que promovam e eduquem em saúde para que, uma vez entendidos e identificados, podermos fazer propostas de ligação entre estes dois setores para, nessa sua intersectorialidade, trazerem mais e melhor saúde aos brasileiros, entendidos como indivíduos integrais, seja, membros pertencentes a tudo que

envolve seu entorno. A escola é, poderemos afirmá-lo sem receios, o espaço privilegiado para serem desenvolvidas ações de educação em saúde.

Dadas as explicações acima, avançamos mais objetivamente sobre o que trataremos neste capítulo. Apresentaremos os sujeitos envolvidos nas ações intersetoriais entre a Unidade Escolar e Centro Social Satélite, localizada à Rua Telegrafista Sebastião Portela, situado no Bairro de São João, na cidade de Teresina (PI), com o código postal 64046-480, Brasil, e a Unidade de Saúde da Família (USF) de São João, localizada à Rua Coronel Belisário da Cunha, 478, Bairro São João, Teresina (PI), com o mesmo código postal. 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.

Antes de partirmos para o contato com as pessoas, solicitamos permissão à Secretaria Municipal de Saúde, bem como à Direção da escola alvo de nossa pesquisa. Depois de obtida autorização, por escrito, de ambas, pudemos nos concentrar nos passos seguintes, de organizarmos cuidadosamente nosso percurso, para que a ida a campo resultasse o mais completa e consistente possível. Como esta é uma parceria que não tem funcionado muito bem, porque cada destes setores (medicina e educação) se concentra muito nas suas próprias necessidades, sem visão suficientemente abrangente para entenderem como são tão necessárias à população, fazemos muita questão de demonstrar o quão próximas são pois que, como temos vindo a defender, a saúde de uma nação, sendo boa, lhe proporciona, também uma boa educação. Se quiser se olhar pelo ângulo da educação, podemos dizer que uma boa educação proporciona bons caminhos para a formação de cidadãos em boas condições de saúde e médicos para a tornar possível.

Continuando na descrição dos passos dados, dizemos que este se compõe de três capítulos, sendo o primeiro, dedicado à construção teórica, momento em que nos apoiamos em estudos de pessoas comprovadamente entendidas a respeito das matérias em estudo, ou seja, saúde e educação. O segundo momento é aquele em fomos a campo em busca de obter dados que nos confirmem ou, então, nos mostrem novas informações, sobre o que conseguimos obter na leitura de livros, revistas da especialidade, documentos, enfim, nos meios em que achamos informações úteis e pertinentes ao estudo e, o último momento, o terceiro capítulo, aquele em que faremos a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos no capítulo anterior.

Para que fique registro completo, também valem as informações trazidas ao estudo no seu primeiro momento, a Introdução e, a fechá-lo, as Conclusões, procedidas do referencial bibliográfico que tanto nos ajudou a obter informações para nós preciosas, do assunto que aqui apresentamos.

Antes da ida a campo para desenvolvermos nosso trabalho empírico, obtivemos, repetimos, o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde e da Escola pesquisada.

2.2. Universo da Pesquisa

O passo seguinte consistiu na definição dos campos. A proposta era realizarmos a pesquisa com profissionais de uma USF e uma Escola da cidade de Teresina que desenvolvessem juntos atividades educativas de saúde. Para escolha da USF, 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 Intersetorial em desenvolvimento.

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

Quanto à Escola, como afirmamos acima, ela efetivamente tem este trabalho de promoção da saúde com a equipe da saúde, da USF, que denominaremos de Unidade Escolar Cajuína (UEC). É uma escola que oferece Educação de Jovens e Adultos – Supletivo e, também, os Anos Iniciais e Finais do Ensino Fundamental. Em termos de infraestrutura, a UEC tem, da rede pública, água e, também, água filtrada. Também tem seus esgotos, energia e lixo coletado periodicamente ligados aos serviços da rede pública. Além disso, tem acesso à *internet*.

A UEC possui 10 salas de aula, 63 funcionários, sala do diretor e sala de professores. Também oferece a seus alunos um laboratório de informática, sala de recursos multifuncionais para Atendimento Educacional Especializado (AEE), quadra de esportes,

coberta, oferece alimentação escolar, tem cozinha e biblioteca. O Banheiro é dentro do prédio, possui sala de secretaria, refeitório, despensa, almoxarifado e o pátio da escola também é coberto.

Quanto aos equipamentos da escola, esta tem computadores para a administração e, também, para os alunos. Tem T.V., copiadora, equipamento de som, impressora, equipamentos multimídia, tipo T.V., DVD, retroprojektor, *Datashow*. As aulas funcionam nos três turnos. A escola tem 291 alunos.

Definidos os campos, partimos para a realização das entrevistas semiestruturadas.

2.3. Sujeitos da Pesquisa

Aos participantes da pesquisa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de que se junta cópia em anexo. Depois de termos explicado o objetivo e razão de ser da pesquisa, de nos termos disponibilizado a responder a todas as questões que tivessem, de deixar as pessoas tranquilas quanto ao fato de serem voluntários da pesquisa e que, se quisessem, em qualquer momento poderiam desistir sem quaisquer consequência, assinado o Termo, partimos para a entrega do questionário e se iniciou o trabalho.

Inicialmente, entrevistamos duas enfermeiras da USF, uma que já trabalha há dois anos na equipe, e outra, recém admitida, 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.

2.4. Instrumentos da Pesquisa

Recorremos a entrevistas com questões respondidas por escrito, como instrumento para recolhermos informações. Segundo Freixo, “O questionário é o instrumento mais usado para a recolha de informação, constituindo um dos instrumentos de colheita de dados que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos, sendo constituído por um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, e opiniões dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto desses mesmos sujeitos. (2009, p.196). Quanto ao pesquisador, ele “... utiliza o questionário como um instrumento de medida que lhe permitirá eventualmente confirmar ou infirmar uma ou várias hipóteses de investigação.” (FREIXO, 2009, p.197). Determinado este instrumento, para que serve e o que traz, ou pode trazer ao pesquisador, vejamos o que nos dizem os já citados Cervo, Bervian e Silva,

Em geral, a palavra questionário refere-se a um meio de obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio informante preenche. Assim, qualquer pessoa que preencheu um pedido de trabalho teve a experiência de responder a um questionário. Ele contém um conjunto de questões, todas logicamente relacionadas com um problema central. (2007, p 53).

E, quanto à elaboração deste instrumento, vale uma citação longa do já também citado Antônio Gil, para ficarmos esclarecidos sem mais dúvidas, assim:

- a) as questões devem ser preferencialmente fechadas, mas com alternativas suficientemente exaustivas para abrigar a ampla gama de respostas possíveis;
- b) não devem ser incluídas perguntas cujas respostas possam ser obtidas de forma mais precisa por outros procedimentos;
- c) devem-se levar em conta as implicações da pergunta com os procedimentos de tabulação e análise dos dados;
- d) deve-se levar em consideração o sistema de referência do entrevistado, bem seu nível de informação;
- e) a pergunta deve possibilitar uma única interpretação;
- f) as perguntas devem referir-se a uma única ideia de cada vez;
- g) o número de pergunta deve ser limitado;
- h) as perguntas devem ser dispersas sempre que houver necessidade de “contágio”;
- i) convém evitar as perguntas que provoquem respostas defensivas, estereotipadas ou socialmente indesejáveis, que acabam por encobrir sua real percepção acerca do fato;

- j) deve ser evitada a inclusão, nas perguntas, de palavras estereotipadas, bem como a menção a personalidade de destaque, que podem influenciar as respostas, tanto em sentido positivo quanto negativo;
- k) cuidados especiais devem ser tomados em relação à apresentação gráfica do questionário, tendo em vista facilitar seu preenchimento;
- l) o questionário deve conter uma introdução que informe acerca da entidade patrocinada, das razões que determinaram a realização da pesquisa e da importância das respostas para atingir seus objetivos. (2007, p.104).

As questões que optamos por elaborar e aplicar com estes participantes foram de perguntas abertas. Este tipo de instrumento é aquele em que “... as pessoas respondem como querem utilizando o seu próprio vocabulário, fornecendo os pormenores ou fazendo os comentários que consideram certos.” (FREIXO, 2009, p.199).

2.5. Procedimentos

Procedemos à análise e interpretação dos dados obtidos através das respostas dos participantes aos questionários. Estas respostas ajudam, em princípio, a que possamos “... descobrir os núcleos de sentido do conteúdo das respostas dos participantes, que fazem parte de uma comunicação com suas experiências profissionais, em que a presença ou a frequência desses núcleos signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2004, p.209).

No momento da entrevista, cada entrevistado assinou duas vias do “Termo de consentimento livre e esclarecido” (Anexo), das quais uma ficava consigo e a outra era recolhida pelo(a) entrevistador(a). Foram aplicados dois tipos específicos de entrevistas semiestruturadas: uma para os profissionais de saúde (Anexo) e outra para professores da Escola (Anexo). 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.

O pesquisador entrevistou todos os profissionais do USF São João e o diretor da Escola Satélite.

Tendo organizado as informações obtidas, fizemos a apresentação dos resultados através de indicação e comentários às falas dos participantes da pesquisa. Estas apresentamos no capítulo que segue e os apresentaremos por categorias.

CAPÍTULO III; APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de iniciarmos a apresentação e discussão dos discursos por categorias, consideramos importante descrever a criação e prosseguimento deste projeto intersetorial. Para esta descrição, utilizamos os depoimentos dos sujeitos.

3.1. Um Projeto Intersetorial Coletivamente Construído

Segundo as intervenções dos sujeitos, o contato entre a escola e a unidade de saúde aconteceu após a implantação do programa e criação da equipe de saúde da família, os laços entre os serviços se estreitaram.

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 USF, para conhecerem a realidade da escola e entenderem os problemas dos professores, alunos, pais e funcionários. Com esta postura, demonstraram estar agindo segundo a lógica do programa, incorporando inclusive o discurso formal, como percebemos nesta afirmação:

Eu acho que melhorou muito, 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 USF, 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, 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, manifestando uma preocupação mais curativa e imediata, como podemos observar:

[...] foi explicado como funciona, 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 intervenção do diretor, que foi o que mais participou da criação do projeto e mais contato tem com a USF, é nítida a satisfação, mas no sentido de ter facilitado as questões práticas de articulação com o USF, principalmente no encaminhamento de crianças com problemas e diálogo com as mães.

3.2. 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 (novembro/2010) 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 aos funcionários da escola, no início do ano de 2010. 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 ACSs fizeram atividades educativas com as crianças. No momento da entrevista, o pesquisador pôde observar o dentista desenvolvendo palestras com os pais das crianças em uma sala de reuniões da USF.

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 USF 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 exposição 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 pessoas não enxergam isso como uma coisa legal (Dentista).

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.

3.3. Saúde, seus Conceitos e sua 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 porque, 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 consequência 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 nas afirmações dos entrevistados quando questionados 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. (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 exposição 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 medicocentrada 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 seu discurso, 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 vão além do combate individual da doença, mas que focalizam 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 biologistica 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 em 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 intervenção, 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 ideia 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 ideia 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 à 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 intervenção, 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.

3.4. A 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 e Moysés (1987) advertem que por décadas o sistema educacional brasileiro incorporou a questão da saúde desta forma, “transformando os grandes problemas sociais em questões

individuais, culpando as pessoas por suas doenças e isentando de responsabilidades o sistema social” (COLLARES e MOYSÉS, 1987, p.152).

Longe de concordamos 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 USF, percebemos o desenvolvimento de ações pontuais que carecem de continuidade e criticidade. É o que podemos constatar a seguir:

3.4.1. Dos Docentes

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 são constantes e dinâmicos. 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 PCNs 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 USF.

Esta situação representa a lógica da divisão técnica do trabalho, de forma que cada ator social tem sua função específica. Paim e 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 e 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 exposições:

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 intervenção 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 critica 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 PCNs. 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 da USF 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 nos discursos dos entrevistados, mas na própria história de formação do “projeto intersetorial” já apresentado anteriormente. É o que discutimos com maior profundidade no próximo tópico.

3.4.2. Das Estratégias

Para o desenvolvimento das atividades educativas em saúde de forma intersectorial, profissionais da equipe da USF 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 programa, 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 afirmações 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 USF) 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 USF tome a frente do trabalho. Isto reflete a ideia 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 mencionado, 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. Como podemos constatar afirmação que se segue:

[...] 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 USF 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.

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.

CONCLUSÕES

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 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: 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 a captação das representações sociais dos atores envolvidos com a prática intersetorial entre uma Escola e uma USF da cidade de Teresina (PI), retratando as aproximações e distanciamentos destas aos discursos oficiais de intersetorialidade.

A discussão do discurso institucional 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, exemplo disto é o programas de priorização da Atenção Primária, como O PSF. 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 intersetorialidade 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 1980, 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 ideias 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 permeia as demais áreas do conhecimento. Foi possível identificar que os PCNs 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 os 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 pela USF São João com a Unidade Escolar Satélite da cidade de Teresina. A caracterização da organização do projeto, construído coletivamente por profissionais de saúde e diretor da escola, seguida da análise qualitativa dos depoimentos dos sujeitos possibilitaram-nos identificar que: para os sujeitos da pesquisa (profissionais da saúde e da educação), a concepção de saúde predominante se fundamenta na cura e no atendimento médico. 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.

Os principais responsáveis pelas atividades educativas em saúde são os profissionais da USF. Os professores não se consideram corresponsáveis pelo trabalho educativo.

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.

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 em que possibilita o questionamento das condições sociais de vida.

A construção do projeto intersetorial entre os dois serviços buscou seguir as orientações do programa: 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.

Segundo os entrevistados, houve significativas melhoras de relacionamento entre os serviços após a implantação do projeto, principalmente em relação aos aspectos operacionais e administrativos.

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 à criação de cursos de capacitação dos profissionais, favorecendo a atualização, entenda-se, formação continuada 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.

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 traçarão o caminho para este futuro, basta, agora, trilharmos juntos o que está desenhado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A DECLARAÇÃO DE JACARTA. (1997). **Sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf Acesso em: 18 de fev., de 2017, às 10h:00m.
- AMORIM, A.C.C. e ARAÚJO, M.R.N. (2004). **Legislação Básica/Saúde da Família**. 1. ed. Montes Claros: Unimontes.
- ARANHA, M.L. (1998). **História da Educação**. 2. ed. São Paulo: Moderna.
- _____. (1996). **Filosofia da Educação**. 2. ed. São Paulo: Moderna.
- ARREAZA, Antonio Luiz Vicente e MORAES, José Cássio de. (2010). “Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências”. In: **Ciênc. saúde coletiva**. Vol. 15, nº4. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400036 Acesso em: 19 de fev., de 2017, às 11h:25m.
- ARRIADA, Eduardo; NOGUEIRA, Gabriela Medeiros e VAHL, Mônica Maciel. (2012). “A sala de aula no século XIX: disciplina, controle, organização”. In: **Conjectura**. V.17, nº 2, maio/ago. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/1649/1025> Acesso em: 21 de dez., de 2016, às 22h:05m.
- ASSIS, Renata Machado de. (2012). “A educação brasileira durante o período militar: a escolarização dos 7 aos 14 anos.” In: **Educação em Perspectiva, Viçosa**. Vol. 3, nº 2, jul./dez. Disponível em: <http://www.seer.ufv.br/seer/educacaoem perspectiva/index.php/ppgeufv/article/viewFile/171/89> Acesso em: 12 de fev., de 2017, às 07h:55m. (p. 320-339).
- BELLINGIERI, Júlio Cesar. (s/d). **A Economia no Período Militar (1964-1984): Crescimento com Endividamento**. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/hispecielemaonline/sumario/9/16042010171928.pdf> Acesso em: 12 de fev., de 2017, às 07h:20m.
- BENAVENTE, Ana e SALGADO, Lucília. (1991). “Práticas Culturais, Modos de Vida e Escolarização.”. In: **Revista Crítica de Ciências Sociais**. Nº 33. Outubro. Disponível em: http://servicos.educacao.rs.gov.br/dados/seminariointernacional/ana_benavente_praticas_culturais.pdf Acesso em: 22 de fev., de 2017, às 06h:30m. (p.243-252).
- BERLINGUER, G. (1988). **A Doença**. São Paulo: Hucitec.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. (2008). **História da Saúde Pública no Brasil**. 11 ed. São Paulo: Ática.
- _____. (1999). **História da saúde pública no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Ática.

BERTOLOZZI, Maria Rita e GRECO, R.M. (1996). “As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais.”. In: **Rev. Esc. Enf. USP**. Vol.30, nº 3. Dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v30n3/v30n3a04> Acesso em: 9 de fev., 2017, às 08h:40m. (p. 380-398).

BRASIL. (2017). **Fundos de Pensão**. Senado Federal. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/fundos-de-pensao> Acesso em: 10 de fev., de 2017, às 11h:05m.

_____. (2009). **Saúde e educação: uma relação possível e necessária**. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000012177.pdf> Acesso em: 8 de fev., de 2017, às 16h:00m.

_____. (2009). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. 1 ed. Brasília: CONASS. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf Acesso em 15 de fev., de 2017, às 08h:30m.

_____. (2002). **As Cartas da Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Projeto Promoção da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acesso em: 17 de fev., de 2017, às 15h:05m

_____. “Lei n. 5.692, de 11/08/1971. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional”. In: OLIVEIRA, R.P. e ADRIÃO, T. (Cols.) (2002). **Gestão, Financiamento e Direito à Educação**. 2. ed. São Paulo: Xamã.

_____. “Lei n. 9.394, de 20/12/1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.” In: OLIVEIRA, R.P. e ADRIÃO, T. (Cols.) (2002). **Gestão, Financiamento e Direito à Educação**. 2. ed. São Paulo: Xamã.

_____. “Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.” In: **Legislação e Normas da Pós-Graduação no Brasil**. (2002). 2 ed., atualizada. Brasília: CAPES/FUNADESP.

_____. “Proposta Curricular Para a Educação de Jovens e Adultos. Segundo Segmento do Ensino Fundamental (5ª à 8ª Série)”. Vol. I. Brasília: Ministério da Educação/Secretaria de Educação Fundamental. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/eja_livro_01.pdf Acesso em: 23 de fev., de 2017, às 09h:15m.

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

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

_____. (1998a). **Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil**. V.2. Brasília, DF.: SEF.

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

_____. (1998b). **Referencial Curricular Nacional de Educação Infantil**. V. 3. Brasília, DF.: SEF.

_____. (1997). Secretaria de Educação Fundamental. **Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais**. V.1, Brasília, DF.

_____. (1997). **Saúde da Família: Uma Estratégia Para A Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (1993). Ministério da Saúde. **Geras**: documento básico. Brasília: MS/Geras.

_____. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 17 de fev., de 2017, às 18h:52m.

_____. (1986). Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional da Saúde**. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em: 14 de fev., de 2017, às 09h:35m.

BUSQUETS, M.D *et al.* (2000). **Temas transversais em educação**: bases para uma formação integral. São Paulo: Ática.

BUSS, Paulo Marchiori. “Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.” *In*: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (Orgs.). (2003). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (p.15-38).

_____. (2000). “Promoção da saúde e qualidade de vida.” *In*: **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 5, nº 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014 Acesso em: 14 de fev., 2017, às 10h:00m. (p.163-177).

BUSS, P.M., *et al.* (1998). **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro. Biblioteca da Saúde Pública.

_____. “Saúde e Qualidade de Vida”. *In*: COSTA, N.R. e RIBEIRO, J.M. (1996). **Política de saúde e inovação institucional**. São Paulo: ENSP.

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

CANO, Wilson. (2015). “Crise e industrialização no Brasil entre 1929 e 1954: a reconstrução do Estado Nacional e a política nacional de desenvolvimento”. *In*: **Rev. Econ. Polit.** Vol. 35, nº3. July/Sept. São Paulo. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572015000300444 Acesso em: 10 de fev., 2017, às 11h:00m.

CARTA DE OTTAWA. (1986). **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf Acesso em: 18 de fev., de 2017, às 09h:35m.

CARVALHO, Gilson. (2013). “A saúde pública no Brasil”. *In: Estud. Av.* Vol. 27, nº 78. São Paulo. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002 Acesso em: 10 de fev., 2017, às 10h:35m.

CARVALHO, Sérgio Resende. (2004). “As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social”. *In: Ciên. Saúde coletiva.* Vol. 9, nº 3. July/Sept. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018 Acesso em: 16 de fev., de 2017, às 10h:05m.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares e SILVA, Leandro Roque. (2013). “A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB.” *In: Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias.* Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf> Acesso em: 14 set., 2015, às 16h:00m.

CEDAPES – Centro de Promoção da Saúde. (s/d.). **O Que É Promoção da Saúde.** Disponível em: http://www.profcordella.com.br/unisanta/textos/cq111_promocao_da_saude.htm Acesso em: 17 de fev., de 2017, às 17h:45m.

CERVO, A.L., BERVIAN, P.A. e SILVA, R. (2007). Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

CHAUÍ, M. S. (1984). **O que é Ideologia.** 14. ed. São Paulo: Brasiliense.

CHAVES, M. (1998). “Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma abordagem Multidimensional do Setor Saúde”. *In: Revista Brasileira de Educação Médica.* 22(1). Rio de Janeiro: (p.7-18). Disponível em: http://www.wservices.srv.br/public/projetos/a1educar/UserFiles/files/TRANS_TRANSDISCIPLINARIDADE%20E%20complexidade%20NA%20SAUDE.pdf Acesso em: 14 set., 2015, às 16h:35m.

COLLARES, A. L. e MOISÉS, A.A. (1987). “Educação, saúde e formação da cidadania na escola”. *In: Congresso Nacional de Didática e Prática de Ensino.* Recife.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. “Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde – Efetivando o SUS: Acesso e Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social.” Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/11c_relatorio.htm Acesso em: 21 de out., 2015, às 17h:20m.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa/Canadá, 1986. “Carta de Ottawa”. Disponível em: <http://www.uncnet.br/www2/mestrado/carta.pdf>. Acesso em: 21 out. de 2015, às 18h:15m.

CORDEIRO, H. “O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS.” *In: BRASIL.* (1996). **Cadernos Saúde da Família.** Vol. I, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde. (p.10-15).

CORREIA, Jorge A. Matos. (s/d.). **A Antinomia Educação Tradicional – Educação Nova: Uma Proposta de Superação.** Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/pce6_jmc.htm Acesso em: 22 de fev., de 2017, às 08h:00m.

CYSNE, Rubens Penha. (1993). “A Economia Brasileiro no Período Militar.” *In: Est. Econ.* Vol.23, nº 2. São Paulo. Disponível em: <http://www.fgv.br/professor/rubens/HOMEPAGE/publica%C3%A7%C3%B5es/Artigos%20publicados/A%20Economia%20Brasileira%20no%20Regime%20Militar.pdf> Acesso em: 12 de fev., de 2017, às 07h:00m. (p.185-226).

CZERESNIA, D. “O Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios”. *In: CZERESNIA, D e FREITAS, C.M. de. (Orgs.). (2003) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. (p.39-53).

DALMOLIN, Bárbara Brezolin; BACKES, Dirce Stein; ZAMBERLAN, Cláudia; SCHAURICH, Diego; COLOMÉ, Juliana Silveira e GEHLEN, Maria Helena. (2011). “Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde”. *In: Esc. Anna Nery.* V.15, nº 2, Apr./June. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200023 Acesso em: 10 de fev., de 2017, às 09h:00m.

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. (2002). Gestão, Financiamento e Direito à Educação.* 2. ed. São Paulo: Xamã.

ESCOREL, Sarah. (2008). **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar à Reforma Sanitária.** Disponível em: http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf Acesso em: 11 de fev., de 2017, às 08h:25m. (p.385-434).

FAUSTO, B. (2003). **História do Brasil.** 11. ed. São Paulo: Edusp.

FERRAZ, Sônia Terra. (1998). “Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas.” *In: RAP.* Vol.32, nº 2.Mar./abr. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7700/6273> Acesso em: 13 de fev., de 2017, às 19h:15m. (p.49-60)

FERREIRA, A.B.H. (1986). **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FERREIRA, Ana Emília Cordeiro Souto e CARVALHO, Carlos Henrique de. (2013). “Escolarização e Analfabetismo no Brasil: Estudo das Mensagens dos Presidentes dos Estados de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Norte (1890-1930).” *In: Disponível em: http://www.fe.ufg.br/nedesc/cm/controle/DocumentoControle.php?oper=download&cod=1377* Acesso em: 22 de fev., de 2017, às 7h:15m.

FERREIRA, J.R e BUSS, P.M. “O que o Desenvolvimento Local tem a Ver com a Promoção da Saúde.” *In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R e MARCONDES, W.B. (Orgs.). (2002). Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manguinhos, RJ.* Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz. (p.15-37).

FILHO, Fernando Molinos Pires. (1987). “O que é saúde pública?”. *In: Cad. Saúde Pública*. Vol.3, nº 1. Jan./Mar.. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000100007 Acesso em: 10 de fev., 2017, às 09h:25m.

FILHO, Hermógenes Saviani. (2013). “A Era Vargas: desenvolvimento, economia e sociedade.” *In: Econ. soc.* Vol. 22, nº 3. Dec.. Campinas. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182013000300010 Acesso em: 10 de fev., 2017, às 10h:10m.

FINO, Carlos Nogueira. (2001). “Um novo paradigma (para a escola): precisa-se”. *In: FORUMa – Jornal do Grupo de Estudos Clássicos da Universidade da Madeira*. Vol. 1, nº 2. Disponível em: <http://www3.uma.pt/carlosfino/publicacoes/7.pdf> Acesso em: 22 de fev., de 2017, às 06h:10m.

FONSECA, Angélica Ferreira; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso e MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. (2013). “Atenção Primária À Saúde e o Perfil Social do Trabalhador Comunitário em Perspectiva Histórica”. *In: Trab. Educ. Saúde*. Vol. 11, nº3. Set./dez. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a05.pdf> Acesso em: 9 de fev., de 2017, às 11h:00m. (p.525-552).

FREIRE, P. (2004). **Pedagogia da Autonomia**. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra.

_____. (2011). **Educação e Mudança**. 12 ed. Prefácio de Moacir Gadotti. Trad. de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martins. São Paulo: Paz e Terra.

FREIXO, Manuel João Vaz. (2009). **Metodologia Científica. Fundamentos, Métodos e Técnicas**. Lisboa: Instituto Piaget.

GATTÁS, Maria Lúcia Borges e FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. (2006). “Interdisciplinaridade: uma contextualização”. *In: Acta Paul. Enferm.* Vol. 19, nº 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a11v19n3.pdf> Acesso em: 20 de fev., de 2017, às 08h:55m. (p.322-327).

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

GIL, Antônio Carlos. (2010). **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 10. ed. São Paulo: Atlas.

_____. (2007). **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, Antônio Ivo de; CONILL, Eleonor Minho e CUNHA, Elenice Machado da. (2002). “Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação.” *In: Saúde em Debate*. Vol. 26, nº 60. Jan./abr. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 19 de fev., de 2017, às 10h:35m. (p.37-61).

GONÇALVES, Josiane Peres. (2008) “Bem-estar Subjetivo, Bem-estar Psicológico e Bem-estar Social e Sua Relação Com o Bem-estar dos Professores”. *In: 1º Simpósio Nacional de Educação. XX Semana da Pedagogia*. Unioeste, Cascavel: Paraná. 11, 12 e 13 de

novembro. Disponível em: <http://www.unioeste.br/cursos/cascavel/pedagogia/eventos/2008/1/Artigo%2015.pdf> Acesso em: 21 de fev., de 2017, às 12h:10m.

GOULARTE, F. (2002). **Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico à ação política**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. (Tese de Doutorado. 363 fls.).

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

GRAZZINELLI, Maria Flávia; GRAZZINELLI, Andréa; REIS, Dener Carlos dos e PENNA, Cláudia Maria de Mattos. (2005). “Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença”. In: **Cad. Saúde Pública**. Vol. 21, nº 1. Rio de Janeiro. Jan./Fev. Disponível em: http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_conhecimentos.pdf Acesso em: 21 de fev., de 2017, às 16h:00m. (p.200-206).

GROISMAN, Sonia; MORAES, Nádia Magalhães e CHAGAS, Luciana de Deus. (2005). “A Evolução da Atenção à Saúde no Brasil: O Contexto da Saúde Bucal.” In: **Cadernos da ABOPREV I**. Disponível em: <http://docplayer.com.br/7182131-A-evolucao-da-atencao-a-saude-no-brasil-o-contexto-da-saude-bucal.html> Acesso em: 10 de fev., 2017, às 09h:45m.

GUTIERREZ. M., *et al.* “Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia”. In: Aroyo HV e Cerqueira MT (Eds.). (1996). **La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina: un Analisis Sectorial**. San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

HEAVER, Richard. (1995). **Managing Primary Health Care: Implications of the Health Transitions**. Washington DC: World Bank. 64p. (World Bank discussion paper). Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/184361468739763839/pdf/multi0page.pdf> Acesso em: 15 de fev., de 2017, às 09h:15m.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio de Miranda e MONTICELLI, Marisa. (2006). “Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções”. In: **Texto contexto – enferm.** Vol.15, nº 2. Florianópolis. Apr./June. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021 Acesso em: 14 de fev., de 2017, às 08h:55m.

INOJOSA, Rose Marie. (1997). “A Gestão de Políticas de Desenvolvimento Social: Aspectos Organizacionais do Aparato do Estado.”. In: **II Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Isla de Margarita, Venezuela**. 14-18 octubre. Disponível em: <http://siare.clad.org/fulltext/0031819.pdf> Acesso em: 19 de fev., de 2017, às 13h:00m.

JACOMELI, Maria Regina Martins. (2010). “A Lei 5.692 de 1971 e a Presença dos Preceitos Liberais e Escolanovistas: Os Estudos Sociais E A Formação da Cidadania”. In: **Revista HISTEDBR On-line**. Nº 39. Campinas. Set. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/39/art04_39.pdf Acesso em: 21 de fev., de 2017, às 08h:45m. (p.76-90).

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. (2004). “A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor”. In: **Saúde soc.** Vol. 13, nº 1. São Paulo. Jan./Apr. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100004 Acesso em: 19 de fev., de 2017, às 11h:45m

KERBER, Nalú Pereira da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; CEZAR-VAZ, Marta Regina e SILVEIRA, Rosemary Silva da. “Direito do cidadão e avaliação dos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas”. In: **Ver. Latino-Am. Enfermagem.** Vol. 18, nº 5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_24.pdf Acesso em: 16 de fev., de 2017, às 17h:21m. (08 telas)

KICKBUSH, Ilona. (1996). “Promoción de lá Salud: uma perspectiva mundial.” In: **Organização Panamericana de Saúde (OPAS).** Promoción de la Salud: uma antología. Washington: OPAS. (p.153-165).

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

LEMONS, Elson de Souza; CARVALHO, Maria Inez da Silva de S e MORORÓ, Leila Pio. “Currículo e formação docente: saberes da práxis pedagógica do professor da educação infantil”. In: TENÓRIO, Robinson Moreira e SILVA, Reginaldo de Souza. (Orgs.) (2010). **Capacitação docente e responsabilidade social:** aportes pluridisciplinares. Salvador: EDUFBA.

LIBÂNEO, José Carlos. (1990). **Democratização da escola pública:** a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Edições Loyola

LINS, Zoraide Margaret Bezerra; SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro; LINS, Samuel Lincoln Bezerra; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha e EBEHARDT, Ana Cristina. (2015). “O papel dos pais e as influências externas na educação dos filhos.” In: **Rev. SPAGESP.** Vol.16, nº1. Ribeirão Preto, São Paulo. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100005 Acesso em: 8 de fev., de 2016, às 15h:05m

LUCKESI, Carlos Cipriano. (1994). **Filosofia da Educação.** 24 ed. São Paulo: Cortez.

LUZ, Madel Therezinha. (2000). “Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano”. In: **Ciê., Saúde coletiva.** Vol.5, nº 2. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200006 Acesso em 14 de fev., de 2017, às 08h15m.

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

MACARINI, José Pedro. (2005). “A Política Econômica do Governo Médici: 1970-1973”. In: **Nova econ.** Vol. 15, nº 3. Sept./Dec. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512005000300003 Acesso em: 10 de fev., de 2017, às 09h:35m.

MACKEY, Kristine L. (2013). **The Value of Education in Today’s American Society:** A Glimpse into the Current Way America Supports the Educational System. Disponível em: <http://www.athens.edu/business-journal/spring-2013/the-value-of-education-in-todays->

[american-society-a-glimpse-into-the-current-way-america-supports-the-educational-system/](#)

Acesso em: 13 de fev., 2017, às 17h16m.

MANACORDA, M.A. (1994). **História da educação**: da Antiguidade aos nossos dias. 4 ed. São Paulo: Cortez.

MARCONDES, Ruth Sandoval. “Educação em Saúde”. In: **Rev. Saúde Pública**. Vol. 6, nº 1. São Paulo. Mar. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101972000100010 Acesso em: 23 de fev., de 2017, às 08h:30m.

MENDES, Eugênio Vilaça. (1996). **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec.

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

_____. (1992). **A Saúde Pública como Política**. São Paulo: Hucitec.

_____. (1987). **O capitalismo e a saúde pública**. São Paulo: Papyrus.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (2004). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec.

_____. (2000). **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec-abrasco.

MONNERAT, Giselle Lavinias e SOUZA, Rosimary Gonçalves de. (2009). “Política social e intersectorialidade: conceitos teóricos e desafios práticos”. In: **SER Social**. Vol.12, nº 26. Jan./jun. Brasília. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahUKEwiuiv71ko3SAhVFIZAKHbMdCscQFgheMAk&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.unb.br%2Findex.php%2FSER_Social%2Farticle%2Fdownload%2F1023%2F683&usg=AFQjCNGSJl4Hy3nJBP5bdMOhnGsyqHn6A Acesso em: 9 de fev., de 2016, às 10h:20m. (p.200-220).

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de Castro Maia e SOUZA, Rosimary Gonçalves de. (2002). **A reorganização dos serviços de saúde no cenário local**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13028.pdf> Acesso em: 9 de fev., de 2016, às 10h:40m. (p.509-521).

MORETTI, Andrezza C.; ALMEIDA, Vanessa; WESTPHAL, Márcia Faria e BOGUS, Claudia M. (2009). “Práticas corporais/atividade física e políticas de promoção da saúde. Parte II – Relato de Experiência”. In: **Saúde soc**. Vol. 18, nº 2. Apr./June. São Paulo. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200017 Acesso em: 15 de fev., de 2017, às 07h45m.

MORIN, E. (2002). **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5. ed. Brasília: Cortez.

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

-
- MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu e KREMPEL, Márcia Cristina. (2004). “Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba”. *In: Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 9, nº 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf> Acesso em: 20 de fev., de 2017, às 15h:45m. (p.627-641).
- NAGLE, J. “A educação na primeira república.” *In: HOLANDA, S.B. (1975). História Geral da Civilização Brasileira*. Tomo III: **O Brasil Republicano**. Livro 3º. São Paulo: Difel. (p.259-291).
- NAVARRO, Marcus Vinícios Teixeira. (2009). “Conceito e controle de riscos à saúde”. *In: Risco, radiodiagnóstico e vigilância*. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q5/pdf/navarro-9788523209247-05.pdf> Acesso em: 19 de fev., de 2017, às 11h:00m. (p.37-75).
- NOBRE, L.C.C. (2003). “Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde Coletiva”. *In: Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.8, nº 4. (p.963-971).
- NOGUEIRA, Roberto Passos. “Da Medicina Preventiva À Medicina Promotora”. *In: AROUCA, Sérgio. (Org.). (2003). O Dilema Preventista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventista*. São Paulo: Editora UNESP. (p.175-176)
- OLIVEIRA, Jamine Barros e MIRANDA, Theresinha Guimarães. “Tecendo a saúde com a educação nas “tramas” da inclusão.”. *In: TENÓRIO, Robinson Moreira e SILVA, Reginaldo de Souza. (Orgs.) (2010). Capacitação docente e responsabilidade social: aportes pluridisciplinares*. Salvador: EDUFBA.
- OLIVEIRA, Romualdo Portela de. “O Direito à Educação”. *In: OLIVEIRA, R.P. e ADRIÃO, Theresa. (Orgs.). (2001). Gestão, Financiamento e Direito à Educação*. 2. ed. São Paulo: Xamã. (p.15-43).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. (1978). **Cuidados primários de saúde**. Conferência de Alma-Ata, URSS. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acesso em: 4 de abr., de 2016, às 10h:35m.
- PAIM, Jairnilson Silva. (2008). **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- PAIM, J.S. “Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde”. *In: PAIM, J.S. Saúde – política e reforma sanitária*. (2002). Salvador: Cooptec/ISC. (p. 367-381).
- PAIM, J.S. e ALMEIDA, N.F. (2000). **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Saúde-ISC.
- PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Brasileira e o CEBES**. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6419/1/PAIM%20JS.%20Texto%20CEBES.pdf> Acesso em: 14 de fev., 2017, às 11h:05m.
-

PAIVA, Carlos Henrique Assunção e TEIXEIRA, Luiz Antonio. (2014). “Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores”. In: **História, Ciências, Saúde**. Vol. 21, nº 1. Jan./mar. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> Acesso em: 13 de fev., de 2017, às 16h:50m. (p.15-35).

PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS. (S/d.) **Saúde**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf> Acesso em: 21 de fev., de 2017, às 10h:00m.

PASSAMAI, Maria da Penha Baião; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; DIAS, Ana Maria Iorio e CABRAL, Lisidna Almeida. (2012). “Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde.”. In: **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** Vol.16, nº 41. Abr./jun. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000200002&script=sci_abstract Acesso em: 13 de fev., 2017, às 17h:20m. (p.301-314).

PESTANA, Aline Lima; GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros; SENNA, Monique Haenske; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do e HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. (2013). “Estratégias de Promoção à Saúde e a Prevenção de Acidentes no Ambiente Domiciliar: Uma Análise Reflexiva”. In: “**Rev. Enfer. UFPE on line**. Vol.7, nº11. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4756/pdf_3947 Acesso em: 19 de fev., de 2017, às 10h:00m. (p.6524-6532).

PINTO, A.V. “A significação da lógica dialética”. In: PINTO, A.V. (1979). **Ciência e Existência**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção e FALLEIROS, Ialê. (s/d.). **Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra**. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_5.pdf acesso em: 15 de fev., de 2017, às 11h:00m.

PORTAL MEC. (s/d.). **Saúde**. 1ª Parte. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf> Acesso em: 22 de fev., de 2017, às 10h:00m.

PUTTINI, Rodolfo Franco; JUNIOR, Alfredo Pereira e OLIVEIRA, Luiz Roberto de. (2010). “Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização”. In: **Physis**. Vol. 20, nº 3. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004 Acesso em: 18 de fev., de 2017, às 09h:10m.

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

REBELO, Fernanda. (2013). “Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907.” In: **Hist. Ciên. Saúde-Manguinhos**. Vol.20, nº 3. July/Sept. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000300765 Acesso em: 10 de fev., 2017, às 11h:15m.

“Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde”. (1986). In: NAJAR, A.L., *et al.* (1998). **A saúde em estado de choque**. São Paulo: Editora Fase.

RESTREPO, H.E. “Agenda para lá acción en promoción de la salud”. In: RESTREPO, H.E. e MALAGA, H. (2001). **Promoción de la salud**: cómo construir vida saludable. Bogotá: Panamericana. (p. 34-55).

RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco. (2014). **Representações Sociais Sobre a Interdisciplinaridade**: percepções das equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. São Luís: UFM. Disponível em: http://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/2014_UFMA_Herta%20Maria%20Castelo%20Branco%20Ribeiro.pdf Acesso em: 12 de fev., de 2017, às 18h:50m (Dissertação de Mestrado. 109 fls.).

SANTOS, Débora de Souza. (2005). **Ações Intersetoriais de Educação e Saúde**: Entre Teoria e Prática. Campinas: UNICAMP. (Dissertação de Mestrado. 148 fls.).

SANTOS, Marta Alves. (2013). “Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.” In: **R. Kátal**. Vol. 16, nº 2. Florianópolis. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf> Acesso em: 11 de fev., 2017, às 08h:00m. (p.233-240).

SAVIANI, Demerval. (2013). “A Educação na Constituição Federal de 1988: avanços no texto e sua neutralização no contexto dos 25 anos de vigência”. In: **RBPAE**. Vol. 29, nº 2. Mai./ago. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dMY5z3do00EJ:seer.ufrgs.br/index.php/rbpae/article/download/43520/27390+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 23 de fev., de 2017, às 08h:00m. (p.207-221).

_____. (2012). “Origem e Desenvolvimento da Pedagogia Histórico-Crítica”. In: **Exposição na Mesa Redonda**: “Marxismo e Educação: Fundamentos Marxistas da Pedagogia Histórico-Crítica” realizada no VII Colóquio Internacional Marx e Engels, no IFCH-UNICAMP em julho de 2012. Disponível em: http://www.ifch.unicamp.br/formulario_cemarx/selecao/2012/trabalhos/Demerval%20Saviani.pdf Acesso em: 22 de fev., de 2017, às 15h:05m.

_____. (2005). **As Concepções Pedagógicas Na História da Educação Brasileira**. Campinas. Disponível em: http://www.joinville.udesc.br/portal/professores/nicolegm/materiais/Saviani_Concepcoes_Pedagogicas.pdf Acesso em: 21 de fev., de 2017, às 09h:00m.

_____. (1997). **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. 6 ed. Campinas, São Paulo: Editores Associados.

SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger; TORRES, Samantha e ECKER, Daniel Dall’Igna. (2014). “Psicologia e ditadura civil-militar: reflexões sobre práticas psicológicas frente às violências de estado”. In: **Rev. Epos**. Vol. 5, nº 1. Rio de Janeiro. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100004 Acesso em: 11 de fev., de 2017, às 08h:50m.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade e RAMOS, Flávia Regina. (2005). “Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas”. In: **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** Vol 9, nº 16. Set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05> Acesso em: 13 de fev., de 2017, às 19h55m. (p.53-66).

SCHNEIDER, Catarina e TAVARES, Michele. (2015) “O retrato da Epidemia de Meningite em 1971 e 1974 Nos Jornais Globo e Folha de São Paulo”. In: **10º Encontro Nacional de História da Mídia**, 3 a 5 de junho. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/alcar2015> Acesso em: 12 de fev., de 2017, às 19h:00m.

SCLIAR, Moacyr. (2007). “História do conceito de saúde”. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 17, nº 1. Jan./Apr. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003 Acesso em: 21 de dez., de 2016, às 19h:00m.

SEVERINO, A.J. (2007). **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez.

SILVA, Cristiane Maria da Costa; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos e MIALHE, Fábio Luiz. (2010). “Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas.” In: **Ciênc. Saúde Coletiva**. Vol. 15, nº 5. Aug. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028 Acesso em: 12 de fev., de 2017, às 19h22m.

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

SILVA, Narbal e TOLFO, Suzana da Rosa. (2012). “Trabalho significativo e felicidade humana: explorando aproximações”. In: **Rev. Psicol., Organ. Trab.** Florianópolis. Vol. 12, nº 3. Dez. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000300008 Acesso em: 21 de fev., de 2017, às 11h:30m.

SILVEIRA, G.T. (2000). **Escola promotora da saúde: quem sabe faz a hora**. São Paulo: USP. (Tese de Doutorado. 224 fls.).

SOUZA, Georgia Costa de Araújo e COSTA, Iris do Céu Clara. (2010). “O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudança”. In: **Saúde Soc.** São Paulo. Vol. 19, nº 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 14 de fev., às 12h:00m. (p.509-517).

SOUZA, H.M. Entrevista com a Diretora do Departamento de Atenção Básica_SPS/MS. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, vol.53. dez., 2000. Especial. (p.7-16) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000126&pid=S1414-3283200700030000400009&lng=en Acesso em: 19 de fev., de 2017, às 11h:25m.

SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes de. (2015). **O SUS, Hoje: Como Preservar As Conquistas e Vencer Os Desafios? Uma contribuição ao Debate**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp->

[content/uploads/2015/06/Luis_Eugenio_Simposio_Nacional_Saude_JUN2015.pdf](#) Acesso em: 21 de fev., de 2017, às 13h:00m.

SOUZA, M.S. & GRUNDY, E. (2004). “Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública” *In: Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol.20, nº5. Set./out. (p.1354-1360).

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

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva e VILLASBÔAS, Ana Luiza. (). “SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde”. *In: IESUS*. Vol. VII, nº 2. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf> Acesso em: 20 de setembro, de 2016, às 10h:20m.

TRINDADE, Rui. (2012). **O Movimento da Educação Nova E A Reinvenção Da Escola**. Da Afirmação de Uma Necessidade Aos Equívocos de Um Desejo. 1 ed. Porto: U. Porto Editorial.

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

Universidade de São Paulo – USP. (2017). **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 13 de fev., de 2017, às 16h:27m.

VASCONCELOS, E.M. (1997). **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec.

VIANA, Ana Luiza D’Ávila. (1998). “Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas”. *In: Revista de Administração Pública*. Vol. 32, nº 2. Mar./Abr. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/novos_riscos_cidade_intersectorialidade_politicas_publicas.pdf Acesso em: 20 de fev., de 2017, às 09h:30m. (p.23-33).

VIEIRA, Ricardo. (1995). “Mentalidades, Escola e Pedagogia Intercultural”. *In: Educação, Sociedade & Culturas*. Nº4. Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC4/4-6-vieira.pdf> Acesso em: 8 de fev., de 2017, às 10h:33m.

WERNECK, Vera Rudge. (2006). “Sobre o processo de construção do conhecimento: O papel do ensino e da pesquisa”. *In: Pol. Públ. Educ*. Vol.14, nº 51. Abr./jun. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n51/a03v1451.pdf> Acesso em: 8 de fev., de 2017, às 09h:25m. (p.173-196).

WESTPHAL, Márcia Faria e MENDES, Rosilda. (2000). “Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade”. *In: Revista de Administração Pública*. Vol. 34, nº 6. Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6347/4932> Acesso em: 20 de fev., de 2017, às 8h:25m. (p.47-61).

WHO. (1997). **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI.** Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf Acesso em: 10 de fev., de 2017, às 22h:05m.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ATUAÇÃO INTERSETORIAL DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: ENTRE TEORIA E PRÁTICA: UM ESTUDO DE CASO ENTRE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E UMA ESCOLA DE TERESINA-PIAÚÍ

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar da presente pesquisa.

O(a) pesquisador(a), manterá sigilo absoluto sobre as informações aqui prestadas, assegurará o meu anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa, **além de me dar permissão de desistir**, em qualquer momento, sem que isto me ocasione qualquer prejuízo para a qualidade do atendimento que me é prestado, caso sinta qualquer constrangimento por alguma pergunta ou simplesmente me queira retirar dela.

A pesquisa será realizada pelo(a) mestrando(a) José Wagner Bona Morais, aluno do mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, do seu Instituto de Educação, e orientado pelo Professor Doutor Emmanuel M. C. B. Sabino.

Fui informado(a) que posso indagar o pesquisador se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, pelo telefone: (86) 9981 3495, e que, se por tal me interessar, posso receber os resultados da pesquisa quando esses forem publicados. Esta pesquisa corresponde e atende às exigências éticas e científicas próprias do que é determinado pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, que consentimento prévio dado pelo(a) colaborador(a) cujo nome e informações serão guardados pelo(a) pesquisador(a) e, em nenhuma circunstância, eles serão dados a conhecer a outras pessoas alheia ao estudo, a não ser que o(a) colaborador(a) o consinta, por escrito.

Assinatura do (a) participante: _____

Local e data da assinatura deste Termo: Teresina, _____, de _____ de 2016.

Pesquisador Mestrando
José Wagner Bona Morais

Orientador Científico
Professor Doutor Emmanuel M. C. B. Sabino

ANEXO 2

Entrevista Aplicada aos Profissionais da USF (Unidade da Saúde da Família).

IDENTIFICAÇÃO e DADOS PESSOAIS:

Masculino () Feminino ()

Idade: _____

Escolaridade: _____

DADOS PROFISSIONAIS:

Formação profissional: _____

Tempo de trabalho na UBS: _____

Por favor responda às questões que seguem.

1. Fale brevemente a respeito das atividades desenvolvidas pela USF juntamente com a escola sobre temas ligados à saúde. _____

2. Na sua opinião, o programa mudou o relacionamento da USF com a Escola?

Sim () Não () Não sei ()

Comente a sua resposta. _____

3. Como acontece a relação que há entre esta Escola e a UBS? _____

4. O que você percebe de positivo nas atividades conjuntas? _____

5. Acredita que este trabalho contribui para a promoção da saúde das crianças?

Sim () Não () Não sei ()

Justifique a sua resposta. _____

6. Você teve alguma experiência ou formação anterior relacionada à educação em saúde?

Sim () Não ()

Se respondeu “Sim”, diga qual(is)? _____

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO 3

Entrevista Aplicada aos Professores da Escola

IDENTIFICAÇÃO

Masculino () Feminino ()

Idade: _____.

Sua escolaridade: _____.

Qual a sua formação profissional? _____.

1. Fale brevemente a respeito das atividades desenvolvidas nesta escola sobre temas ligados à saúde. _____

2) Como acontece a relação existente entre a Escola e a USF da região? _____

3) Você acha que o programa de Saúde da Família contribui para o desenvolvimento de trabalhos articulados de educação e saúde?

Sim () Não () Não sei

Se respondeu “Sim”, diga como? _____

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?

Sim () Não ()

Se respondeu “Sim”, diga qual(ais)? _____

Muito obrigado pela sua colaboração.