Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Os significados das práticas de promoção da saúde na
infância: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho
infantil**

EDUARDO ALEXANDER JÚLIO CÉSAR FONSECA LUCAS

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Ciências.**

**Área de Concentração:
Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade**

**Orientador: Prof. Dr.
Rubens de Camargo Ferreira Adorno**

**São Paulo
2013**

Os significados das práticas de promoção da saúde na infância:
um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração:
Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr.
Rubens de Camargo Ferreira Adorno

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

Dedico essa Tese a todas as crianças em idade escolar que estudam nas escolas públicas da rede de ensino fundamental do Município do Rio de Janeiro, em especial às de Vila Moretti. Cada gesto de carinho sincero manifesto através dos olhares genuínos, abraços afetuosos e sinceros, me tocou de forma tão intensa mobilizando com isso uma força incentivadora capaz de produzir a inspiração necessária para vencer os obstáculos que surgiram no percurso dessa jornada. Desejo a cada uma dessas crianças um futuro repleto de oportunidades geradoras de sucesso, paz e felicidades! E lembrem-se:

“Nunca deixem que os outros lhes digam que não vale a pena acreditar nos seus sonhos; ou que os seus planos nunca vão dar certo; ou ainda, que vocês jamais serão alguém...” (Renato Russo)

DEDICATÓRIA ESPECIAL *IN MEMORIAN*

Dedico também essa Tese, aos meus avós maternos (Adelaide e José Vitorino) e avós paternos (Elza e José Lucas). Por intermédio deles aprendi a importância da educação, do trabalho digno e da família para a construção de uma sociedade mais justa. Aprendi ainda a ter responsabilidade, disciplina e determinação. Seus exemplos de vida, paciência, afeto, orientações e cuidados me mostraram o caminho para lutar pelos meus sonhos e ideais, sempre com honestidade e sinceridade. Sempre amarei vocês!

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis". (Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

Há momentos na vida que faltam forças para continuar a caminhada. Por isso muitas vezes pensamos em desistir; retroceder e simplesmente deixar o medo nos vencer. Mas é exatamente nessa hora que Deus opera sobre nós o seu propósito, ministrando sua gloriosa “Shekhinah”, ou seja, a glória da sua “Divina Presença” em nossa existência. À Deus toda honra, toda glória e todo o louvor. Muito obrigado pela manifestação do seu cuidado, misericórdia, fidelidade e providência sobre minha vida!

“Porque eu, o Senhor, teu Deus, te tomo pela tua mão direita e te digo: não temas, que eu te ajudo. (Isaías 41:13).

É preciso registrar que ninguém chega a lugar algum sozinho. Desta forma agradeço também aos meus familiares e amigos pelo apoio incondicional. Amo vocês!

Em especial agradeço minha mulher Bruna Liane pela paciência, carinho e dedicação integral: Sua presença em minha vida foi o bálsamo suave que trouxe sobre mim o alívio necessário para suportar o desconforto advindo da pressão naturalmente existente na finalização da Tese. Te amo muito!!!

Aos meus pais Maria das Graças e Eduardo Lucas pelo carinho, cuidado, dedicação, orientação e auxílio sempre presente nos momentos essenciais! Vocês são maravilhosos!

Aos meus irmãos Simone, Rodrigo e Antonio, amigos para toda comemoração, companheiros para qualquer batalha e principalmente conselheiros nas mais diversas situações. Para você Antonio registro meu reconhecimento pelo auxílio incansável e irrestrito. Nos momentos mais difíceis você esteve presente para não me deixar sucumbir, lembrando-me das promessas e dos planos de Deus para minha vida. Obrigado por acreditar em mim! Você foi fundamental nesse momento. À minha cunhada Ravini pelas orações e auxílio na revisão final do texto! Que Deus continue te usando poderosamente. Obrigado por tudo! Vocês são especiais!

Agradeço ainda (in memorian) aos meus bisavôs Isaura Moreira e José Amado; e Josefa da Fonseca por terem me proporcionado uma infância maravilhosa.

À tia Vanda Lucas pelas contribuições ao longo da minha trajetória.

Aproveito a oportunidade para agradecer também à amiga Profa. Dra. Cristiane Lacaz pela amizade, atenção e incentivo; à amiga Profa. Dra. Maria Antonieta Tyrrell pelo carinho, compreensão e apoio fraternal. Aos amigos Zélia Giácomo e Dr. Carlos por terem me auxiliado no momento de transição e deslocamento da minha residência para a cidade de São Paulo.

Ao Hotel de Trânsito dos Oficiais do Exército Brasileiro pelo acolhimento e serviços prestados.

Aos Docentes e funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, particularmente, Leandro Cleto e Iara Macedo, meu reconhecimento pela paciência, auxílio e comprometimento exemplar.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, em especial a Profa. Dra. Augusta Alvarenga e Prof. Dr. Edemilson Antunes. Obrigado pelas sugestões, reflexões e apontamentos ao longo do curso.

À comunidade escolar pesquisada, especialmente as professoras: Mônica (coordenadora pedagógica), Regina e Elizabeth pelo acolhimento, carinho, atenção e auxílio.

Ao meu orientador Prof. Dr. Rubens Adorno pelas orientações fornecidas e empréstimos dos livros que certamente contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

A toda Banca Examinadora (Prof. Dr. Antonio Eduardo, Profa. Dra. Maria Antonieta Tyrrell, Profa. Dra. Cristiane Lacaz, Profa. Dra. Néia Schor, e Profa. Dra. Marina Valadão) pelas contribuições, posicionamentos, disposição para o diálogo e reflexão crítica.

À Direção da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da UFRJ, bem como a todos os colegas do Departamento de Enfermagem Materno-

Infantil da EEAN/UFRJ pelo apoio durante o período de afastamento de minhas funções docentes.

Ao Pastor Reinaldo Fernandes pela preocupação incessante, conselhos pastorais e orações;

Ao CNPq pelo apoio financeiro (bolsa) fornecido para o desenvolvimento dessa Tese.

Pelo respeito e admiração dedico a todos vocês o pensamento que se segue:

“Você não deve desistir...

Quando tudo dá errado, o que acontece às vezes; quando a estrada que você está trilhando parece longa; quando os fundos são escassos e as contas são altas e você quer sorrir, porém precisa suspirar; quando a preocupação o pressiona um pouco, descanse! Se precisar, nunca desista. A vida é estranha, com suas idas e vindas, isso todos nós acabamos aprendendo; muitas vezes fracassamos quando se poderia ter ganho, se tivesse havido persistência; continue sua tarefa, embora o ritmo pareça lento – você pode ter sucesso com um pouco mais de fôlego. O sucesso é o fracasso virado do avesso – o toque prateado das nuvens da dúvida – E você nunca pode afirmar o quanto está perto, pode-se estar próximo quando tudo parece distante; então continue na luta, mesmo quando for duramente atingido – é quando tudo parece pior que você não deve desistir”. (Autor Desconhecido)

RESUMO

LUCAS, E. A. J. C. F. **Os significados das práticas de promoção da saúde na infância:** um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil. 2013. 298f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

No Brasil os modelos de atenção à saúde, em particular os direcionados à promoção da saúde da população infantil, têm sido caracterizados por um enfoque primordialmente direcionado aos determinantes biológicos, e enfrenta diversas dificuldades na sua implementação. Vários fatores podem ser relacionados a essa problemática, tais como carência de recursos materiais e humanos, falta de infraestrutura organizacional e de gestão, além dos aspectos socioculturais imbricados na adoção ou não das práticas de promoção à saúde. Essa Tese de doutorado teve como objetivos: descrever as práticas de promoção da saúde desenvolvidas numa comunidade escolar do Município do Rio de Janeiro à luz das políticas públicas e da cultura escolar; analisar os significados atribuídos pelos escolares a essas práticas; e, discutir o modelo de atenção e as práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola, a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos de estudo a essas práticas. A abordagem qualitativa a partir da perspectiva etnográfica apoiada nos pressupostos de Geertz permitiu compreender os significados emergentes das produções simbólicas (desenhos e seus respectivos relatos) acerca do tema saúde. Os resultados demonstraram que as ações de promoção da saúde estão incorporadas ao cotidiano da escola, dialogando com as políticas setoriais, em que pese à centralidade dessas ações ainda em aspectos predominantemente normativos. Em relação aos significados sobre promoção da saúde atribuídos pelos escolares destaca-se que estes reproduziram clichês médico-sanitários constantes tanto do modelo hegemônico (biomédico e higienista) como da cultura escolar. As produções simbólicas retrataram com riqueza de detalhes, criatividade e

imaginação os espaços sociais de desenvolvimento das práticas de saúde, os recursos materiais utilizados e os procedimentos envolvidos, bem como os atores sociais participantes dessas ações. Por outro lado, também emergiram significados, ainda que menos frequentes, que criticaram o modelo assistencial vigente, apontando para uma visão mais ampliada de saúde a partir da perspectiva sociocultural. Os resultados dessa Tese serviram ainda para reforçar a influência da cultura local, dos hábitos e dos modos de vida na construção do conceito de saúde por parte da coletividade estudada.

Palavras-chave: Saúde Escolar; Promoção da Saúde; Antropologia Cultural; Saúde da Criança; Educação em Saúde; Desenho.

ABSTRACT

LUCAS, E. A. J. C. F. The significance of the practices of health promotion in childhood: a study of daily school life through children's drawings. 2013. 298f. Thesis (Doctorate in Public Health) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

In Brazil, the health care models , particularly those aimed at the promotion of children's health, have been characterized by its focus which is mainly directed to biological determinants, and face many difficulties in its implementation. Several factors may be related to this problem, such as deficiency of material and human resources, lack of organizational and management infrastructure, in addition to the socio-cultural aspects which will determine the adoption or not of the health promotion practices. . The objectives of this Thesis were to describe the practices of health promotion developed in a school in the city of Rio de Janeiro under the light of public policy and educational culture; to analyze the meanings attributed by the students to these practices, and to discuss the model care and health promotion practices developed at school, based on the meaning of the students drawings. The qualitative approach from the ethnographic perspective supported by Geertz assumptions allowed the understanding of the meanings emerging from the symbolic productions (drawings and their respective reports) on the health theme. The results showed that the health promotion actions are already part of the school routine, dialoguing with the sectorial policies, although these actions are still predominantly attached to normative aspects. Regarding the meanings of the collected material on health promotion one should notice that it represented medical-sanitary clichés present on both the hegemonic model (biomedical and hygienist) and the school culture. The symbolic productions portrayed in detail, creativity, and imagination the social spaces for the development of health practices, the material resources, and procedures involved, as well as the social actors

participating in these actions. On the other hand, although less frequently, some productions emerged criticizing the present model, pointing to a broader view of health from the socio-cultural perspective. The results of this Thesis reinforce the influence of the local culture, habits and ways of life in the construction of the concept of health by the collectivity studied.

Keywords: School Health; Health Promotion; Anthropology, Cultural; Child Health (Public Health); Health Education; Design.

ÍNDICE

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
1.1 TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR NA TEMÁTICA	21
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	27
1.2.1 Promoção da Saúde e Educação em Saúde	27
1.2 OBJETO	30
1.4. QUESTÕES NORTEADORAS	31
1.5. OBJETIVOS	32
2 REFERENCIAL TEÓRICO	33
2.1 O CONCEITO DE CULTURA NA ABORDAGEM SOCIOLÓGICA	33
2.2 SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: CATEGORIAS EM BUSCA DE UM MODELO CONCEITUAL	38
2.2.1 A iniciativa escolas promotoras de saúde	50
2.3 O DESENHO COMO OBJETO SIMBÓLICO	53
2.3.1 O desenho e as culturas da infância	56
2.4 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	59
2.5 SUJEITO E ESTRUTURA NO CAMPO DA SAÚDE	66
3 METODOLOGIA	73
3.1. O MÉTODO: NATUREZA, DELINEAMENTO, ABORDAGEM DO ESTUDO	73
3.2 TRABALHO DE CAMPO: INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	77
3.3 O AMBIENTE E OS ENVOLVIDOS: CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA	80
3.4 TRATAMENTO DOS DADOS	82
3.5 OS ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS DA PESQUISA	85
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE ESTUDO E DA COLETIVIDADE	89
4.1.1 Local da pesquisa: comunidade escolar de Vila Moretti	89
4.1.2 Avaliação sociodemográfica dos escolares e suas famílias	95
4.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	99

4.2.1 Categoria 1: “Práticas de promoção da saúde desenvolvidas pela comunidade escolar à luz das políticas públicas e da cultura escolar”	99
4.2.1.1 Análise das práticas de promoção da saúde na comunidade pesquisada	130
4.2.2 Categoria 2: “Significados atribuídos pelos escolares às práticas de promoção de saúde desenvolvidas no ambiente escolar”	155
4.2.2.1 Subcategoria 2.1: “Os escolares e os significados sobre as práticas de saúde centradas na perspectiva hospitalocêntrica”	160
4.2.2.2 Subcategoria 2.2: “Os escolares e os significados sobre as práticas de promoção da saúde centradas no modelo higienista”	198
4.2.2.3 Subcategoria 2.3: “Os escolares e os significados sobre as práticas de promoção da saúde: compreendendo o tema numa perspectiva sociocultural”	231
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	252
5.1 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA CULTURA ESCOLAR	253
5.2 OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ESCOLARES ÀS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E O COTIDIANO DA COMUNIDADE ESCOLAR	256
5.3 À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS: RESSIGNIFICANDO AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CENÁRIO ESCOLAR	260
6 REFERÊNCIAS	267
APÊNDICES	287
Apêndice 1 - Formulário de coleta de dados dos desenhos	287
Apêndice 2 – Formulário para a entrevista não diretiva	288
Apêndice 3 - Questionário de avaliação sociodemográfica	289
Apêndice 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido	293
ANEXO	296
Anexo 1 – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	296
CURRÍCULO LATTES	297
Autor – Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas	297
Orientador – Rubens de Camargo Ferreira Adorno	298

SIGLAS UTILIZADAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil
CIESE- Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
CIB- Comissões Intergestores Bipartites
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIEP - Centro Integrado de Escola Pública
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa
COMLURB - Companhia Municipal de Limpeza Urbana
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONSED - Conselho Nacional de Secretários de Educação
CRIANES - Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
CTC - Ciência e Tecnologia com Criatividade
DEMI - Departamento de Enfermagem Materno Infantil
DIG – Departamento de Informações Geográficas
DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EEAN - Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF - Estratégia Saúde da Família
FAPERJ- Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FSP - Faculdade de Saúde Pública
FJP – Fundação João Pinheiro
GTI - Grupos de Trabalho Intersetoriais
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPP – Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos

IUPER – Instituto para Formación Universitaria Permanente

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais e Transgêneros

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPESC - Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

OS – Organizações Sociais

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PEJA - Programa de Educação para Jovens e Adultos

PIBEX - Programa Institucional de Bolsas de Extensão

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa de Saúde da Família

SUAS - Sistema Único de Atenção Social

SIMEC – Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UIPES - União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação

UNDIME– União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNFPA - United Nations Population Fund

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para Infância

USP - Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELA E GRÁFICOS

Tabela 1 - Distribuição das significações oriundas dos desenhos elaborados pelos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro..	158
Gráfico 1 - Distribuição dos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública do município do Rio de Janeiro por sexo, 2013	96
Gráfico 2 - Distribuição dos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública do município do Rio de Janeiro por idade, 2013	96
Gráfico 3 - Distribuição dos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública do município do Rio de Janeiro por etnia, 2013	97
Gráfico 4 - Distribuição dos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública do município do Rio de Janeiro por extratos de classificação econômica, 2013	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Produção simbólica referente ao cenário hospitalar.	163
Figura 2 - Produção simbólica referente ao cuidado centrado na doença.	166
Figura 3 - Produção simbólica referente ao cuidado centrado na doença: a possibilidade da morte.	169
Figura 4 - Produção simbólica referente aos recursos materiais: o fantasma da seringa e da agulha	172
Figura 5 - Produção simbólica referente ao uso da tecnologia na saúde: o caso da ambulância	173
Figura 6 - Produção simbólica referente à fábrica de procedimentos: gotinha, gotinha e tchau tchau paralisia infantil	176
Figura 7 - Produção simbólica referente às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde	180
Figura 8 - Produção simbólica referente ao componente humano: a figura do médico	182
Figura 9 - Produção simbólica referente ao componente humano: o reconhecimento da importância da enfermeira	183
Figura 10 - Produção simbólica referente à automedicação	190
Figura 11 - Produção simbólica referente à representação da enfermeira: a touca e o seu glamour	191
Figura 12 - Produção simbólica referente à crítica ao modelo assistencial	194

Figura 13 - Produção simbólica referente ao componente imaginativo na infância: a visão em perspectiva	197
Figura 14 - Produção simbólica referente ao cenário Escolar	201
Figura 15 - Produção simbólica referente ao cuidado centrado na perspectiva higienista	202
Figura 16 - Produção simbólica referente ao banheiro da escola	204
Figura 17 - Produção simbólica referente ao refeitório da escola	205
Figura 18 - Produção simbólica referente ao projeto de reciclagem do lixo escolar	205
Figura 19 - Produção simbólica referente às práticas de cuidado corporal	206
Figura 20 - Produção simbólica referente aos recursos materiais empregados nas práticas de cuidado corporal	213
Figura 21 - Produção simbólica referente à limpeza ambiental e lavagem das mãos	214
Figura 22 - Produção simbólica referente à alimentação na escola	216
Figura 23 - Produção simbólica referente à participação docente nas atividades de orientação para a saúde	221
Figura 24 - Produção simbólica referente ao protagonismo do sujeito	225
Figura 25 - Produção simbólica referente aos aspectos culturais que influenciam nas práticas de promoção da saúde	227

Figura 26 - Produção simbólica referente aos dispositivos normativos que configuram os padrões de comportamento humano	229
Figura 27 - Produção simbólica referente aos espaços de convivência	234
Figura 28 - Produção simbólica referente aos equipamentos sociais	239
Figura 29 - Produção simbólica referente aos sentimentos positivos oriundos das interações humanas com o meio ambiente	241
Figura 30 - Produção simbólica referente ao papel da educação para a transformação da realidade social	242
Figura 31 - Produção simbólica referente à questão de gênero	249
Figura 32 - Significados atribuídos às práticas de promoção da saúde pelos escolares	262
Figura 33 - A resignificação das práticas de promoção da saúde pelos escolares	264

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das atividades relacionadas a promoção da saúde desenvolvidas na escola pesquisada.	105
Quadro 2 - Ações centradas no modelo hospitalocêntrico segundo as significações oriundas dos desenhos elaborados pelos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro	161
Quadro 3 - Ações centradas no modelo higienista segundo as significações oriundas dos desenhos elaborados pelos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro	199
Quadro 4 - Compreensão da saúde numa perspectiva sociocultural segundo as significações oriundas dos desenhos elaborados pelos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro	232

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR NA TEMÁTICA

O interesse pela ciência sempre me instigou, estando presente desde o início da minha formação acadêmica, o que me levou à busca por aprender e praticar na área de pesquisa. Sendo assim, tive a oportunidade de fazer iniciação científica no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ¹, na qualidade de bolsista PIBIC/CNPq². Considero que esta foi uma experiência ímpar e de suma importância para meu crescimento profissional e intelectual.

Como consequência natural desse amadurecimento ingressei quase que imediatamente após a conclusão do curso de graduação em enfermagem, no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEAN/UFRJ, me dedicando então ao estudo das infecções hospitalares.

Após o término do mestrado, outra necessidade evidente caracterizou-se pelo interesse em dar continuidade ao desenvolvimento de pesquisas, sobretudo àquelas voltadas para a saúde da criança, numa perspectiva de saúde pública. Sob esta ótica o ingresso na docência foi fundamental para a consolidação destes ideais, uma vez que a atividade enquanto professor universitário favoreceu a articulação de todos os

¹ No NUPESC tive a oportunidade de integrar projeto de pesquisa conduzido pela Doutora: Maria Antonieta Rubio Tyrrell, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

² PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica) / CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa).

conhecimentos adquiridos, mediante o desenvolvimento de ações relacionadas ao ensino, a pesquisa e a extensão universitária.

Desta forma, a experiência profissional na saúde do escolar, emergiu na medida em que passei atuar como professor assistente do Programa Curricular Interdepartamental I intitulado “A Criança, A Escola e Eu”, que é desenvolvido junto aos estudantes do 1º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da EEAN /UFRJ. Neste Programa Curricular são desenvolvidas ações de promoção da saúde do escolar e prevenção de doenças mais comuns nesta faixa etária, mediante a realização de atividade no âmbito da atenção básica de saúde³: sob supervisão docente, durante a etapa de trabalho de campo da disciplina.

Essas ações desenvolvidas pelo corpo docente e discente da EEAN/UFRJ nas escolas de ensino fundamental se constituem, por um lado, como uma atividade pioneira e inovadora no ensino da Enfermagem que se reflete a partir da integração da universidade com a comunidade escolar⁴; e também de certa forma entre as áreas da saúde e educação.

Nesse sentido, minha experiência enquanto docente nessa disciplina foi fundamental para identificar algumas limitações cotidianas enfrentadas na realidade da comunidade escolar, dentre as quais destacam-se dificuldades:

- (1) na articulação entre universidade, escola e serviços de saúde, caracterizada por frequentes entraves no encaminhamento dos escolares à rede de atenção básica;

³ Estão incluídas no elenco das atividades desenvolvidas no programa curricular: 1) avaliação das condições de saúde pela Anamnese; 2) exame físico; 3) avaliação da acuidade visual e auditiva; 4) avaliação nutricional a partir dos parâmetros antropométricos; 5) ações educativas na modalidade lúdica enfocando principalmente os aspectos preventivos sobre: acidentes na infância, obesidade infantil, higiene corporal, verminoses, bem como outros temas emergentes da necessidade de cada cenário de atuação; 6) ambiência da escola, para verificar as condições de infraestrutura e as possíveis influências do ambiente escolar na saúde das crianças.

⁴ Nesse estudo, o termo “*Comunidade Escolar*” é utilizado conforme definido na estrutura de termos do INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - para identificar além do “*corpo social de uma escola, composto por docentes, por discentes e por outros profissionais da escola, além de pais ou de responsáveis pelos alunos do corpo social da escola*”, mas também como o “conjunto de pessoas envolvidas diretamente no processo educativo de uma escola e responsáveis pelo seu êxito. A comunidade local e a família, por exemplo, em uma concepção moderna de escola, fazem parte da comunidade escolar” (INEP, 2013). Documento eletrônico disponível em:

http://pergamum.inep.gov.br/pergamum/biblioteca/pesquisa_thesouro.php?resolution2=1024_1. Acessado em 27/02/2013.

- (2) no envolvimento pleno de alguns professores e funcionários da escola para compartilhar o espaço pedagógico com atividades de promoção da saúde;
- (3) na pouca inserção da família no cotidiano dos seus filhos na escola;
- (4) na aproximação com a comunidade escolar tendo em vista os conflitos e a violência presentes no cotidiano de algumas escolas localizadas em áreas de risco⁵. Como reflexo deste contexto vivenciei, em alguns cenários, situações tais como o *Bullying*⁶ e atos de violência deliberada (agressões verbais e/ou físicas) entre alunos, pais e professores;
- (5) na resolutividade dos principais problemas encontrados tendo em vista o contexto de exclusão social que muitos integrantes da comunidade escolar vivenciam.

Apesar dessas dificuldades, vislumbro a escola como espaço dinâmico de movimento social que visa a articulação de ações intersetoriais, como saúde, segurança pública e demais ações vinculadas ao poder público, cujo objetivo principal é o de fornecer à comunidade escolar local os subsídios necessários à diminuição das desigualdades sociais então existentes.

Desta forma a experiência na implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de danos aos escolares, me ajudaram a entender a escola como ambiente de formação do cidadão com possibilidades infinitas de aprendizagem tanto formais quanto informais, favorecendo a articulação

⁵ O presente termo (localidades de risco) é utilizado nessa tese para designar áreas onde há elevadas taxas de homicídio. Segundo Arkeman; Bousquat (1999), essas áreas cujas taxas de homicídio são elevadas normalmente estão localizadas em comunidades, bairros e regiões urbanas com menor perfil socioeconômico. Em estudo sobre mapa de risco de quatro capitais brasileiras, esses autores ratificam essa afirmação ao afirmar que *“quando comparados os riscos por homicídios e furtos, observa-se um padrão que chama a atenção. As três seccionais com as menores notas socioeconômicas apresentam os três maiores riscos para o homicídio e os três menores para os furtos.”* (ARKEMAN; BOUSQUAT, 1999, p. 117).

⁶ De acordo com Lopes Neto (2005, p.165) em artigo de revisão sobre Bullying, esse termo pode ser definido como *“todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudante contra outro(s), causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder. Essa assimetria de poder associada ao bullying pode ser consequente da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional, ou do maior apoio dos demais estudantes. Trata-se de comportamentos agressivos que ocorrem nas escolas e que são tradicionalmente admitidos como naturais, sendo habitualmente ignorados ou não valorizados, tanto por professores quanto pelos pais.”*

entre os conteúdos e as práticas em saúde e educação numa perspectiva do cuidado. Estas oportunidades me fizeram então dar os primeiros passos na investigação de novas temáticas na área de saúde da criança, buscando contribuir para inovações no assistir/cuidar de crianças no contexto comunitário.

Por isso, considerando a importância de tais ações, bem como os problemas de saúde verificados na prática diária, ampliei meu foco de atuação na área de saúde do escolar, por meio da realização de projetos de pesquisa e extensão. O primeiro, intitulado *“Avaliação dos Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças na Idade Escolar: a realidade de duas comunidades escolares do Município do Rio de Janeiro”* obteve financiamento da FAPERJ⁷ mediante a concessão de duas bolsas de iniciação científica e o segundo *“A Problemática das Vermínoses na Idade Escolar: Uma Proposta de (Inter)Ação Profissional da Saúde e Comunidade”* foi patrocinado pelo PIBEX/UFRJ⁸ com a concessão de 04 bolsas de extensão⁹.

Em relação aos fatores de risco cardiovascular, foi identificada prevalência significativa desses fatores tais como obesidade, hipertensão arterial, dislipidemias, sedentarismo e alterações dos hábitos alimentares em ambas as comunidades escolares (pública e privada). Esses achados evidenciaram que o surgimento dessas doenças não transmissíveis se caracteriza como fenômeno emergente nas crianças em idade escolar.

No que tange ao projeto de extensão direcionado às enteroparasitoses, pude verificar a prevalência relevante desse tipo de infecção na clientela atendida na escola pública de ensino fundamental.

⁷ Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro: É uma Pessoa Jurídica de Direito Público, vinculada à Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia e tem como objetivo fomentar a pesquisa e a formação científica e tecnológica necessárias ao desenvolvimento sócio cultural do Estado do Rio de Janeiro. É regida pelo Estatuto – Decreto nº 32.019, de 15-10-02 e pelo Regimento Interno.

⁸ Programa Institucional de Bolsas de Extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro: é um programa institucional da UFRJ mantido com recursos próprios da Universidade e tem por objetivo contribuir para a formação profissional e cidadã por meio da participação de estudantes de graduação no desenvolvimento de programas e projetos de extensão universitária.

⁹ É necessário frisar que as escolas escolhidas como cenário de atuação (uma pública e outra privada) estavam localizadas num polo comercial e residencial, com população bastante heterogênea do ponto de vista social, econômico e cultural. O que nos permitiu uma avaliação mais aprofundada acerca da participação dos fatores de risco estudados, em relação às crianças em idade escolar no município do Rio de Janeiro. Desta forma, os dados obtidos com estes projetos evidenciaram resultados relevantes.

Apesar da população assistida apresentar condições razoáveis de saneamento básico em seus domicílios e utilizarem água fervida/filtrada para consumo, dos escolares avaliados 16% apresentaram algum tipo de parasitose intestinal, demonstrando que essas doenças ainda têm papel de destaque enquanto problema de saúde pública no Brasil.

Os resultados de ambos os projetos mostraram, dentre outras questões, a influência dos aspectos socioeconômicos e culturais no modo de viver e adoecer das crianças, do que decorre a imperiosa necessidade de atividades de promoção da saúde nas comunidades escolares.

No decorrer do desenvolvimento dos projetos em que atuei como coordenador e pesquisador principal, desenvolvi juntamente com a equipe de pesquisa, atividades lúdicas com os escolares antes e após a realização dos procedimentos de coleta de dados. Inicialmente tais atividades foram utilizadas como estratégia para minimizar a apreensão/estresse dos escolares, permitindo a livre expressão de sentimentos e emoções da criança em relação às ações desenvolvidas. Entretanto, ao me deparar com a riqueza de detalhes, criatividade e sensibilidade destas para retratarem os momentos pré e pós-coleta de dados, fui gradativamente instigado a compreender e explorar melhor o universo dos sentimentos dos escolares pesquisados, a partir do desenho infantil e dos significados emergidos destes. Isto porque, tais desenhos, não refletiam apenas a realidade vivenciada no momento do atendimento, sendo este um fator que me fez pensar como um escolar, por meio de representações gráficas, poderia dizer de forma simples os aspectos inerentes a sua vida, seu modo de pensar e agir, seu ambiente (moradia, familiares, amigos, entre outros). Estes valores se fazem presentes na realidade de qualquer ser humano, inclusive da criança em idade escolar.

Cabe destacar ainda que a produção oriunda dos desenhos elaborados a mão livre pelos escolares pesquisados serviu também como indicador de avaliação da qualidade do atendimento prestado, sendo assim como um “termômetro” para avaliação do desenvolvimento dos projetos. Assim, surpreendentemente, emergiram dos desenhos temas importantes

relacionados a vários aspectos da saúde humana, tais como: ecologia e meio ambiente; violência doméstica, fome e miséria; entre outros.

Desta forma, para atender as inquietações referentes ao componente qualitativo identificado, estruturei um subprojeto intitulado “O Risco e o Rabisco: representações sociais de crianças em idade escolar expressas em desenhos, acerca do procedimento de coleta sanguínea” buscando elementos de análise que pudessem sustentar os pressupostos da equipe de pesquisa.

Diante desse panorama pude perceber que o desenho, quando utilizado como técnica projetiva, é uma excelente estratégia para extrair das crianças em idade escolar suas concepções, crenças, valores, percepções, bem como suas representações acerca de vários temas relacionados ao seu cotidiano, inclusive quando o tema se refere à saúde. Até porque tenho observado modificações no estilo de vida dessa população, que determinam padrões comportamentais predisponentes ao surgimento de doenças em face de hábitos considerados nocivos, tais como: alimentação desbalanceada; sedentarismo; falta de higiene; entre outros.

Somam-se a esta conjuntura o paradigma assistencial, que invariavelmente direciona as ações de saúde para a esfera curativa, em detrimento do componente preventivo. Por outro lado, as práticas de educação em saúde, quando desenvolvidas, ainda estão centradas no modelo depositário e bancário, não favorecendo a interação entre profissional de saúde e sua clientela.

Por isso, o aprofundamento da compreensão dos significados que os escolares atribuem as práticas de promoção da saúde, tornou-se imprescindível para responder às inquietações que surgiram no decorrer do cotidiano enquanto profissional da área de saúde e de educação.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

1.2.1 Promoção da Saúde e Educação em Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946, p. 2) define saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”. Esta mesma organização (OMS, 1996) define¹⁰ ainda que a qualidade de vida se constitui como uma percepção individual da posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que se vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e interesses.

No que tange à educação em saúde enquanto prática necessária e de extrema valia nos serviços de atenção em saúde, à utilização dessa terminologia aponta para diferentes direções conceituais, desde as mais tradicionais, com foco no modelo biomédico, higienista, assistencialista e normativo, até as mais atuais, com foco no contexto da população, seus modos de vida e nos determinantes de saúde da comunidade escolar (BRASIL, 2006).

Cabe destacar que tanto as antigas como as novas práticas e ideias coexistem no cenário da escola brasileira. A saúde na escola brasileira é permeada de “leis, conceitos e práticas que têm relação direta com a promoção da saúde no âmbito da escola” e estas “se perpassam, conflitam, superpõem, mas raramente se comunicam ou articulam” (VALADÃO, 2004, p. 35). Trata-se, portanto, de um cenário diverso onde ainda predomina o modelo de práticas assistenciais e normativas contrastando com algumas

¹⁰ A definição no idioma original consiste na seguinte afirmativa: “Quality of life was defined as individual’s perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems where they lived and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns. It is, of course, coloured by physical health, psychological state, level of independence, social relationships, environmental factors and personal beliefs.” (WHOQOL Group. What Quality of life? World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum 1996; 17(4):354).

realidades que buscam a implementação de práticas emancipadoras como a vertente da escola promotora de saúde.

Como ponto de vista tradicional, podemos citar Candeias (1997, p. 210) em trabalho que visou estabelecer os conceitos de promoção e educação em saúde, no qual essa autora refere que as ações de educação¹¹ em saúde seriam “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. A autora referida enfatiza que o termo combinação, utilizado na definição citada está relacionado à importância de combinação dos vários determinantes do comportamento humano com as várias experiências de aprendizagem e de ações educativas. Contudo é necessário frisar que o processo de ensino-aprendizagem deve ser entendido como um caminho natural, espelhado pelo contexto de vida do sujeito alvo dessas ações. A autora refere ainda que a expressão “*experiências delineadas*” visa diferenciar o processo de educação em saúde de outros processos de aprendizagem não sistematizados. Por fim a autora confere ainda significado de aceitação aos objetivos educativos sem coerção e com plena convicção ao termo voluntariedade.

O Ministério da Saúde em seu Glossário Temático (2009, p. 22) apresenta a seguinte definição de educação em saúde: “Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou carreira na saúde”.

Além disso, percebe-se que nesses discursos o tema educação em saúde é ainda tratado tradicionalmente num modelo higienista, biomédico, assistencialista e normativo, mediado por atividades de cunho técnico-educativo em saúde. Essas ações educativas são organizadas de forma lógica com vistas a atender as diretrizes de cada programa de saúde nos

¹¹ A definição de educação utilizada na presente Tese permeia um processo de humanização infinito que se dá ao longo de toda a vida de um indivíduo, ocorrendo quer seja nos espaços formais, como a escola e a universidade, quer seja nos espaços informais como a casa, a rua, a igreja, dentre outros (Cabral, 1997). Além disso, a educação está intrinsecamente relacionada com a aquisição de conhecimentos, sejam eles populares ou científicos, sendo entendida a partir de uma necessária reorganização, incorporação e criação do conhecimento (Gadotti, 1990).

diferentes espaços sociais como a escola, o local de trabalho, os próprios serviços de saúde e a comunidade (CANDEIAS, 1997).

A temática da educação em saúde tem extrema relevância no contexto da promoção da saúde e, por consequência, inexorável na prevenção de agravos. Segundo a visão tradicional, a educação em saúde tem por finalidade principal “desencadear mudanças de comportamento individual” (*Ibid.*, p. 211).

Essa perspectiva da saúde com foco no indivíduo em detrimento do coletivo e ênfase no atendimento das necessidades biológicas por intermédio do modelo biomédico não é suficientemente capaz de dar conta dos complexos problemas de saúde das populações. Constatações como essa foram clarificadas formalmente na metade da década de 70 no Canadá a partir do relatório *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como *Informe Lalonde* (BUSS, 2000). Esse documento lançou as bases para um novo entendimento dos determinantes sociais da saúde.

Por outro lado, considerando a necessidade de ações coletivas sobre os determinantes sociais de saúde, a educação em saúde tradicional avançou para o que se denomina no Brasil de educação popular em saúde. Nessa perspectiva, a ênfase é dada na ampliação da participação popular no acesso e gestão de bens e serviços públicos. Com isso, o foco das ações passa a valorizar as decisões coletivas sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (VALADÃO, 2004).

Não obstante essas questões relacionadas aos modelos tradicionais das políticas de saúde e sua abordagem centrada na doença, existe ainda o contexto sociocultural onde essas políticas são implementadas. Nesse sentido, há que se destacar que o discurso oficial do Estado é normalmente “traduzido” pelos indivíduos a partir dos seus respectivos contextos de vida. Em que pese à complexidade inerente às diferentes percepções que vários indivíduos podem ter sobre um mesmo problema relacionado à saúde. Essa problemática tona-se particularmente especial de ser entendida e discutida quando direcionada à população infantil, na medida em que muito do que se

percebe enquanto compreensão do que seja saúde na vida adulta já foi culturalmente apreendido desde a infância.

Sendo assim, questões importantes podem ser suscitadas nesse aspecto, como por exemplo, que significados as crianças atribuem ao tema saúde e de que forma são construídos nessa fase da vida; ou ainda, de que forma os modelos de atenção à saúde são compreendidos e traduzidos por essa população e qual a possível relação com as construções percebidas na fase adulta?

Diante de todo esse complexo quadro, parece pertinente que a presente pesquisa venha a lançar luz sobre essas questões e dessa forma contribuir para uma melhor compreensão dessa realidade.

1.2 OBJETO

A idade escolar corresponde a uma etapa importante para a internalização de práticas e cuidados em saúde. Isto porque é uma fase na qual a criança encontra-se receptiva, amadurecendo sua interação com o mundo que a cerca. Por outro lado, também é uma fase na qual essa parcela da população pode tornar-se mais vulnerável ao adoecimento caso as práticas educativas em saúde tomem um formato depositário ao desconsiderar a realidade social do indivíduo bem como suas visões de mundo. Sendo assim, entender a concepção dessas crianças sobre as práticas de promoção da saúde é um objeto instigante de pesquisa, na medida em que serve como base para reorientação de políticas, programas e práticas de atenção em saúde, bem como na remodelação da formação de recursos humanos em saúde para torná-los preparados para intervenções mais eficazes junto a essa clientela.

Dos trabalhos científicos levantados nas bases de dados eletrônicas que tem relação com a percepção de saúde, muitos têm abordado a visão da família, mães e pais sobre questões ligadas a saúde ou doenças específicas. Uma parcela menor desses trabalhos estuda questões relativas à percepção da criança, porém com foco em problemas de saúde específicos, como diabetes, obesidade, câncer, anemia falciforme, dentre outros. Por fim, foram encontrados poucos estudos considerando a visão da criança sobre o processo saúde-doença. No caso da presente tese de doutorado, a utilização da pesquisa do tipo etnográfica ajudou a compreender melhor o pensar e o agir desses escolares ao capturar o fluxo ininterrupto da realidade coletiva que envolve as práticas de saúde no ambiente da escola.

Tomando como base a necessidade de inquirir sobre a temática proposta foi traçado como objeto da presente pesquisa **a investigação dos significados que as crianças em idade escolar atribuem às práticas de promoção de saúde no contexto da escola**. Entendem-se como crianças em idade escolar, aquelas compreendidas na faixa etária de 6 a 12 anos de idade.

1.4. QUESTÕES NORTEADORAS

Diante da problemática anteriormente apresentada segue abaixo as questões norteadoras que melhor representam as inquietações que instigaram a presente investigação:

- Quais as práticas de promoção da saúde que vêm sendo desenvolvidas no espaço escolar?
- Quais os significados que as crianças em idade escolar atribuem a essas práticas no cotidiano do espaço escolar e,

- Como o modelo de atenção à saúde escolar é decodificado na comunidade escolar a partir de seus hábitos de vida, costumes e cultura local?

1.5. OBJETIVOS

Os objetivos traçados para a presente investigação foram:

- Descrever as práticas de promoção da saúde desenvolvidas em uma comunidade escolar do Município do Rio de Janeiro à luz das políticas públicas e da cultura escolar;
- Analisar os significados atribuídos pelos escolares às práticas de promoção da saúde, a partir do cotidiano da comunidade escolar;
- Discutir o modelo de atenção e as práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola, a partir dos significados atribuídos a essas práticas, por crianças em idade escolar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico dessa pesquisa está vinculado aos conceitos de cultura de Geertz (2011); de promoção da saúde, vislumbrados pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1990); bem como aos pressupostos de Sarmento (2011) acerca dos desenhos infantis enquanto objetos simbólicos.

Tendo em vista a complexidade do universo conceitual adotado, foram utilizados ainda as bases programáticas do Programa Saúde na Escola (PSE) e os conceitos oriundos das reflexões de Minayo (2001) sobre sujeito e estrutura na perspectiva sociológica e sua interface com o campo da saúde coletiva.

2.1 O CONCEITO DE CULTURA NA ABORDAGEM SOCIOLÓGICA

Em relação aos estudos de Geertz (2011) sobre a interpretação das culturas, a presente investigação se debruça no enfoque concernente aos capítulos: 1) uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura; 2) o impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem; 3) o crescimento da cultura e a evolução da mente; 4) Pessoas, tempo e conduta em Bali¹².

Clifford James Geertz é um antropólogo norte-americano, professor da Universidade de Princeton em New Jersey. Publicou dezoito livros e suas ideias causaram maior impacto após a segunda metade do século 20. Geertz é considerado o fundador de uma das vertentes da antropologia

¹² Os referidos capítulos encontram-se dispostos na Obra de Geertz intitulada “A Interpretação das Culturas”, 1ª ed. reimpressa, Rio de Janeiro, LTC, 2011.

contemporânea, a chamada antropologia hermenêutica ou cultural. Sua tese busca entender “quem as pessoas de determinada formação cultural acham que são (identidade social) o que elas fazem (prática social) e por que razões elas creem que fazem o que fazem” (GEERTZ, 2011).

Geertz (2011, p. 4) afirma, numa perspectiva semiótica, que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, e sendo assim este autor entende a cultura como sendo “essas teias e a sua análise, uma ciência interpretativa à procura do significado”.

Sob este prima, todos os elementos da cultura analisada deverão ser entendidos à luz do contexto da realidade cultural e os “observadores situados” devem entender como as coisas simplesmente são, mesmo que as vejam de forma diferentes, porém valorizando o contexto cultural do qual eles vêm, do qual extraem suas percepções e seus princípios (GEERTZ, 2011).

Geertz (2011, p. 8) ressalta ainda que:

A cultura está localizada na mente e no coração dos homens (...) ela é composta de estruturas psicológicas por meio das quais os indivíduos ou grupos de indivíduos guiam seu comportamento. A cultura de uma sociedade consiste no que quer que seja que alguém tem que saber ou acreditar a fim de agir de forma aceita pelos seus membros.

Este autor define cultura como sistemas entrelaçados de símbolos os quais fornecem um mapa para as ações. Ela consiste em “estruturas de significado socialmente estabelecidos, nos termos das quais as pessoas fazem certas coisas como sinais de conspiração e se aliam ou percebem os insultos e respondem a eles”.

Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, aos quais Geertz (2011, p. 10) chama de símbolos, “a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade”.

A cultura é o resultado das interações vivenciadas. Dessa forma, quando os indivíduos possuem experiências em comum em torno de determinados valores e tradições, podem formar um grupo específico (Geertz, 2011). Assim, as crianças em idade escolar podem ser consideradas como um grupo específico.

Desta forma acredito que as práticas de promoção da saúde desenvolvidas por crianças em idade escolar, devam ser entendidas não apenas como ações individuais, e sim como práticas culturais. Sendo assim, há um reconhecimento de que essas práticas são resultados das inúmeras interações ocorridas no contexto da escola.

Sendo assim, Catrib (2009) explica que a cultura é tratada como um sistema simbólico mediante o isolamento dos seus elementos. Ela explica as relações internas entre tais elementos para então caracterizar todo o sistema de uma forma geral, considerando os símbolos básicos em torno dos quais a cultura é organizada, as estruturas que embasam sua expressão superficial e os seus princípios ideológicos. Esta autora, apoiada nos pressupostos de Geertz (2011) destaca ainda que a cultura é pública porque seu significado o é, e embora este (*o significado*) seja uma ideiação, ela (*a cultura*) de fato não existe apenas na cabeça das pessoas; apesar de não física, a mesma não possui uma identidade oculta. Por isso, o comportamento humano é considerado uma ação simbólica (como a escrita, a fonação ou o pigmento na pintura) e o importante é o que está sendo transmitido por essas ações.

Geertz (2011, p.12) chama a atenção para o comportamento humano, pois “é através do fluxo do comportamento – ou mais precisamente, da ação social – que as formas culturais encontram articulação”. Desta forma, este autor ao considerar o comportamento humano como uma ação simbólica; a observação da articulação das formas culturais e do fluxo do comportamento das crianças em idade escolar se constitui num aspecto importante desta pesquisa.

A abordagem semiótica da cultura atende ao objeto desse estudo porque segundo Geertz (2011, p. 17), tal abordagem pode permitir o alcance

do “mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos, de forma a podermos, num sentido um tanto mais amplo, conversar com eles”. Nas pesquisas de cultura, os significantes são atos simbólicos que têm como objetivo a análise do discurso social (CATRIB, 2009).

Na perspectiva de Geertz (2011, p. 19) a teoria interpretativa da cultura permite a descoberta de estruturas conceituais que informam os atos dos nossos sujeitos, ou seja, o ‘dito’ no discurso social. Da mesma forma, este autor ainda no que tange a esta teoria, é enfático ao afirmar o potencial que a mesma possui em:

construir um sistema de análise em cujos termos o que é genérico a essas estruturas, o que pertencem a elas porque são o que são, se destacam contra outros determinantes do comportamento humano.

Com isso, os objetivos dessa teoria estão voltados para a obtenção de conclusões baseadas em fatos pequenos, porém densamente entrelaçados, bem como apoiar amplas afirmativas sobre o papel da cultura na construção da vida coletiva, empregando-as em especificações complexas (GEERTZ, 2011).

Assim, acredita-se que as práticas de cuidado com o corpo nas crianças em idade escolar possam revelar estruturas conceituais ou padrões culturais definidores e determinantes do comportamento humano. Ao tentar lançar a interpretação antropológica e alcançar uma imagem mais aproximada do homem, Geertz (2011) propõe duas perspectivas: a primeira vislumbra a cultura como um conjunto de mecanismos de controle, tais como planos, regras, receitas, programas ou instruções que governam o comportamento. A segunda enfoca o homem como o animal mais desesperadamente dependente de mecanismos de controle extragenéticos, “fora da pele”¹³ e de programas culturais para ordenar seu comportamento.

¹³ O modelo teórico geertziano utiliza a expressão metafórica “fora da pele” para explicitar a impossibilidade de se “penetrar” sob a pele dos “nativos” já que a avaliação de outros modos de vida se dá sempre a partir de “metacomentários”, ou seja, interpretações de outros. Considerando que o antropólogo só consegue compreender as formas simbólicas que os “nativos” usam para perceberem, Geertz preconiza que a “tradução cultural” busque a compreensão destas através de um movimento pendular constante entre as categorias “nativas” e as que o antropólogo estabelece em seus objetivos científicos (GEERTZ, 1997).

Para Geertz (2011, p. 33) “a perspectiva da cultura como ‘mecanismo de controle’ inicia-se com o pressuposto de que o pensamento humano é basicamente tanto social como público”. Este autor é categórico ao definir o pensamento como um tráfego de símbolos significantes tais como palavras, gestos, sons, desenhos, dentre outros elementos que imponham um significado à experiência. Por isso, o ser humano necessita desses símbolos significantes para encontrar seus apoios no mundo, na medida em que se orienta por padrões culturais enquanto sistemas organizados de símbolos significantes. Caso contrário, seu comportamento passa a ser definido por Geertz (2011, p. 33) como “virtualmente ingovernável, um simples caos de atos sem sentido e de explosões emocionais, e sua experiência não teria praticamente qualquer forma”. Desta forma, a cultura no que tange a totalidade acumulada de padrões, não é apenas um ornamento da existência da humanidade, mas uma condição essencial para esta, ou seja, a principal base de sua especificidade.

Neste sentido, as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no ambiente da escola, exibem um sistema de significados que é construído a partir das relações estabelecidas entre as crianças e toda a comunidade escolar. A escola possui particularidades não só na sua estrutura física, mas também inúmeras especificidades na execução de suas atividades, haja vista suas finalidades educacionais. Com isso, a cultura presente nesse espaço de convivência é baseada na formulação e implementação de mecanismos de controle (planos, regras, instruções e orientações prescritivo-pedagógicas) que governam o comportamento dos membros da comunidade escolar. Cada um desses membros poderá agir de forma diferente uns dos outros, utilizando padrões culturais específicos ao contexto de cada um.

Desta forma, a cultura fornece o vínculo entre o que o ser humano é intrinsecamente capaz de se tornar e o que ele realmente se torna, como indivíduo, quando vista como um conjunto de mecanismos simbólicos para controle do comportamento (GEERTZ, 2011). Assim, a cultura no espaço da escola modela cada membro da comunidade escolar como ser único, que

interage socialmente entre si e que pode utilizar práticas de promoção da saúde diferenciadas.

2.2 SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: CATEGORIAS EM BUSCA DE UM MODELO CONCEITUAL

Dentre outras categorias que também se encontram em processo de estruturação de seus conceitos, a definição do conceito de saúde tem sido há muito tempo alvo de constante reflexão e, ao que parece, até o presente momento ainda é permeada de intensas discussões tendo em vista a dificuldade de se encontrar uma única acepção para um conceito tão complexo, particularmente considerando o contexto sociocultural brasileiro.

Há que se ressaltar que a dificuldade de se encontrar uma definição para o conceito de saúde não é atual, mas parece advir desde a antiga Grécia (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003). Parece razoável apresentar nesse referencial teórico olhares diferenciados sobre vertentes conceituais da saúde, considerando que do ponto de vista epistemológico o conhecimento sobre esse tema é demasiado complexo.

A primeira consideração se refere ao fato de que o conceito de saúde parece estar de alguma forma, vinculado ao contexto socioeconômico e político-cultural de cada sociedade sendo, portanto, diferenciado de acordo com cada época e lugar. Scliar (2007, p. 30) enfatiza esse argumento ao afirmar que o:

conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (...).

Esse mesmo autor exemplifica de forma muito clara a afirmativa de que a conceituação do que é saúde é dependente do contexto social, ao lembrar que houve época em que o desejo de fuga dos escravos era considerado uma doença. Scliar (2007) se reporta aos idos do século XIX na região escravagista do sul dos Estados Unidos, onde mais precisamente em 1851 no estado da Louisiana o médico Samuel A. Cartwright propôs para o desejo de fuga dos escravos o diagnóstico de drapetomania. De acordo com esse médico essa doença deveria ser tratada com açoites, que segundo ele também seriam passíveis de aplicação como tratamento da “disestesia etiópica” outro diagnóstico do doutor Cartwright, este explicando a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados.” (SCLIAR, 2007, p. 30).

Desde sempre que a humanidade tem contato com as doenças e tem buscado enfrentá-las baseada em diferentes conceitos de saúde. Para os antigos hebreus, por exemplo, a “doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos” (SCLIAR, 2007, p. 30). Além das crenças que vinculam a doença ao pecado, por outro lado, os preceitos judaicos descritos nos cinco primeiros livros da Bíblia (Pentateuco ou Torá) mencionam leis dietéticas e que parecem ter funcionado na prevenção de doenças, como no caso da proibição de abate de animais por pessoas com lesões de pele (*Ibid.*). Mais adiante a medicina grega, mediante postulações de Hipócrates, começa a vincular a saúde a manutenção do equilíbrio do corpo humano, tendo em vista que à época o homem era entendido como uma unidade organizada cuja desorganização levaria à doença (*Ibid.*).

Muito ainda se passou desde a medicina grega, a teoria dos miasmas e dos humores. Contudo, os avanços no conhecimento científico e o avanço tecnológico permitiram ao homem compreender de forma mais detalhada os processos de saúde e adoecimento. No que diz respeito ao conhecimento científico ocidental, aos poucos foram deixadas de lado as concepções religiosas, subjetivas e mágicas sobre saúde e doença, para uma melhor

compreensão desse processo mediante o conhecimento científico, como por exemplo, com o início das descobertas de Pasteur no final do século XIX que introduziu a era dos microrganismos e subsequente desenvolvimento dos soros, vacinas e antibióticos (SCLIAR, 2007). Além disso, a descoberta dos microrganismos e suas formas de transmissão bem como os interesses econômicos dos países europeus nas suas colônias que ainda eram infestadas de endemias facilitaram a realização de estudos mais avançados das doenças transmissíveis, em particular com o nascimento da epidemiologia a partir do clássico estudo do cólera realizado pelo médico inglês John Snow (1813-1858) (*Ibid.*)

Os estudos estatísticos sobre populações e seus problemas de saúde foram avançando de forma a permitir a melhor compreensão da relação existente entre condições de vida e saúde, cujos expoentes foram os estudos realizados pelo médico francês Louis René Villermé (1782-1863), que em 1826 realizou relatório analisando a mortalidade nos diferentes bairros de Paris (*Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*); do médico inglês William Farr (1807-1883), que desde 1839 publicava os “*Annual Reports* nos quais os números de mortalidade se combinavam com vívidos relatos, chamaram a atenção para as desigualdades entre os distritos ‘sadios’ e os ‘não sadios’”; e do advogado também inglês Edwin Chadwick (1800-1890) que em 1842 publicou seu famoso relatório “As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha” (*Ibid.*, p. 35). A elaboração desses estudos atrelados ao contexto das revoluções europeias da época permitiu a criação das primeiras políticas estatais de proteção e seguridade social, incluída nessas a saúde (*Ibid.*).

Diante desse contexto, apesar de esforços direcionados a garantia de direitos de saúde mediante o estabelecimento de políticas governamentais setoriais ainda não havia, até meados dos anos 40 no século XIX, uma conceituação universalmente aceita sobre saúde. Somente, após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e, posteriormente, da Organização Mundial de Saúde, é que no dia 7 de abril de 1948 esse órgão divulga a sua carta de princípios definindo que “Saúde é

o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p. 37). Esse conceito adotado pela OMS vem entremeado das aspirações socialistas do pós-guerra, pois seu conteúdo visava expressar saúde como uma possibilidade de vida plena e sem restrições, completamente diferente da situação de mal-estar social vivenciada por vários países antes da Segunda Guerra Mundial, bem como “evidencia uma tentativa de superar a visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas.” (BATISTELLA, 2007; p. 57).

Esse conceito de saúde que enfatiza a questão do bem-estar foi amplamente criticado tanto pelo forte caráter subjetivo do mesmo bem como por sua característica inalcançável e utópica (SEGRE & FERRAZ, 1997). A subjetividade do conceito de saúde-doença parece ser inerente à própria categoria a qual pretende definir, contudo, a subjetividade implícita na definição de ‘bem-estar’ poderia implicar na “impossibilidade de medir o nível de saúde de uma população” (BATISTELLA, 2007; p. 57). Outrossim, Batistella (2007, p. 57) afirma ainda que a expressão ‘completo estado’ “além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo (...) revela uma idealização do conceito que, tornado inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde” e que dessa forma tornaria tal conceito pouco prático para o cotidiano dos profissionais de saúde.

Com o passar dos anos e as crescentes discussões em torno do conceito da OMS de 1948, um novo marco na conceituação de saúde foi divulgado em 1974, pelo então ministro da saúde canadense Marc Lalonde, que traz a luz o conceito de “campo da saúde” (*healthfield*). Nesse conceito, o enfoque principal recai sobre a análise dos fatores que interferem sobre a saúde das pessoas, e dentre esses, em quais a saúde pública deveria intervir (SCLIAR, 2007). Esse conceito compreendia então vários aspectos intervenientes no processo da saúde humana, a saber, a *biologia humana* (herança genética e demais processos biológicos); o *meio ambiente* (solo, água, ar, moradia, local de trabalho); o *estilo de vida* (resultante de decisões que afetam diretamente a saúde, como fumar, beber, praticar exercícios,

dentre outros)¹⁴; e a organização da assistência à saúde (representado pelos serviços de saúde, medicamentos e prioridades na atenção aos fatores de risco) (*Ibid.*).

Scliar (2007) afirma que em decorrência das subjetividades inerentes tanto ao conceito da OMS quanto do próprio Lalonde, Christopher Boorse defendeu em 1977 a adoção do conceito de saúde como ausência de doença. Esse filósofo americano, embasado pela epistemologia naturalista, tenta objetivar o conceito de saúde evitando qualquer “dimensão valorativa para definir saúde” (BATISTELLA, 2007; p. 54). Sendo assim, a saúde seria definida pela concepção de normalidade, que por sua vez teria de ser definida estatística e funcionalmente, ou seja, a partir de dados objetivos “extraídos dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor” (*Ibid.*, p. 54). Ao afirmar que somente as ciências biológicas e patológicas seriam capazes de fornecer os dados objetivos para definição da relação saúde-doença, Boorse “exclui as dimensões econômica, social, cultural e psicológica da base teórica da saúde-doença, rejeitando também a experiência clínica como referência viável” (*Ibid.*, p. 54), e dessa forma torna seu conceito de saúde igualmente frágil e propenso a críticas como os anteriores.

O conceito de saúde como ausência de doença, como defendido por Boorse, não é tão recente e até hoje, ainda parece permear o senso comum inclusive influenciando no direcionamento de pesquisas e avanços tecnológicos recentes. Contudo, a gênese desse conceito de saúde como ausência de doença parece situar-se entre o final do século XVIII e meados do século XIX, no momento de transição onde os avanços científicos, tecnológicos e filosóficos permitem fazer com que a doença deixe de ser “uma entidade que subsistia no ambiente como qualquer outro elemento da natureza” (*Ibid.*, p. 52) e passe a ser compreendida, a partir do ponto de vista do nascimento da clínica explicitado por Foucault, pela observação, experiência, mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais (*Ibid.*). Dessa

¹⁴ Essa abordagem com ênfase na decisão individual é um dos aspectos mais criticados da visão de educação em saúde vinculada à promoção da saúde. Mais adiante discorro um pouco mais sobre esses aspectos a partir das linhas de debate que defendem uma posição mais contextualizada, que se opõem ao padrão hegemônico.

forma decorre de modo lógico que “a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia” (BATISTELLA, 2007; p. 53). Diante da força do modelo biomédico hegemônico é compreensível entender porque para a população como um todo é mais fácil perceber a saúde como o fato de não estar doente.

Contudo, a teoria boorseana de saúde como ausência de doença tem sido duramente criticada por autores contemporâneos. Segundo Batistella (2007), vários autores refutam a ideia da teoria boorseana tendo em vista que: (1) saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’ pois os estados individuais de saúde não são excludentes “*vis a vis*” a ocorrência de doença; (2) saúde e doença são incomensuráveis, pois comportam vários componentes não físicos, não químicos e não biológicos; (3) por vezes, indivíduos que são considerados clinicamente doentes e que resistem e afirmam estarem sentindo-se bem, são considerados saudáveis em seu próprio meio; (4) pela definição de Canguilhem¹⁵, saúde implica necessariamente poder adoecer e sair do estado patológico.

A crítica à teoria boorseana que tenta definir objetivamente a saúde a partir de indicadores estatísticos argumenta que os mesmos acabam produzindo:

o apagamento do corpo subjetivo assinalado por Canguilhem. Dor, sofrimento, prazer – referências inevitáveis quando falamos de saúde – indicam a necessidade de falar na primeira pessoa ali onde o discurso médico insiste em falar na terceira pessoa. (BATISTELLA, 2007, p. 57)

Ainda numa perspectiva evolutiva da construção do conceito de saúde através dos tempos, Scliar (2007) refere que a OMS responde a essa tentativa de objetivação do conceito de saúde a partir da análise de princípios estáticos e unilaterais da biologia, patologia, fisiologia e estatística, durante conferência internacional de saúde ocorrida, não ao acaso, na cidade de Alma-Ata (antiga e socialista ex-União Soviética). Durante essa

¹⁵ A crítica acerca dos conceitos do normal, da anomalia e da doença, é entendida nessa pesquisa a partir dos pressupostos contidos na obra de Georges Canguilhem intitulada “O Normal e o Patológico”, 6ª ed. [1ª reimpr.]. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

conferência, foi dada ênfase “a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde” (SCLIAR, 2007, p.38). Essa ênfase estava diretamente relacionada a uma demanda crescente por direitos sociais em consequência aos efeitos político-econômicos que o mundo vivenciava na década de 70: recessão econômica relacionada à crise do petróleo além de violência política luta armada e terrorismo em vários países nos quais se configurava a repressão estatal.

Nessa nova estruturação das ações de saúde, a OMS toma por base que tais ações estejam configuradas em estratégias que englobem: 1) praticidade, exequibilidade e aceitação social; 2) disponibilidade para todos os extratos sociais; 3) participação social na implantação e operacionalização dos serviços de saúde; 4) compatibilidade dos custos da atenção à saúde de acordo com a situação econômica de cada região ou país (*Ibid.*). Ainda no tocante à estruturação dos sistemas de saúde, a OMS entende que os serviços de atenção básica passam a ser a porta de entrada no sistema como um todo. Além disso, o sistema nacional de saúde deve estar integrado ao desenvolvimento econômico e social do país bem como propiciar integração com outros setores, como agricultura e indústria (*Ibid.*).

De uma forma geral, Scliar (2007) refere que essa nova conformação da estruturação das ações de saúde e constituição de serviços tem implicações mais amplas, inclusive na esfera política, na medida em que se adota uma postura de inversão dos valores que privilegiava até então a tecnologia e a doença. Nesse sentido, o referido autor enfatiza que a análise da perspectiva apresentada pela OMS implica no entendimento de que se trata de uma:

proposta racionalizadora, mas é também uma proposta política; em vez da tecnologia sofisticada oferecida por grandes corporações, propõe tecnologia simplificada, “de fundo de quintal”. No lugar de grandes hospitais, ambulatorios; de especialistas, generalistas; de um grande arsenal terapêutico, uma lista básica de medicamentos - enfim, em vez da “mística do consumo”, uma ideologia da utilidade social. Ou seja, uma série de juízos de valor, que os pragmáticos da área rejeitam. (SCLIAR, 2007; p. 39)

Os reflexos da nova proposta de entendimento da saúde, enquanto dever do Estado são percebidos no Brasil no movimento sanitário, tendo sua expressão máxima nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Essa conferência discutiu, dentre outros temas o ‘conceito ampliado de saúde’ e foi proposto o novo modelo de atenção para o Brasil. Essas discussões foram extremamente importantes e, em conjunto com um intenso trabalho de articulação política entre os diversos setores da sociedade, culminaram na proposição do novo modelo de atenção à saúde que foi incorporado em 1988 na Constituição Federal. Cabe destacar que esse debate foi amadurecido durante o processo de redemocratização brasileiro no âmbito do movimento da Reforma Sanitária e ao ser incorporado ao texto final da Constituição de 1988, representou uma conquista social sem precedentes (BATISTELLA, 2007).

Os postulados da saúde que foram incorporados na Carta Magna resgatam a importância dos aspectos econômicos, políticos e sociais que interferem no processo saúde-doença e que de certa forma se contrapõem à abordagem biomédica que centra esforços no indivíduo, no hospital e no médico (*Ibid.*). Nesse sentido a saúde passa a ter sustentação de seus princípios e diretrizes nos pilares da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social. Esse conceito ampliado de saúde tem como principal ganho a “explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados nas concepções que privilegiam a abordagem individual e subindividual” (*Ibid.*, p. 62-63).

Essas abordagens contemporâneas que visam a construção do conceito de saúde têm como característica principal a tentativa de integração das questões sociais e econômicas para melhor compreensão do complexo processo saúde-doença. Nesse sentido, cabe destacar três abordagens contemporâneas desse tema, a saber, o *enfoque ecossistêmico*, os *determinantes sociais da saúde* e a abordagem da *complexidade do processo saúde-doença*.

Em relação ao enfoque ecossistêmico, o mesmo vem sendo discutido também desde a década de 70 com uma visão menos antropocêntrica em relação ao ambiente. Dessa forma, o enfoque ecossistêmico procura dar nova leitura ao conceito de ‘desenvolvimento como crescimento econômico’, na medida em que apenas as riquezas e o aumento da produtividade não são capazes de expressar aspectos relacionados estritamente ao desenvolvimento humano. Nesse sentido, questões relacionadas à qualidade de vida passam a ser centrais nessa abordagem, como o bem-estar, a solidariedade e a finitude dos recursos ambientais. A aproximação das relações entre saúde e ambiente avança para uma compreensão do processo saúde-doença como algo mais coletivo do que individual considerando “as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana.” (BATISTELLA, 2007, p. 62-63).

O modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde aborda a questão do processo saúde-doença a partir da compreensão de que “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Esses autores enfatizam que os determinantes sociais da saúde compreendem, portanto, os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (*Ibid.*, p. 78). Essa corrente de que a saúde é fortemente determinada por condições sociais encontra apoio desde 1842 com Chadwick no *Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain*; com Villermé no *Tableau de l'état physique et moral de ouvriers de Paris* em 1840; e com Engels no trabalho intitulado *A situação das classes trabalhadoras na Inglaterra*, em 1845 (*Ibid.*). Contudo o crescimento no consenso de que a saúde é permeada por determinantes sociais tem sido maior a partir dos anos 90, de forma que em 2004 a própria OMS cria uma comissão mundial para estudo do tema, e, o Brasil, em 2006, também cria uma comissão

nacional com a mesma finalidade (BATISTELLA, 2007). Buss; Pellegrini Filho (2007, p. 80) enfatizam que uma das bases que consolida o modelo dos determinantes sociais da saúde e que se impõe ao mesmo tempo como desafio, é a questão da iniquidade em saúde, ou seja, as desigualdades “entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias”. Batistella (2007, p. 68) ilustra essa situação com o fato de que a desigualdade de saúde no Brasil faz com que seja possível “a probabilidade cinco vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no Nordeste e não no Sudeste” ou também pelo fato de haver uma “chance três vezes maior de uma criança morrer antes de chegar aos cinco anos de idade pelo fato de sua mãe ter quatro anos de estudo e não oito”.

Com o cuidado de abordar o processo de saúde-doença fora do eixo dos determinismos, a abordagem da complexidade vem à tona com seu pressuposto maior de que a saúde deve ser compreendida a partir de uma “abordagem totalizadora que respeite a complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte” (*Ibid.*, p. 71). Nesse sentido, a abordagem da complexidade critica o fato de que as disciplinas que compõem o campo da saúde tentam se estabelecer cada uma delas como a única ciência capaz de explicar e produzir conhecimento cientificamente validado, fortalecendo o sentido hegemônico e reducionista. Dessa forma, a abordagem da complexidade busca compreender a saúde a partir das distintas categorias que a compõem a partir de um olhar menos fragmentado, de forma a “conceber o conceito de saúde como um objeto com distintas faces hierárquicas e planos de emergência” (*Ibid.*, p.71). Em síntese, a abordagem da complexidade considera saúde como tema complexo articulado por diferentes dimensões (biológica, psicológica, econômica, social, cultural, individual, coletiva) e devem ser analisadas em diferentes níveis de organização da vida (molecular, celular, individual, social e global) ao mesmo tempo em que internamente essas categorias e variáveis devem ser mediadas por relações de determinação e especificação (BATISTELLA, 2007).

A partir da compreensão da conceituação de saúde, definir promoção de saúde torna-se um processo menos complexo. De acordo com Czeresnia e Freitas (2003), o termo 'promoção da saúde' aparece primeiramente no ano de 1920, em Winslow, na fase final da primeira guerra mundial onde era crescente o fortalecimento de organizações trabalhistas oriundo de todo um movimento da sociedade organizada em busca de políticas que pudessem melhorar as condições de vida e saúde. No ano de 1946, ainda sob forte influência de reconstrução dos países no pós-guerra, Sigerist definiu como princípios essenciais à prática da medicina o que ele chamava de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes além da própria atenção curativa.

Há que se destacar que as discussões ao longo dos anos, sobre os conceitos de saúde, aos poucos se constituíram como base para a proposta da definição de promoção da saúde. Nesse sentido, é premente realçar o papel da Conferência de Alma-Ata e sua sensível contribuição para a construção do conceito de promoção da saúde, haja vista que os resultados dessa conferência serviram de base para a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986. Nesse sentido, a promoção da saúde tem sua terminologia retomada, atribuindo-lhe um conteúdo novo e bastante ampliado, no contexto internacional, nessa conferência de Ottawa, do qual gerou documento bastante conhecido, denominado "Carta de Ottawa". Segundo o texto dessa carta, a promoção da Saúde é definida como "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (BRASIL, 2002a, p.19).

A importância desse documento foi grande haja vista a sua repercussão mundial acrescido do fato de ter se tornado referência para as conferências internacionais de promoção da saúde subsequentes, patrocinadas pela OMS, a saber: Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000, Bangkok, 2005. De igual forma, a Carta de Ottawa também se tornou referência para as conferências Mundiais realizadas pela União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação

(UIPES) (1991, 1995, 1998, 2001, 2004) e para a III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde (Arantes et al; 2008).

Essa definição traz luz para o tema da promoção da saúde com ênfase no protagonismo dos sujeitos e a necessidade de que esses sejam “empoderados”, ou seja, que os indivíduos possam desenvolver as habilidades necessárias que os tornem capazes de atuar em benefício de sua própria qualidade de vida, quer seja no nível individual ou coletivo. Nessa direção Buss (2000) ressalta que o empoderamento da população mediante a difusão das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos é enfocado nas estratégias de promoção da saúde. Isto porque, se considerada uma nova abordagem na distribuição de deveres e direitos entre Estado e sociedade, indivíduos e coletivo, público e privado, então a questão da participação deve ser entendida e praticada como a “saúde que queremos”.

Além da definição da Carta de Ottawa, a própria OPAS/OMS divulgou em 1990 uma definição, segundo a qual a promoção da saúde seria o resultado do somatório das ações da população, serviços, autoridades sanitárias e demais setores sociais produtivos e que são direcionadas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde, quer seja individual ou coletivamente (Arantes et al; 2008).

Ainda de acordo com o conteúdo da Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde determina cinco amplos campos de ação, a saber: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Nesse sentido, a especificidade da promoção da saúde está centrada no somatório de diversas atividades práticas para a realização dos objetivos de melhor saúde e qualidade de vida para todos.

Contudo, é importante ressaltar que o setor saúde por si só não é capaz de abarcar de forma eficiente toda a ‘saúde’, mediante seu conceito ampliado de qualidade de vida vinculado aos determinantes sociais. Assim sendo, se faz premente a articulação do setor saúde com os setores da

educação, trabalho, economia, justiça, meio ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos. Considerando essa prerrogativa, as estratégias de promoção da saúde seriam resultado inerente da intersetorialidade, mobilização social e de parcerias institucionais.

É fato conhecido que são muitas as dificuldades que intervêm na operacionalização das propostas de promoção da saúde, tendo em vista que esta depende de questões políticas e financeiras que na maioria das vezes são extremamente difíceis de serem executadas. Nesse ínterim há que ressaltar então que as ações de promoção de saúde objetivam a mudança social e por conta disso se baseiam no trabalho comunitário, envolvem medidas políticas, e por isso não dependem exclusivamente da força de vontade dos profissionais da saúde. Arantes et al (2008, p.195) consideram em relação a essas dificuldades de operacionalização das ações de promoção da saúde que o “maior obstáculo a ser vencido é a submissão da população e a manutenção do poder de poucos”. Por fim, há que se considerar que a promoção da saúde representa “também um desafio, pois invoca a produção de novos saberes, novas práticas e novas estruturas de poder, mas relacionadas ao sentido da capacidade de realização de desejos coletivos e não da imposição do desejo de um sobre o outro” (*Ibid.*, p. 196).

2.2.1 A iniciativa escolas promotoras de saúde

No tocante a utilização do conceito e das práticas propostos pela Iniciativa Escola Promotora de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na escola esta se faz pertinente e oportuna. Isto porque esta iniciativa é uma estratégia, utilizada por vários países para viabilizar a implantação de políticas de saúde voltadas para o ambiente escolar, apoiadas em uma visão global do ser humano, em especial as crianças, dentro do seu contexto familiar, comunitário e social. A promoção da saúde no âmbito escolar, segundo essa iniciativa, tem três vertentes principais: a educação para saúde com enfoque integral; criação e manutenção de

ambientes físicos e psicossociais saudáveis e provisão de serviços de saúde.

A “Iniciativa Escola Promotora de Saúde”, define também que a promoção da saúde, no âmbito escolar, deve incluir o desenvolvimento de habilidades para a vida; e o incentivo à alimentação saudável e vida ativa (MARTINS & VERÍSSIMO, 2006).

Cabe salientar que nesta estratégia, é fundamental a participação da comunidade em todas as etapas do trabalho, ou seja, este deve ser realizado com a população e não para a população, possibilitando o fortalecimento de sua autonomia, resgatando-se valores de consciência social, solidariedade e fraternidade, porém sem missionarismo, autoritarismo e paternalismo (CADERNOS DE ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE, 2010).

Cabe antes de tudo destacar que a iniciativa de desenvolver e fortalecer a promoção e a educação para a saúde nas escolas, numa perspectiva integral, a partir da experiência Latino-Americana, foi proposta pela OPAS/OMS em 1993 durante a Reunião de Consulta sobre este tema, realizada na Costa Rica. A reunião contou com a participação de representantes dos setores da saúde e educação de 12 países e membros de organizações internacionais tais como: UNICEF, UNESCO, UNFPA, e a União Internacional de Promoção e Educação para a Saúde – UIPES (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

A partir de então esses organismos internacionais estabeleceram padrões especiais para a promoção e proteção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e as liberdades fundamentais de meninos, meninas, adolescentes e jovens que culminou com a elaboração de alguns documentos, entre eles: Declaração dos Direitos da Criança e o Estatuto sobre os Direitos da Criança. Geralmente, estes direitos e liberdades fundamentais incluem: o direito à vida, a um nome e a uma nacionalidade, à liberdade de pensamento, religião e associação, o direito à integridade pessoal, à garantia judicial, à saúde e à educação, entre outros. Inspiram-se num paradigma que considera a saúde como fonte de bem-estar e

desenvolvimento sustentável e não como a simples ausência de doença (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Neste novo paradigma a promoção da saúde deve ser entendida como um progresso nas estratégias da saúde coletiva na medida em que sua abordagem desloca o foco do indivíduo para os atores coletivos como a cidade, a escola, a fábrica, o meio ambiente. Por isso, este conceito é utilizado como marco conceitual desta pesquisa, uma vez que as diretrizes propostas por este modelo se configuram como padrão a ser seguido por todas as escolas de ensino fundamental não só do Brasil, mas também principalmente da América Latina, Caribe, entre outros países. Por isso, várias estratégias têm sido utilizadas, em nível mundial, para se implantar políticas de promoção da saúde. Uma importante estratégia, que tem sido adotada por vários países, estados, municípios ou serviços, é a Escola Promotora da Saúde (CADERNOS DE ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE, 2010).

Nesta escola, denominada promotora da saúde a visão do ser humano é integral, pois considera as pessoas, em especial as crianças e os adolescentes, dentro do seu ambiente familiar, comunitário e social. Isto fomenta o desenvolvimento humano saudável e as relações construtivas e harmônicas, promovendo aptidões e atitudes para a saúde. Da mesma forma o espaço físico seguro e confortável com água potável e instalações sanitárias adequadas são extremamente valorizados, propiciando uma atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem. Como resultado, esta escola promove a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar (Ibid.).

Desta forma, a saúde escolar passa, necessariamente, por uma revisão de seu conceito e de suas práticas higienista e assistencialista. Por meio da estratégia de Escolas Promotoras da Saúde, a saúde escolar tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo. A Escola Promotora da Saúde procura desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o

autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo que contribui para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano; facilita a participação de todos os integrantes da comunidade escolar na tomada de decisões; colabora na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia, e reforça a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos (CADERNOS DE ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE, 2010).

2.3 O DESENHO COMO OBJETO SIMBÓLICO

Para o entendimento dos desenhos infantis como objetos simbólicos a presente pesquisa se apropriou dos apontamentos de Sarmento (2011) para enquadrá-los como artefatos sociais da geração infantil, que expressa as condições culturais e sociais de inserção das crianças em cada contexto de vida.

Nesse sentido, o referido autor (Ibid.) defende a interpretação polissêmica dos desenhos infantis, a partir de suas formas e cores, como o produto singular da criação de um sujeito concreto – a pessoa da criança que o desenhou.

O grafismo infantil adquire a complexidade e a densidade da sua capacidade comunicativa pelo fato de incorporar uma imbricada articulação de várias fontes de produção cultural (Ibid.).

A compreensão dos desenhos infantis como objetos simbólicos impõe uma análise semiológica atenta às diversas perspectivas que englobam os aspectos culturais, linguísticos e sociais (SARMENTO, 2011).

Ademais, a teoria simbólica permite a interpretação dos desenhos infantis como atos de inscrição cultural na forma comunicativa da expressão visual. Nesse sentido os desenhos ativam processos de apropriação e representação do mundo, vislumbrados por códigos culturais, nos quais se espelha uma historicidade das formas materializadas graficamente (Ibid.).

Sob esta ótica, os desenhos infantis se caracterizam por serem atos comunicativos que exprimem bem mais do que meros esboços de representação da realidade exterior. Apesar de alguns estudos que versam sobre a psicologia do desenvolvimento na infância, afirmarem que a evolução das formas do desenho infantil está articulada com a fixação de um ponto final na escala evolutiva, a saber: o “realismo visual”, as crianças atribuem significados aos seus desenhos, mesmos que esses sejam garatujas, o que desmente a representação direta e a intenção realista (GARDNER, 1990).

Além disso, os desenhos das crianças variam conforme o espaço social, o tempo e a sua inserção sociocultural, sendo, portanto, necessário considerar os povos e as culturas que atribuem às formas gráficas objetivos bem distintos da representação de uma realidade exterior. Como exemplo pode-se citar o significado das formas gráficas de povos indígenas, por vezes expressas no próprio corpo, que ao serem incorporadas e reproduzidas pelas crianças dessas aldeias, têm por finalidade o cumprimento de rituais mágicos ou evocativos que, de forma inversa, não apresentam nenhuma conotação realista (SILVA; MACEDO; NUNES, 2001).

Contudo, é preciso destacar que a criança, mesmo quando busca a semelhança dos seus desenhos com objetos, animais, pessoas, entre outros elementos; inventa formas imaginárias e incorpora componentes fantasistas com finalidades e sentidos diversos à intencionalidade realista (MATTHEWS, 2003). Desta forma, ao desenhar a criança procura inscrever o desenho como o real da representação, sendo esse validado em si próprio e interpretável pelo quadro polissêmico que engendra os códigos em que esse desenho foi produzido. Trata-se então de legitimar o “jogo do faz de conta”.

Por outro lado, ao enfatizar a “teia de representações simbólicas” em que se insere o processo de desenvolvimento sociocultural da criança, é possível interpretar os desenhos infantis como atos de criação cultural que evidenciam, além de aspectos biopsicológicos de desenvolvimento, elementos específicos de ação social das crianças (ELIAS, 1994).

Segundo Sarmiento (2011) por intermédio dos desenhos se exploram os limites da linguagem simbólica, sendo esses não apenas um modo de inscrição do mundo na superfície do papel, mas o momento de sua inteligibilidade. Nesse sentido, os desenhos das crianças são de certa forma, meios de exploração da realidade e dos processos que constituem a sua compreensão.

A compreensão dos desenhos das crianças como produções simbólicas remete para a análise das condições sociais de produção dos mesmos. Assim sendo, a análise sociológica dos processos envolvidos na elaboração dos desenhos necessita vislumbrar os meios disponíveis para a realização dessa atividade, às rotinas estabelecidas, nas quais se inserem os momentos de execução do desenho, às práticas institucionais (concernentes aos hábitos existentes no interior da família, na escola, entre outros espaços de trânsito das crianças), às relações sociais, que se estabelecem no momento da realização do desenho, com os pais, os irmãos, os professores, com os amigos ou outros adultos, à materialidade, do gesto gráfico e dos seus suportes físicos – o lápis de cor, o papel, as tintas, entre outros elementos (Ibid.).

Para Steinberg e Kinchloe (1997), as condições sociais de produção ocorrem num universo saturado de configurações visuais preexistentes aos desenhos infantis. Esse universo visual é constituído por imagens projetadas pelos desenhos animados, pelos grafismos inseridos nos programas televisivos, nos livros didáticos, nos jogos infantis e brinquedos, e de forma mais geral, pelos produtos da indústria cultural, oriundos da

*kindercultura*¹⁶, numa alusão à influência das grandes corporações sobre a cultura infantil.

Do mesmo modo, essas condições de produção são amplamente dependentes das condições sociais de existência na infância. Os meios de produção do desenho, as oportunidades oferecidas, o tempo disponível, a atenção dedicada pelos adultos, o incentivo e a motivação para desenhar e reconhecer nos desenhos infantis atos legítimos de simbolização do mundo são diferenciados e influenciados conforme o gênero e etnia da criança, as condições de vida, classe social, nível de escolaridade e composição da família. Entretanto, esses códigos só se tornam verdadeiramente compreensíveis quando articulados com a categoria geracional. As crianças ao mesmo tempo únicas e diversas, pelo fato de integrarem o mesmo grupo geracional, com estatuto e posição comuns na estrutura social, apesar da distribuição heterogênea das crianças nos estratos sociais. Sob essa ótica, a análise dos desenhos infantis deve lançar mão do conceito de “culturas da infância” para estabelecer a unidade do grupo geracional (SARMENTO, 2011).

2.3.1 O desenho e as culturas da infância

Diversos estudos sociológicos da infância têm sustentado a autonomia das formas culturais da infância, ao estabelecerem a ideia de que as crianças realizam, de forma peculiar, processos de significação e modos de justificação da ação (SARMENTO, 2011).

Entretanto, a defesa da autonomia cultural das crianças continua sendo uma temática cercada por certa controvérsia. O debate situa-se em saber se as significações autônomas produzidas pelas crianças se

¹⁶ É necessário entender as culturas produzidas para as crianças a partir de três dimensões: 1) A cultura infantil produzida pelas grandes corporações internacionais, aqui denominada como “Kindercultura” ou “cultura popular”, que tem como representante principal dessa indústria cultural a mídia; 2) A cultura infantil escolar que compreende os traços culturais universalizantes produzidos no universo institucional da escola; e, 3) A cultura produzida pelas crianças, que se manifesta através da reinterpretação ativa dos artefatos e traços culturais pelas próprias crianças (MÜLLER, 2006).

estruturam e consolidam em sistemas simbólicos, constituindo-se em culturas.

As culturas da infância são o ponto de convergência desigual dos fatores simbólicos que dependem, num primeiro plano, das relações sociais em geral. Num segundo plano, esses fatores se firmam na especificidade das relações inter e intrageracionais estabelecidas pelas crianças (SARMENTO, 2011).

Ou seja, as crianças vivem um processo de desenvolvimento que as coloca numa particular relação de dependência em relação aos adultos. Nas suas reações com os adultos e com outras crianças, partilham, reproduzem, interpretam e modificam códigos culturais que são atualizados no processo interativo. Esses códigos têm um aspecto normativo, são compostos por rituais e artefatos, exprimem-se em ideias, frases, desenhos, assim como estão presentes nas ações individuais e coletivas das crianças (brincadeiras, postura corporal, hábitos de higiene e alimentação, bem como na comunicação com seus pares) (Ibid.).

Por esse processo interativo, as crianças expressam habilidades e competências para lidar com tudo que as rodeiam, formulando interpretações do mundo, dos outros e de si mesmas, da natureza, dos pensamentos e dos sentimentos oriundos dessas experiências, de forma distinta dos indivíduos adultos (Ibid.).

Esse processo é criativo, reprodutivo, sendo permeado de historicidade cultural, trazendo a tona aspectos inerentes a ação humana. Sendo assim, a imersão das crianças no universo simbólico pode ser vista pelas formas que os seus desenhos adotam na interpretação dos diversos níveis de produção e reprodução cultural, a saber: a educogenia familiar, a cultura local, a cultura nacional, a cultura escolar e a cultura global (Ibid.).

No que concerne a educogenia familiar, é importante ressaltar que é no domínio da educação familiar que se constitui o habitus, no quadro da socialização primária à que a criança é submetida (Ibid.).

Em relação à cultura local, convém frisar que, segundo Sarmento (2011), o local é o espaço impuro das identidades sociais, pois apresenta

relação de dependência com as mesmas, sendo atravessado por motivos simbólicos de geração supralocal e é permanentemente “contaminado” por influências descaracterizadoras das raízes identitárias. Da mesma forma, a cultura local é o espaço social da transferência de tradições, por intermédio das instituições locais e da influência das relações de vizinhança. Isto é, o habitat faz o habitus.

A cultura nacional compreende os elementos de pertença que são comunicados pela escola, mas encontram outras instituições sociais de divulgação, tais como os museus, igrejas, teatro, a literatura, entre outras. A cultura nacional é provavelmente mais influente nas formas gráficas dos desenhos infantis, quando as tradições pictóricas são extremamente fortes na identidade nacional (SARMENTO, 2011).

No tocante à cultura escolar, parcialmente aberta à cultura local e nacional, a mesma regula os elementos simbólicos por intermédio da rotina institucional. É constituída por regras específicas de aquisição e transmissão de conhecimento, que foram historicamente incorporadas mediante o enciclopedismo, comunicação didática, formalismo, práticas avaliativas, entre outras. A escola é o espaço social de formalização do desenho. É também o ambiente aonde as crianças encontram seus pares, para estabelecerem pela estruturação de convivência os motivos e temas para desenhar (Ibid.).

Na cultura global se evidenciam a influência da mídia e da indústria cultural. Os programas televisivos, as séries infantis, os filmes e videogames, os jogos, os brinquedos, os desenhos animados, os livros infantis, são poderosos estimulantes da expressão gráfica infantil, pelos seus efeitos de colonização do imaginário infantil. Do mesmo modo a produção midiática adulta, se constitui como importante reservatório de imagens incorporadas na expressão gráfica das crianças (Ibid.).

A cultura da globalização impulsiona a uniformização da expressão simbólica das crianças; entretanto, a recepção infantil da cultura midiática e da indústria cultural não é simplesmente passiva. Pelo contrário, as crianças são receptoras interpretativas e críticas, assim como também usualmente

desavisadas da cultura de massa, inscrevendo no seu produto criativo a reprodução não linear dessas formas (SARMENTO, 2011).

Ademais, o desenho das crianças segue a imaginação inerente à infância, sendo transgressor do condicionamento espaço-temporal, e projeta-se como uma voz capaz de articular realidades distantes e desconhecidas do mundo infantil. Destacam-se nesse contexto dois pilares das culturas infantis: 1) a fantasia do real; e, 2) a não literalidade. O primeiro é representado pelo universo imaginário da criança, sendo entendido muitas vezes a partir do mundo de “faz de conta”. O segundo caracteriza-se pelas possibilidades de garantir a experiência do real e tem como seu complemento a reiteração (Ibid.).

Por último, mas não por fim, torna-se premente reconhecer a importância do desenho como traço das culturas da infância, pois, afinal, o desenho é a expressão daquilo que as crianças fazem com o máximo de rigor: brincar.

2.4 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

A escola é considerada um espaço ímpar de relações sendo ideal para o desenvolvimento e fortalecimento do pensamento crítico e político, pois nas suas metas estão incluídos a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, de forma a interferir diretamente na produção social da saúde (BRASIL, 2011a).

As práticas educativas de saúde necessitam levar em conta os contextos de cada população para que possam realizar construções compartilhadas e aliança de saberes que sejam embasados nas histórias individuais e coletivas. Dessa forma, espera-se que essas construções possam produzir aprendizagens significativas, dimensionando a participação

ativa de diversos interlocutores/sujeitos em práticas cotidianas. Nesse prisma, parece ser possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida.

É justamente nessa perspectiva que o Programa Saúde na Escola (PSE), numa parceria interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a).

O PSE pode ter grande importância no desenvolvimento integral das comunidades onde está inserido, pois seus objetivos principais incluem:

contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. (BRASIL, 2011a, p. 06)

Como dito anteriormente, a escola é um espaço ideal para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos, particularmente quando se dá a articulação entre escola e unidade de saúde. Para que tal articulação seja bem sucedida, há que se considerar a participação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como elo integrador dessa política, na medida em que essa estratégia está designada a organizar a principal porta de entrada do sistema de saúde (*Ibid.*).

Uma das questões importantes para integração do PSE é a recomendação do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p. 06) de que as:

ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político executiva dos Estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas.

Além disso, há que reforçar a ideia do importante papel designado aos gestores da área de educação e saúde, estaduais e municipais,

enquanto principais apoiadores dessa política, tendo em vista que esse se trata de um “processo de adesão que visa à melhoria da qualidade da educação e saúde dos educandos, que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores.” (*Ibid.*, p. 06).

No âmbito da localidade, é imprescindível que o trabalho de promoção da saúde com os escolares, professores e funcionários deva estar fundamentado nos contextos de vida desses indivíduos e no empoderamento, ou seja, “no que eles sabem” e “no que eles podem fazer”. Para isso, o próprio Ministério da Saúde enfatiza que:

É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de saúde e de educação devem assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas. (BRASIL, 2011a, p. 06-07)

Tomando por base a estruturação legal do PSE, de acordo com o decreto presidencial que o institui, seu artigo 2º determina como objetivos do PSE:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e,
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007a).

Ainda segundo a legislação que institui o PSE, seu artigo 3º parágrafo 1º elenca como diretrizes:

- I - descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III - territorialidade;
- IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V - integralidade;
- VI - cuidado ao longo do tempo;
- VII - controle social; e,
- VIII - monitoramento e avaliação permanentes. (*Ibid.*)

É importante destacar que o PSE no artigo 3º, parágrafo 4º, faz menção da consideração do contexto local para realização de suas atividades, como segue:

- § 3o O planejamento das ações do PSE deverá considerar:
- I - o contexto escolar e social;
 - II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e,
 - III - a capacidade operativa em saúde do escolar. (*Ibid.*)

Ainda em relação ao decreto presidencial que institui o PSE, o mesmo no seu artigo 4º faz uma listagem de suas atividades principais¹⁷:

- Art. 4o As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:
- I - avaliação clínica;
 - II - avaliação nutricional;
 - III - promoção da alimentação saudável;
 - IV - avaliação oftalmológica;
 - V - avaliação da saúde e higiene bucal;
 - VI - avaliação auditiva;
 - VII - avaliação psicossocial;
 - VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
 - IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
 - X - prevenção e redução do consumo do álcool;
 - XI - prevenção do uso de drogas;
 - XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
 - XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
 - XIV - educação permanente em saúde;
 - XV - atividade física e saúde;

¹⁷ Observa-se a contradição entre os princípios (conceito ampliado de saúde, promoção da saúde, empoderamento, entre outros) que sustentam a proposta do PSE e o rol de ações mencionadas, que são predominantemente voltadas para a assistência individual.

- XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;
e,
XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no
projeto político pedagógico das escolas. (*Ibid.*)

Em relação ao componente da gestão do PSE, o mesmo está estruturado mediante a proposta de:

Grupos de Trabalho Intersetoriais [que] é centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. (BRASIL, 2011a, p. 09)

Sendo assim, o Ministério da Saúde (2011) recomenda que a composição dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) deva contar, obrigatoriamente, com representantes das Secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, com outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros).

Esse tipo de composição mista dos GTI visa permitir que as decisões sejam compartilhadas por meio de análises e avaliações construídas de forma intersetorial. Nesse sentido, todo o trabalho desenvolvido no GTI requer momentos de interação, aliança de saberes, poderes e afetos entre todos os atores sociais envolvidos (profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais de apoio). Além do próprio intercâmbio e articulação intersetorial das redes públicas de saúde, educação e sociais no desenvolvimento das ações do PSE há que se destacar a necessidade de que haja sustentabilidade das ações a partir da construção dessas redes.

Em relação às competências dos GTI nas três esferas de gestão, o Ministério da Saúde (2011, p. 10) preconiza que:

Compete ao GTI Federal

- I – Garantir a agenda da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) com representantes do Conass¹⁸, Conasems¹⁹, Consed²⁰, Undime²¹, áreas da

¹⁸ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

educação e da saúde, e participação social responsável pelo acompanhamento da execução do PSE;

II – Promover, respeitadas as competências próprias de cada ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

III – Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

V – Apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

VI – Estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos secretários estaduais e municipais de Saúde e de Educação, os instrumentos e os indicadores de avaliação do PSE; e

VII – Definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

O GTI Estadual tem a responsabilidade de realizar o apoio institucional e ser um mobilizador do PSE nos municípios do seu território para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos, cabendo a ele (*Ibid.*, p. 11):

I – Definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal;

II – Articular a rede de saúde para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE com necessidades de saúde;

III – Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e a rede de educação pública básica;

IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

V – Apoiar os gestores municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

VI – Pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) do Sistema Único de Saúde, encaminhamentos e deliberações no âmbito do PSE, conforme fluxo de adesão;

VII – Contribuir com os ministérios no monitoramento e avaliação do programa; e,

VIII – Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios e o PSE.

¹⁹ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

²⁰ Conselho Nacional de Secretários de Educação.

²¹ União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação.

Sugere-se que o GTI Municipal seja composto por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Saúde da Família e representante dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, jovens e das pessoas da comunidade local. Esse grupo pode incorporar na sua formação outras instâncias e áreas, por exemplo, representantes do Comitê Local do BPC (Benefício de Prestação Continuada) na escola, podendo, inclusive, realizar encontros ampliados dependendo do tema a ser trabalhado. O GTI Municipal tem como responsabilidade (*Ibid.*, p. 11-12):

- I – Garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família;
- II – Articular para a inclusão dos temas relacionados às ações do Programa Saúde na Escola nos projetos político-pedagógicos das escolas;
- III – Definir as escolas federais, estaduais e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e o número de equipes de Saúde da Família implantadas;
- IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;
- V – Subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de Educação e Saúde, por meio do preenchimento das metas do plano de ação no sistema de monitoramento (SIMEC²²);
- VI – Apoiar e qualificar a execução das ações e metas previstas no Termo de Compromisso municipal;
- VII – Garantir o preenchimento do sistema de monitoramento (SIMEC) pelas escolas e pelas equipes de Saúde da Família;
- VIII – Definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal; e,
- IX – Garantir a entrega dos materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, para as equipes de saúde e para as escolas.

²²Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle.

2.5 SUJEITO E ESTRUTURA NO CAMPO DA SAÚDE

A Saúde não institui um campo particular de conhecimento social. A temática do campo da saúde engloba os mesmos dilemas epistemológicos que marcam a sociologia e outras áreas das ciências sociais. Entretanto, a saúde possui reflexões próprias e específicas, em decorrência das particularidades oriundas do saber teórico e da prática. Em termos gerais pode-se inferir que o conhecimento na área médica, em si, bem como na saúde pública como um todo, têm sido ordenadamente marcados pelo apagamento do sujeito. Seu percurso positivista considera os elementos sociais como fatos ou objetos, ao tratar das concepções biomédicas sobre saúde-doença. A hegemonia do conhecimento médico acarreta na transformação dos indivíduos doentes em leis biológicas e químicas. Sob esse prisma, Claude Bernard no século XIX ao enfatizar o conhecimento fisiológico abriu caminho para a previsibilidade dos processos patológicos (MINAYO, 2001).

É importante destacar que do ponto de vista organizacional, as instituições de saúde privilegiaram, no planejamento e na avaliação de seus serviços, os métodos que conferem relevância as relações entre funções, papéis e técnicas. Mesmo quando o planejamento estratégico é incluído, o mesmo caracteriza-se pela objetivação e percepção da vontade dos atores sociais, a fim de exercer controle e domínio sobre os processos. A participação efetiva dos usuários acaba sendo ofuscada por mecanismos que perpetuam a prática autoritária (*Ibid.*).

A despeito das recomendações do documento fundamental da Promoção de Saúde “A carta de Ottawa”, que considera o papel dos indivíduos, como elemento chave para a construção de uma sociedade saudável, as práticas de saúde ainda tendem a ser “outorgadas” pelos profissionais de saúde.

A “movimentação”²³ das políticas públicas, ao apreenderem os dogmas marxistas, privilegiou a mudança de estrutura como tábua de salvação para o setor saúde, mobilizando grande esforço da reforma sanitária consagrada com a Constituição de 1988. Ademais, as bases teóricas que fundamentaram o nascimento da saúde pública na década de 1950, foram profundamente influenciadas pelo positivismo naturalista e pelo estrutural-funcionalismo, configurados na perspectiva de sobrepor as determinações da sociedade aos interesses individuais, delimitando com isso os papéis e funções na estrutura social (*Ibid.*).

Essas concepções dominantes sobre a saúde assumiram status de categorias universais, passando a ser arbitradas, nos domínios institucionais, aos doentes e suas famílias, assim como sobre outras concepções sociais acerca do processo saúde-doença. Sob esse aspecto, são desconsiderados os componentes que trazem à efeito a relatividade da verdade científica da medicina e da ética médica, nos quais se projetam os princípios notadamente voltados para legitimar os modos de dominação. Sua influência perdeu terreno para a fenomenologia e o pensamento estruturalista althusseriano no campo da saúde. Contudo tais concepções permaneceram inicialmente quase que intocadas nas análises da saúde pública já rebatizada como saúde coletiva. Seus princípios básicos se viabilizaram a partir de avanços de estudos que privilegiavam as determinações, as relações de produção e os avanços das forças produtivas no domínio médico-social (MINAYO, 2001).

Seguindo o modelo de Althusser as análises do mundo da produção passaram a discutir na dimensão teórica, aspectos conceituais e históricos dos espaços individuais (do corpo) e social. Outros estudiosos (pensadores) se detiveram no estudo de planejamento e organização e os refinamentos metodológicos das interfaces econômico-político-ideológicas e as práticas de saúde. Esses enfoques abordaram os aspectos configurados pelos

²³ Utilizo o termo movimentação no texto como alusão ao processo dinâmico que envolve, por influência dos determinantes histórico-estruturais, a formulação e operacionalização das políticas públicas e sociais.

determinantes histórico-estruturais da realidade, permitindo dessa forma as análises críticas macroestruturais e a crítica aos aparelhos do Estado (*Ibid.*).

O pensamento histórico-estrutural acabou se constituindo como eixo teórico da reforma sanitária, partindo da premissa que toda teoria tem vinculação direta e/ou indireta com a prática. Ou seja: uma reforma liderada pela elite política, setorial, intelectual e sindical, que teve por objetivo modificar as estruturas organizacionais e institucionais. A década de 1990 é considerada a época “do retorno do sujeito” como protagonistas da reforma, no sentido de empreendê-las ou evitá-las. Surge um movimento fundamentado na teoria da ação comunitária, nas ideias compreensivas, somando-as com as necessidades objetivas (*Ibid.*).

Os fóruns de debate incorporaram sujeitos e interesses diversificados, por exigência da prática democrática, buscando por meio das interfaces comunicativas a transformação, com base nos conflitos de interesses e os consensos possíveis. Nessa perspectiva se aposta na diversidade, veracidade e confiabilidade dos atores sociais para a construção organizacional do setor saúde. Disso, têm-se como exemplo brasileiro as comissões bipartite, tripartite, os conselhos de saúde que exercem o controle social do setor nos três níveis de governo, bem como os consórcios municipais de saúde, entre outros (MINAYO, 2001).

O campo da saúde coletiva precisa ser entendido como um campo de conhecimento, de poder, de identificação e de referência grupal. Por isso é necessário vislumbrar o “sujeito coletivo da saúde”, como elemento constituído da sociedade, que por meio das condições objetivas e subjetivas que gera, projeta na realidade social reflexões que acabam por definir os conceitos sanitários, os níveis e padrões de qualidade de vida almejados (*Ibid.*). Sendo assim, a saúde transcende e ultrapassa os contornos setoriais, na medida em que apresenta relações de interdependência com as políticas públicas sociais, macro e microeconômicas. Da mesma forma, a saúde perpassa as relações comportamentais individuais e coletivas, bem como as ações institucionais. Ademais, considerando a complexidade e dinamismo social, os padrões de saúde sofrem influência decisiva do conjunto de

valores e crenças, que podem tanto favorecer, como dificultar as conquistas da coletividade. Nessa reflexão torna-se necessário frisar que o “sujeito coletivo da saúde” (ou seja, a sociedade) está intrincado por conflitos de interesses sociais e políticos, assim como apresenta núcleo de conformação mediada por mecanismos de identificação e consenso (MINAYO, 2001).

Baseado na expressão “consciência sanitária”, Berlinguer (1978) ressalta a necessidade de envolvimento coletivo para a transformação dos padrões de saúde, com vistas às repercussões que se constituam conquistas fundamentais para a sociedade como um todo. Isso demonstra a força da sociedade na qualidade de sujeito histórico insubstituível.

McKeown e Lowe (1984) demonstraram claramente as transformações decorrentes do saneamento, das melhorias das habitações, das condições de vida dos trabalhadores. Esses autores concluíram que a melhoria da qualidade de vida oriundas dos resultados advindos das intervenções de políticas públicas e setoriais, bem como as melhorias salariais, promoveram mais a saúde da população, em comparação à performance advinda do desenvolvimento da ciência e das intervenções médicas. Ainda no contexto que visa compreender a sociedade como complexo sujeito coletivo de saúde, é preciso destacar a chamada “nova utopia da saúde perfeita” como termo cunhado por Sfez (1995) na sociedade americana. Ao contrário do que afirmavam Berlinguer (1978), McKeown e Lowe (1984) a respeito da sinergia estabelecida entre as lutas das classes trabalhadoras e as políticas públicas eficazes para a sociedade, o projeto da “saúde perfeita”, concatenado pela elite científica e tecnológica americana está voltado para atender os interesses econômicos e financeiro de corporações.

Esse projeto se desenvolve aliado ao avanço científico na área da biologia e genética, tendo como suporte financeiro os investimentos concentrados das companhias de seguro e de toda a indústria da saúde. O projeto genoma e a busca por ambientes limpos representa na atualidade o novo “mito americano” no anseio de se conquistar a saúde perfeita por meio da “predicação genética” e da prevenção do(a) contágio/contaminação,

garantida pela manutenção de um ambiente totalmente despoluído e limpo (MINAYO, 2001).

Essa compreensão de saúde perfeita perpassa a redefinição do conceito de saúde pública, a partir da visão resultante da soma das saúdes individuais garantidas geneticamente e preservadas pelo controle do meio ambiente. Essa concepção tem se constituído como hegemônica na América do Norte (concepção ecológica próxima à moral puritana associada às garantias genéticas da saúde individual). Diante disso, inúmeras companhias de seguro saúde têm se apoiado nessa concepção, para utilizar as novas tecnologias de detecção de doenças e problema individuais para avaliar o “perfil” de sua clientela. Todo esse movimento elitista encontra respaldo no mito da imortalidade, intensamente arraigado na humanidade, e maximizado no povo norte-americano (*Ibid.*). Sfez (1995) ao fazer uma análise da sinergia entre o medo da morte, a fé na ciência e nas técnicas, o mito da juventude eterna, o ideal de pureza ambiental e os avanços das pesquisas biomédicas, afirma que os resultados do projeto genoma, aliados aos dispositivos econômicos, estão conduzindo a elite americana a uma nova concepção de saúde. Evidentemente, essa concepção traz consigo uma lógica de exclusão, sendo impulsionada pelo movimento da globalização desde início de século.

O segundo ponto que merece discussão se refere à saúde coletiva, como sujeito histórico e epistêmico. O presente texto não pretende pormenorizar o debate sobre esse tema. Na verdade, há apenas o propósito de destacar alguns pontos para reflexão, tomando como base o sujeito histórico: a própria saúde pública enquanto área de conhecimento específico. Nesse sentido, a saúde pública passou a partir dos anos 70, a se organizar, assim como aconteceu em outras áreas, em associações e entidades de classe. Minayo (2001) destaca o importante papel da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), para a memória histórica desse movimento organizativo tão relevante, que buscou reunir os ideais da classe média intelectualizada, constituindo importante espaço de

defesa corporativa e de debate democrático, a despeito do autoritarismo político auferido pelos tempos da ditadura militar no país.

À guisa de exemplo dos pressupostos weberianos, a ABRASCO representou a estruturação de uma atividade societária, fazendo uma superação dialética de alguns entraves arraigados na saúde pública brasileira. Sendo assim; a saúde pública, liderada pela ABRASCO, fez um movimento de afastamento da visão meramente campanhista, embora tenha redefinido o sentido das campanhas; fez a crítica ideológica da medicina tropical, embora permaneça integrando as investigações concernentes à área; e, transcendeu ao marco da medicina social e preventiva, ainda que se coadune com sua prática (MINAYO, 2001). Nesse sentido, a saúde coletiva representada nesse texto pela ABRASCO, mergulhou de cabeça no propósito de elevar o padrão sanitário nacional, fazendo da sua práxis, o fio condutor para o alcance dessa meta. Desta forma, pôs-se no debate da nação questões relacionadas aos conceitos de equidade, universalização do direito à saúde, a crítica da exclusão e das desigualdades sociais, dentre outros aspectos de relevância para a saúde e domínio da saúde coletiva (MINAYO, 2001).

No que concerne à reflexão sobre o sujeito epistêmico, essa se concentra no fato de que o conceito de saúde coletiva e por consequência toda a práxis da área continua coadunada aos parâmetros fortemente estruturados da hegemonia médica. Seu centro é a doença (coletiva); sua reflexão se concentra nos problemas de saúde; assim como sua atuação se caracteriza pelas formulações de políticas para os serviços, que em última instância tratam das enfermidades (*Ibid.*). Segundo Minayo (2001) a visão preventiva da saúde coletiva se dá na área das doenças tradicionais ou reproduz o conceito de Leavel e Clark (1976), pois, numa visão majoritária, se limita aos espaços dos serviços. Essa autora (*Ibid.*, p. 17) considera esse dilema uma “rede prisional que envolve o quadro da ação teórica e prática da saúde coletiva”, necessitando de revisão urgente, uma vez que o esforço até então empreendido conseguiu romper esses dogmas cristalizados, somente no âmbito do protagonismo sócio-político.

Nesse sentido, Minayo (2001) tece as seguintes considerações:

- 1) O campo da saúde coletiva se fundamenta majoritariamente e se reproduz sob os princípios da filosofia da consciência. “O mundo a transformar é compreendido como objeto de uma operação conceitual definida externamente, mesmo quando os atores sociais são convidados a participarem” (*Ibid.*, p.17). Esse reprodutivismo impede a transformação dos conceitos ultrapassados, uma vez que a maioria dos intelectuais não olha para os atores sociais a partir do seu contexto de vida (por dentro da vida).
- 2) Segundo os pressupostos da conferência de Ottawa (1986) e demais eventos subsequentes, promovidos pela OMS, os estilos de vida, o ambiente, as novas descobertas no campo das ciências biológicas têm muito mais impacto sobre a saúde da população, em comparação com o sistema da saúde.

Entretanto, apesar dessas posições teóricas, a produção e a prática na área da saúde coletiva continuam a perpetuar o modelo de atuação médica, centrado na doença, na profilaxia dos problemas de saúde, em detrimento da ideia de promoção que privilegia a dimensão sociocultural ao perpassar um conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de promoção da saúde que valorizem as práticas de saúde na perspectiva transdisciplinar. Desta forma, a incorporação da prevenção e das noções de risco e vulnerabilidade, pela clínica certamente favoreceriam a transformação da prática no campo da saúde coletiva, a partir da visibilidade de um sujeito mais complexo e menos fragmentado (*Ibid.*).

Isso certamente enriqueceria o debate sociopolítico, na direção do compromisso social e da inflexão positiva das ciências da vida, para impulsionar a participação mais efetiva dos sujeitos individuais e coletivos no panorama da saúde coletiva.

3 METODOLOGIA

3.1. O MÉTODO: NATUREZA, DELINEAMENTO, ABORDAGEM DO ESTUDO

Este estudo possui uma característica descritiva e exploratória, na qual a primeira tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem, entretanto, entrar no mérito do seu conteúdo. Na pesquisa descritiva não há interferência do pesquisador, que apenas procura descobrir a frequência com que o fenômeno acontece. Visa descrever determinadas características dos sujeitos do estudo ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Em consonância com a perspectiva descritiva, a característica exploratória é definida como a descoberta de práticas ou diretrizes que precisam ser modificadas e a obtenção de alternativas ao conhecimento científico existente (GIL, 2007). Tem por objetivo principal a descoberta de novos princípios para substituírem as atuais teorias e leis científicas, e ainda, a coleta de informações sobre um fenômeno de interesse sem grande teorização sobre o assunto.

Esta pesquisa apresenta ainda uma abordagem qualitativa, uma vez que segundo as afirmações de Minayo (2004, p. 10), as investigações com esse formato são:

aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Em consonância com o que focaliza este estudo foi utilizado um enfoque etnográfico na busca da compreensão do universo de significados, os valores e atitudes dos sujeitos envolvidos no contexto social observado.

Isto porque a pesquisa do tipo etnográfica tem sido utilizada com sucesso em muitas áreas do conhecimento, inclusive no campo da saúde. Seu valor reside na tentativa do pesquisador capturar, sem se desfazer de seus valores pessoais, a acepção com que o grupo estudado interpreta suas próprias atitudes (FONTES, 2009).

A opção pela etnografia deve-se a possibilidade de compreender o contexto escolar, a partir do ponto de vista de seus próprios atores sociais. Para Fontes, (2009, p. 92) a pesquisa do tipo etnográfica *permite* “a descrição densa e a interpretação das ações e relações dos sujeitos na elaboração da vida coletiva”.

Para esta mesma autora a pesquisa refaz-se continuamente no processo de investigação, num movimento flexível que caracteriza a existência da intersubjetividade e da reflexividade na construção de significados que às pessoas dão para situações e eventos.

Segundo Fontes (2009, p. 92) a abordagem etnográfica busca entender holisticamente a forma de vida de um determinado grupo social, baseada no *interacionismo simbólico* como marco conceitual. Esta perspectiva “defende a ideia de que as pessoas agem a partir do significado que elas atribuem a suas ações, às outras pessoas e aos objetos a partir da interação”.

Neste sentido, ao escolher a escola como cenário da investigação, parto da premissa que neste espaço social, a cultura local e os diferentes saberes se entrecruzam, favorecendo a criação e recriação de formas de pensar, agir e de compreender o mundo.

Para Fontes (2009), a cultura, na perspectiva antropológica, torna-se o contexto sobre o qual se desenvolvem os fatos sociais e as ações humanas e nada deve ser interpretado e analisado fora desta dimensão.

Ademais, Geertz (2011) define o pensar como um tráfego de símbolos significantes tais como palavras, gestos, sons, desenhos, dentre outros elementos que podem ser utilizados para imprimir um significado à experiência. Para esse autor (*Ibid.*, p.04):

praticar etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante. Mas, não são essas coisas, as técnicas e os processos determinantes, que define o empreendimento. O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma “descrição densa.

Contudo, alguns autores, tais como André (2009), advertem acerca das diferenças do enfoque etnográfico quando aplicado em outras áreas do conhecimento fora da antropologia. Dentre tais diferenças se destaca a exigência de imersão prolongada do pesquisador em campo nas pesquisas etnográficas. Entretanto, esta mesma autora relativiza esta necessidade no contexto educacional, por exemplo. Sendo assim, por analogia, podemos inferir que no campo da saúde tais aproximações também se aplicam. Assim, o que se tem feito, pois, é uma adaptação da etnografia à área de saúde coletiva, o que me leva a concluir que na verdade este estudo apresenta uma tipologia etnográfica e não uma pesquisa de caráter etnográfico no seu sentido estrito.

Segundo esta mesma autora (*Ibid.*) as pesquisas do tipo etnográfico caracterizam-se especialmente pela observação sistemática das situações reais no local onde o fenômeno ocorre naturalmente e pela reflexividade, possibilitando ao pesquisador uma revisão teórica e metodológica contínua das informações coletadas, para desenvolver novas questões ou hipóteses de conhecimento. Para esse mecanismo dinâmico a autora denomina de *hipóteses progressivas*, o que permite à reelaboração do conhecimento produzido a partir da realidade experimentada na dimensão da vida coletiva.

Com isso, a abordagem etnográfica privilegia a interação no campo da pesquisa por meio da relação direta do pesquisador com o grupo investigado, propiciando a compreensão do contexto de suas relações complexas, ao mesmo tempo em que são veiculados e reelaborados valores, atitudes, crenças, modo de ver e de sentir a realidade e o mundo (ANDRÉ, 2009).

Em consonância com o que se focaliza no objeto de estudo a presente investigação, possui ainda um delineamento do tipo estudo de

caso, uma vez que segundo as afirmações de Gil (2007) o estudo de caso se fundamenta na concepção de que a análise de uma determinada parte de um universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo. Isto possui grande importância neste trabalho a partir do momento em que abordo um universo tão amplo e diversificado como é o das práticas de promoção da saúde.

A utilização do estudo de caso como método, se justifica em virtude de sua flexibilidade, potencial explicativo, ao mesmo tempo em que favorece o aprofundamento da análise do objeto pesquisado. Além disso, destaca-se sua importância no estímulo a novas descobertas, uma vez que a flexibilidade deste método permite ao pesquisador poder desvelar outros aspectos que não haviam sido anteriormente previstos. Também, a ênfase na totalidade, voltada para a multiplicidade das dimensões do problema, permitirá a focalização dos significados atribuídos às práticas de promoção da saúde como fenômeno complexo, multifacetado e contextualizado (GIL, 2007).

O estudo de caso compõe-se de três fases, basicamente: exploratória, sistemática, e de análise. A primeira caracteriza-se por ser uma fase que antecede ao levantamento de dados sobre o fenômeno. Nesta, ocorre à estruturação propriamente dita do trabalho. Em seguida a partir do levantamento do problema e determinação dos elementos chaves, parte-se para a coleta de dados utilizando as técnicas e os instrumentos previamente determinados. Por último, a terceira fase caracteriza-se pela análise dos dados levantados e elaboração do relatório (*Ibid.*).

Nesse sentido, o estudo de caso com abordagem etnográfica pressupõe um contato direto do pesquisador com o campo e a situação pesquisada, observação participante, apreensão das narrativas dos sujeitos em estudo, entre outras técnicas de coleta de dados (André, 2009).

Para André (2009) o estudo de caso etnográfico possui potencial heurístico na medida em que favorece a descoberta de novos significados e o estabelecimento de novas relações. Desta forma, as percepções advindas de estudos com essa abordagem são extremamente úteis para a

estruturação de hipóteses que oferecem sustentação para o desenvolvimento de novos estudos, a formulação de novas teorias e avanços do conhecimento científico.

No que concerne à possibilidade de generalização naturalística do conhecimento, o estudo de caso etnográfico oferece os meios para que o leitor, com base nas descrições e apontamentos realizados pelo pesquisador e na sua própria experiência, estabeleça associações e relações com outros casos, generalizando assim o conhecimento (ANDRÉ, 2009).

Ademais a utilização do estudo de caso etnográfico foi bastante apropriada, nessa pesquisa, pois o caminho metodológico adotado buscou compreender o contexto que determina os sentidos atribuídos às práticas de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade escolar. Isto implica na percepção dos elementos que influenciam nos modos de produção dessas práticas, bem como os significados atribuídos às mesmas (*Ibid.*).

3.2 TRABALHO DE CAMPO: INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os mecanismos escolhidos para a realização da coleta de dados foram elaborados para atenderem os objetivos da pesquisa de três formas distintas. São eles: (a) dois formulários de coleta dos desenhos e informações complementares (Apêndice I) acompanhados da solicitação para que o escolar fizesse um desenho contando o que o mesmo entende sobre saúde e as práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola; em seguida os escolares foram orientados a expressarem o significado dos desenhos elaborados por eles mesmos; (b) um formulário de entrevista não diretiva do escolar (Apêndice II); (c) questionário de avaliação sócio demográfica (Apêndice III), e; d) um diário de campo para registro das

atividades realizadas no espaço escolar, bem como dos diálogos informais com os membros da comunidade escolar.

A utilização do desenho como objeto simbólico, na perspectiva de Sarmiento (2011) foi bastante oportuna tendo em vista que permitiu a extração dos significados mais profundos acerca de uma população que, por sua característica de desenvolvimento, encontra nessa ferramenta uma excelente forma de expressão. Com isso, os desenhos foram disparadores para a aquisição dos aspectos discursivos emergentes das falas dos escolares.

Neste sentido, a utilização do desenho infantil como uma das fontes primárias da pesquisa foi extremamente relevante para a apreensão dos significados dos sujeitos de estudo sobre a temática de interesse a partir dos repertórios emergentes do procedimento de coleta de dados. Corroborando com tal afirmativa Kosminsky (1998, p. 99) em investigação realizada acerca da visão da criança assistida sobre a instituição e a família afirma que:

os desenhos e os seus relatos se mostraram válidos como fonte de conhecimento da criança, tendo completado as informações obtidas através das entrevistas e dos prontuários. Os desenhos também ajudaram a desencadear o processo de interação pesquisador-pesquisado, facilitando a realização da entrevista e possibilitando a expressão das crianças com dificuldades de verbalização.

No tocante a entrevista não diretiva esta foi articulada em torno da fala e dos repertórios emergentes dos desenhos produzidos pelos escolares. Com isso, esta serviu para permitir que o escolar pudesse discorrer verbalmente acerca do que o desenho representa para ele mesmo. Para Chizzotti (2009, p. 92-93) este procedimento metodológico:

é uma forma de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado. Originária de uma técnica psicoterapêutica, centrada no cliente e desenvolvida por Carl Rogers, pressupõe que o informante é competente para exprimir-se com clareza (...) sua experiência (...) prestar informações fidedignas, manifestar em seus atos o significado que têm no contexto em que eles se realizam, revelando tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções e ideias.

É importante frisar ainda que a entrevista não diretiva permitiu co-construir de certa forma a subjetividade no contexto aonde esta mesma ocorreu. Sob esta ótica a entrevista se caracterizou como um espaço dialógico de interação social, no qual as identidades do(s) participante(s) foram continuamente negociadas e co-construídas (CHIZZOTTI, 2009). Este processo de negociação foi marcado por um movimento constante de aproximações e distanciamento entre os sujeitos em interação, com base em critérios como gênero, classe social, etnia e inserção institucional, bem como aspectos motivacionais observados em nível micro, como empatia ou desinteresse, por exemplo. Sob este prisma, Riessman (1993) considera a entrevista como contexto facilitador do diálogo, favorecendo que os sujeitos construam nas respostas seu próprio texto.

Corroborando com tais afirmativas buscou-se nas entrevistas uma profundidade das concepções dos sujeitos de estudo acerca da temática estudada, uma vez que esta técnica possui papel privilegiado na construção de conhecimentos. Tanto que Chizzotti (2009) entende o momento da entrevista como um espaço interativo, dialógico, permeado de significados co-construídos, nos quais os papéis de entrevistador e entrevistado são flexíveis e a qualidade do vínculo entre os dois é de fundamental importância. Sendo assim, a entrevista conduzida sob o enfoque dialógico é significada como uma interação intencional. Nela é compartilhada a construção dos significados, convertendo-se em contexto de transformação dos sujeitos.

Cabe ressaltar que os temas que subsidiaram as entrevistas foram oriundos dos desenhos previamente realizados pelos sujeitos do estudo e que as entrevistas foram registradas na sua íntegra em formulário próprio, previamente elaborados, a fim de obter uma fidedignidade dos relatos obtidos.

Em relação à observação participante esta foi de grande valor neste estudo uma vez que possibilitou a identificação das situações relativas às práticas de promoção da saúde durante a coleta de dados. Conforme

Lakatos (2004), a observação participante tem como finalidade “examinar” em todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, na intenção de descrevê-lo. Sendo assim, enquanto pesquisador, por meio da observação participante, busquei apreender as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cotidiano do cenário pesquisado, a partir do contexto de vida dos sujeitos.

3.3 O AMBIENTE E OS ENVOLVIDOS: CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA

O campo para coleta de dados foi uma escola pública de ensino fundamental localizada no bairro de Bangu. A escolha deste bairro se deu tendo em vista que o mesmo possui escolas públicas e privadas num polo comercial e residencial, com população bastante heterogênea do ponto de vista social, econômico e cultural. Sendo assim, acredita-se que este bairro possua perfil socioeconômico mais diverso e não concentrado em determinada faixa, o que nos proporciona uma real noção dos significados que as crianças em idade escolar atribuem às práticas de promoção de saúde no contexto da escola no município do Rio de Janeiro.

Os sujeitos do estudo foram 95 escolares, na faixa etária de seis a doze anos, matriculados na escola escolhida como cenário da pesquisa. Cabe destacar que tais escolares participaram do estudo mediante a autorização de seus responsáveis e ainda por livre vontade, visto que a subjetividade do estudo se faz importante a imersão do escolar de forma espontânea para busca do êxito do estudo.

Os procedimentos de coleta de dados transcorreram em três etapas. A primeira consistiu no registro, em diário de campo, das práticas de promoção da saúde advindas das observações participantes e dos diálogos

que surgiram da interação com os membros da comunidade escolar. Para a aproximação do pesquisador com a comunidade busquei, no primeiro semestre do período da coleta de dados, estabelecer o vínculo com os atores sociais desse cenário. Nesse sentido, me apropriei do método etnográfico com o objetivo de apreender os modos de vida, hábitos, costumes, linguagens (individuais e coletivas expressas nas brincadeiras e comunicações entre os colegas), expressões, rituais, relações sociais e rotinas da população estudada. Cumpre ressaltar que o processo de interação com o campo para execução de todas as etapas da coleta de dados, compreendeu o período de 1 ano e 10 meses. Nesse período tive a oportunidade de vivenciar os mais diferentes aspectos do cotidiano da comunidade escolar e estabelecer relações com os mais diversos atores, na medida em que estive presente não somente no espaço físico da escola, com alunos, professores, funcionários e corpo diretivo, mas também me lancei ao entorno da escola buscando interagir na dinâmica social dessa comunidade, por meio de visita aos serviços de saúde, vizinhança e estabelecimentos comerciais próximos.

A segunda etapa de coleta de dados foi marcada pela busca dos significados atribuídos às práticas de promoção da saúde, tomando como base as produções simbólicas (desenhos e narrativas) elaboradas pelos escolares. Após o primeiro semestre de interação com o campo, percebi que as condições necessárias para a coleta dos desenhos e narrativas já estavam presentes. Essa percepção emergiu a partir do momento em que consegui estabelecer certa familiaridade e entrosamento com os sujeitos de estudo, permitindo que todos se sentissem a vontade para levar a bom termo os procedimentos concernentes a essa etapa.

Sendo assim, a coleta das produções simbólicas (desenhos e narrativas) ocorreu por meio de dinâmica realizada coletivamente com os escolares em sala de aula, seguida de entrevista individual. A dinâmica foi iniciada com informações, em linguagem acessível aos escolares, acerca do tema ao qual deveria ser feito dois desenhos, um sobre o conceito de saúde e o segundo referente às práticas de promoção da saúde desenvolvidas na

escola. Em seguida as crianças receberam o formulário de coleta dos desenhos, lápis e canetas coloridas e foi dado tempo para que as mesmas realizassem suas produções simbólicas. Conforme as crianças encerravam seus desenhos, as entrevistei individualmente para apreender o significado da produção simbólica acerca dos temas “saúde” e “práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola”. A terceira e última etapa compreendeu a coleta de informações relativas aos dados sociodemográficos, sendo realizada a partir das respostas contidas no questionário auto preenchido pelos pais/responsáveis em domicílio. Esse questionário foi entregue para os pais pelas professoras da escola que também prontamente se dispuseram a realizar o recolhimento do mesmo. A coleta dessas informações sociais das famílias dos sujeitos de estudo teve como objetivo o levantamento do perfil socioeconômico da população pesquisada.

É preciso ressaltar ainda a participação das professoras na coleta de dados, que prontamente colaboraram ativamente em todas as etapas da pesquisa.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Foram utilizados como fontes de dados: (a) as representações simbólicas da criança por meio dos desenhos elaborados à mão livre; (b) os relatos da criança acerca dos desenhos realizados, a partir da entrevista não diretiva após a elaboração dos desenhos; (c) os dados sociodemográficos concernentes ao questionário; e, d) as informações relacionadas aos hábitos e estilos de vida dos escolares oriundos da observação de campo, à luz do cotidiano do cenário escolar.

Posteriormente, já de posse dos dados os mesmos foram digitalizados e submetidos à interpretação e subsequente análise em duas esferas, como segue abaixo:

A primeira esfera se relaciona com as impressões oriundas das interações com a comunidade escolar, registradas em diário de campo, com o objetivo de oferecer os componentes necessários à descrição das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cenário.

A segunda, diz respeito aos elementos discursivos caracterizados pelas produções simbólicas (desenhos e suas respectivas narrativas), que foram substrato para a análise temática de acordo com recomendações de Minayo (1997), na qual a referida autora desdobra os componentes passíveis de análise em três etapas, a saber: 1) a pré-análise, quando é feita a leitura flutuante do material coletado, tornando-se por base os documentos, os objetivos iniciais da pesquisa e a constituição do corpus; 2) a exploração do material, que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto; e por fim, 3) o tratamento dos dados coletados e sua interpretação, pretendendo-se colocar em relevo as informações obtidas, propondo inferências e interpretações previstas no seu quadro teórico com o suporte da bibliografia especializada e pertinente.

Sendo assim, a pré-análise consistiu na leitura e interpretação exaustivas dos desenhos e suas respectivas narrativas; buscando a identificação preliminar dos elementos simbólicos primordiais contidos em cada desenho, a saber: ambiente, estruturas, personagens, lugares, pessoas, ações, instrumentos, objetos, entre outros. Cabe destacar que, considerando o caráter plural e riqueza contida nos desenhos, foi identificado mais de um elemento simbólico em cada produção de sentido.

A exploração dos elementos simbólicos permitiu a determinação das frequências das unidades de sentido, bem como o reconhecimento dos eixos temáticos nos quais se estruturam e organizam o discurso dos sujeitos de estudo. A partir disso chegou-se a configuração de três núcleos de significação e posteriormente em dimensões de análise que são descritos em maior detalhe no capítulo que trata da discussão dos resultados.

Buscando uma maior aproximação da realidade vivenciada com os sujeitos de estudo no cenário, a análise dos dados dessa pesquisa priorizou, conforme os objetivos propostos, destacar a visão de mundo e os significados que as crianças têm acerca da promoção da saúde, compreendendo o universo simbólico infantil a partir da interseção de vários planos de produção e reprodução da cultura. Parte-se da premissa, de que os desenhos infantis podem ser compreendidos de uma forma mais ampla, pois abrem espaço para compreensão das condições culturais e sociais de inserção das crianças no contexto em que as mesmas convivem (SARMENTO, 2011).

Nesse prisma, buscou-se na análise dos desenhos a identificação dos significados articulando um triplo enquadramento que engloba as seguintes dimensões: a primeira, caracterizada por um ato realizado por um sujeito concreto para o qual são atribuídas peculiaridades que o tornam produtor cultural único; a segunda, representada pelo artefato social oriundo do contexto e das condições sociais de produção que respaldam a natureza simbólica dos desenhos; e a terceira, entendida como expressão geracional específica – a infância – que necessita de uma leitura interpretativa voltada para as especificidades da cultura da infância, com destaque para seus pilares estruturantes: a cultura lúdica, a fantasia do real, a interatividade e a reiteração (*Ibid.*).

Ademais, é preciso destacar que segundo Maciel-Lima e Rasia (2012), as imagens não falam por si mesmas. Nesse contexto, esses autores afirmam que a interpretação das imagens passa necessariamente pelo que descrevem como “uma pedagogia do olhar”. Em outras palavras, para os autores em tela, para interpretar imagens, sejam elas pinturas, fotografias, exames de raios X, ou desenhos, é preciso conhecer com detalhes o contexto de produção dessas imagens, as técnicas de captura da imagem e as formas pelas quais o objeto que se está observando pode se manifestar. Essa compreensão permitiu o exercício reflexivo na busca pela captação da percepção do escolar acerca das práticas de promoção da saúde.

A utilização dos pressupostos de Geertz (2011) possibilitou a leitura densa, detalhada, interpretativa e microscópica da realidade da comunidade escolar, na tentativa de entender a visão de mundo e a forma de organização do cotidiano desses atores sociais. Desta forma, partiu-se da perspectiva interpretativa da dinâmica social para fixar os elementos discursivos em formas pesquisáveis, focalizando o objeto de estudo no contexto em que o mesmo está inserido.

Ademais, o critério para encerramento da coleta de dados foi pautado na saturação dos resultados obtidos, ou seja, quando as informações começaram a apresentar certa repetição dos temas encontrados.

3.5 OS ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS DA PESQUISA

A respeito das determinações éticas envolvidas nas pesquisas com seres humanos, esta pesquisa atendeu integralmente as normas da Resolução nº. 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios para as pesquisas envolvendo seres humanos. Desta forma, manteve o anonimato, confidencialidade e privacidade dos sujeitos do estudo, ainda respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos mesmos.

É importante frisar que este estudo foi encaminhado às instâncias pertinentes, para ser submetido à análise junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo – USP, o qual obteve a devida aprovação, conforme disposto no ofício 128/10 de 28 de junho de 2010 (Anexo I). Da mesma forma, foi solicitado um pedido formal de autorização ao Departamento Geral de Educação da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, bem como à

instituição selecionada para a pesquisa com a finalidade de realizar a presente investigação.

Respeitando a Resolução 196/96 foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais e/ou responsáveis para participação dos seus filhos na pesquisa (Apêndice IV). Neste termo de consentimento os pais e/ou responsáveis foram esclarecidos: (1) sobre os objetivos, temática abordada e relevância do estudo; (2) de que os objetivos das atividades propostas tiveram finalidade exclusivamente científica, não tendo, portanto qualquer caráter escuso, vexatório ou fiscalizatório para o próprio pai e/ou responsável, seu filho, para a escola e profissionais que nela trabalham, (3) de que os resultados da pesquisa foram de finalidade exclusiva para análise científica dos mesmos; (4) de que seriam informados sobre os resultados da pesquisa; (5) de que seria mantido o anonimato do pai e /ou responsável e de seu filho a fim de preservar a integridade pessoal, onde poderiam ser utilizados apenas quando necessários nomes fictícios; e, (6) de que o pai e/ou responsável e seu filho poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo de qualquer natureza.

Vale ressaltar que esclareci às crianças e seus respectivos responsáveis todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa, mediante uma linguagem acessível e adequada à faixa etária e nível sociocultural. Com isto foi valorizada a participação da criança e sua família no estudo garantindo sua autonomia enquanto cidadãos, sendo, portanto considerada adicionalmente a aquiescência/concordância da criança para a sua participação na pesquisa. A minha inserção enquanto pesquisador no cenário ocorreu mediante a apresentação formal do projeto junto à diretora da instituição, com vistas à solicitação formal para realização do estudo. Em um segundo momento busquei uma aproximação com os sujeitos da pesquisa e seus responsáveis para uma primeira interação, visando um convívio agradável para ambos os seguimentos. Estes também foram informados da realização da coleta de dados e que tal ação seria gratuita, de forma voluntária, sem nenhuma obrigatoriedade e dano para o escolar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados da presente Tese que compreendem a descrição e discussão dos resultados que foram agrupados nas categorias analíticas. Cumpre ressaltar que essas categorias foram elaboradas tomando como base as temáticas emergentes da observação de campo, oriunda da interação com a comunidade escolar, bem como das produções simbólicas (desenhos) e as narrativas dos escolares que apontam os significados atribuídos por esses atores sociais às práticas de promoção da saúde.

Preliminarmente à apresentação dos resultados, foi realizada uma descrição da coletividade escolar estudada, bem como uma caracterização do perfil socioeconômico dos escolares e suas famílias. Essa exposição visa trazer ao leitor uma visão panorâmica que permita uma melhor compreensão da realidade.

Em cada categoria são apresentadas as descrições que melhor representam o conteúdo abordado, seguidas de uma análise crítica baseada em inferências do próprio autor à luz do referencial teórico. Cabe ressaltar que em cada categoria tendo em vista a diversidade dos dados dispostos, existem momentos no texto que detalham informações, facilitando a compreensão do todo. Da mesma forma, é importante frisar que, apesar da análise se constituir a partir da divisão dos dados em duas categorias distintas, estas mantêm uma articulação orgânica entre si, a fim de garantir o entendimento dinâmico do tema estudado.

Considerando que o referencial teórico da etnografia consiste em reconhecer que a compreensão da realidade dos sujeitos de estudo deve partir necessariamente do contexto social em que vivem e atuam (Victoria *et al*, 2000), os resultados apresentados nas categorias temáticas foram analisados com vistas a relacionar os dados oriundos das fontes primárias

com a matriz sociocultural da comunidade escolar pesquisada. Isto significa dizer que a análise dos dados objetivou, numa perspectiva metodológica, dar voz a esses atores sociais mediante a compreensão de seus significados a partir do contexto em que vivem, ou seja: o bairro, o local de moradia, a vizinhança, a comunidade escolar, a relação entre as pessoas, as transformações ao longo do tempo e a linguagem utilizada.

Tendo como base a estruturação supracitada, segue uma descrição sucinta das categorias que deram suporte para a análise.

A primeira categoria denominada *“Práticas de promoção da saúde desenvolvidas por uma comunidade escolar à luz das políticas públicas e da cultura escolar”*, corresponde ao estudo das ações de promoção da saúde e prevenção de danos, desenvolvidas pela comunidade escolar. É importante destacar que como referencial de análise foram utilizadas as políticas públicas setoriais, assim como os aspectos culturais dos sujeitos de estudo envolvidos nesse processo.

A segunda categoria denominada *“Significados atribuídos pelos escolares às práticas de promoção de saúde desenvolvidas no ambiente escolar”*, corresponde ao estudo da compreensão que as crianças em idade escolar possuem sobre as ações de promoção da saúde, a partir da análise dos desenhos, suas respectivas narrativas e do contexto social em que essas crianças vivem e atuam.

Vale ressaltar que a análise dos resultados buscou, na medida do possível, repensar a relação entre a saúde escolar e as práticas de promoção da saúde, traçando perspectivas, crítico-reflexivas, que envolvem o contexto de vida da comunidade escolar. Isso corresponde à reflexão dos determinantes socioculturais que influenciam os padrões de comportamento, os hábitos e estilos de vida, e o próprio cuidado com o corpo no âmbito do espaço escolar; tendo como enfoque as possibilidades e limitações existentes nesse cenário.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE ESTUDO E DA COLETIVIDADE

Nessa primeira etapa da apresentação e discussão dos resultados é apresentada a caracterização dos sujeitos de estudo e da coletividade sob dois aspectos.

O primeiro está relacionado à descrição do local da pesquisa, a comunidade escolar de Vila Moretti, mediante registros relativos às impressões de campo.

O segundo aspecto diz respeito à avaliação sociodemográfica dos escolares e suas famílias que foi levantada a partir da aplicação de questionário auto preenchido pelos pais/responsáveis em domicílio. A coleta dessas informações sociais das famílias das crianças teve como objetivo a identificação do perfil socioeconômico da população pesquisada.

4.1.1 Local da pesquisa: comunidade escolar de Vila Moretti

Dentre as impressões do campo de pesquisa, uma das coisas que me chamou a atenção foi a calorosa receptividade com a qual toda a comunidade escolar teve para comigo desde a minha inserção no campo. Essa boa receptividade da comunidade parece ir além das questões culturais atribuídas ao perfil da população brasileira, em particular aqui representada pelos cariocas, ou seja, pessoas que gostam de receber seus visitantes e que prezam pelo calor humano.

Isto significa, sob o meu ponto de vista, que a boa receptividade percebida parece estar mais relacionada às carências vivenciadas pela própria comunidade, quer seja pelo baixo perfil socioeconômico, quer seja

pela pouca inserção do Estado na atenção à saúde, do que à característica da população carioca supracitada. Esses argumentos foram diversas vezes explicitados em narrativas de professoras do cenário que reconhecem a necessidade e a importância de um trabalho de caráter permanente voltado para a promoção da saúde nas escolas de ensino fundamental, tendo em vista às várias necessidades de saúde evidenciadas por essas crianças e percebidas pelas próprias professoras no seu cotidiano da prática de ensino.

Ao olharmos para a comunidade escolar e o seu entorno, precisamos primeiramente entender que a mesma situa-se geograficamente na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, mais precisamente no bairro de Bangu²⁴. Esse bairro é o segundo mais populoso do município (243.125 habitantes)²⁵, com uma grande extensão territorial (4.570,69 hectares)²⁶ e com perfil socioeconômico heterogêneo (posição 96ª do IDH-M²⁷ dentre os bairros cariocas com índice de 0,794)²⁸, variando desde áreas com população de classe médio-alta até bolsões de pobreza, onde as condições de vida dessas populações têm sido deterioradas pelo processo de favelização. Esse aspecto pode ser identificado se comparado o IDS²⁹ do próprio bairro de Bangu (0,525)³⁰ com áreas pobres localizadas nesse mesmo bairro, como por exemplo, as de Vila Moretti (0,429)³⁰ e Caminho do Lúcio (0,453)³⁰. Na escola pesquisada, estudam crianças moradoras dos

²⁴ Esse bairro pertence à Área de Planejamento 5 e à XVII Região Administrativa da prefeitura.

²⁵ Fonte: Censo IBGE 2010, publicado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos no endereço eletrônico <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2013

²⁶ Fonte: Secretaria Municipal de Urbanismo – 2013, publicado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos no endereço eletrônico <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>.

²⁷ IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. É obtido pela média aritmética simples de três índices, referentes às dimensões Longevidade (IDHM-Longevidade), Educação (IDHM-Educação) e Renda (IDHM-Renda). Esse índice utiliza de forma semelhante os conceitos do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) que serve de comparação entre os países, com objetivo de medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população. O relatório anual de IDH é elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), órgão da ONU. Este índice é calculado com base em dados econômicos e sociais. O IDH vai de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Quanto mais próximo de 1, mais desenvolvido é o país. Este índice também é usado para apurar o desenvolvimento de cidades, estados e regiões. No cálculo do IDH são computados os seguintes fatores: educação (anos médios de estudos), longevidade (expectativa de vida da população) e Produto Interno Bruto per capita.

²⁸ Fonte: IBGE-microdados dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Cálculos - Convênio IPP/IUPERJ/IPEA e FJP-MG. Publicado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos no endereço eletrônico <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2013 (dados disponíveis até essa data).

²⁹ IDS: Índice de Desenvolvimento Social. Para calcular o IDS, são utilizados 10 indicadores, construídos a partir de variáveis do Censo Demográfico 2000 do IBGE. Tais indicadores cobrem quatro grandes dimensões de análise: Acesso a Saneamento Básico, Qualidade Habitacional, Grau de Escolaridade e Disponibilidade de Renda. Publicado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos no endereço eletrônico <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>.

³⁰ Fonte: Dados: IBGE, Censo 2000; Cálculos: IPP/DIG. Publicado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos no endereço eletrônico <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2013.

seguintes sub-bairros de Bangu: Vila Moretti (que concentra a maioria significativa dos sujeitos de estudo dessa pesquisa), Vila Aliança e das comunidades “Caminho do Lúcio” e “Moça Bonita”.

A escola e sua comunidade estão localizadas em Vila Moretti, um sub-bairro pobre de Bangu, que dentre os equipamentos de assistência social do Estado possui, além da escola pesquisada, uma Creche Municipal, um Espaço de Desenvolvimento Infantil (EDI) e um Centro Municipal de Saúde (CMS).

De acordo com a descrição obtida pela narrativa de uma moradora antiga (agente comunitária de saúde e integrante da associação de moradores), que vivenciou o processo de surgimento da comunidade, a região denominada Vila Moretti, é composta por:

uma grande área que pertenceu ao Sr. Vicente Moretti, o qual pretendia construir uma colônia que abrigasse crianças com Síndrome de Down, mas sem apoio governamental, abandonou o projeto e permitiu que um de seus funcionários ali morasse. Hoje essa família ainda mora na comunidade e relata a chegada de outros moradores que iniciaram a habitação local. Em 1988, com as fortes chuvas ocorridas naquela época, muitas famílias estando desabrigadas, organizaram-se e reunidas ocuparam toda a área. Houve solidariedade dos antigos moradores com os novos, inclusive com a tentativa de regularização da posse do terreno junto à Prefeitura, havendo também, a organização de almoços comunitários para aqueles que pouco tinha a oferecer. Isto ocorreu principalmente após a iniciativa de uma moradora, que pela sua dedicação e solidariedade recebeu o título de ‘Mãezinha da Moretti’. Após muitas lutas e resistência quanto à ocupação do terreno a comunidade passou a ser conhecida como a ‘Favela do Grilo’, devido à facilidade de encontrar estes insetos no local. Outro nome atribuído era ‘Favela do Caixote’, por causa das numerosas construções em madeira; porém, como homenagem ao Sr. Vicente Moretti, recebeu o nome deste.

Considerando a descrição supracitada, subentende-se que essa comunidade não teve uma estruturação urbana planejada, pois a mesma se deu por meio de ocupações irregulares intensificadas a partir de uma catástrofe natural ocorrida em 1988 na cidade do Rio de Janeiro. Consequentemente, embora o acesso aos equipamentos do Estado (escola, creche, EDI e CMS) ocorra através de duas vias urbanas principais

(representadas pela Estrada da Água Branca e Estrada do Engenho), à medida que se adentra nessa localidade as ruas, embora asfaltadas, vão se afunilando até confluírem em ladeiras, becos e vielas, dificultando o acesso. Nesse sentido, as ruas principais são compostas pelo mobiliário urbano tradicional (calçada, meio-fio, postes de iluminação pública, arborização), em contraste com os becos e vielas que carecem desse tipo de infraestrutura urbana. Tal situação pode ser exemplificada pela ocorrência de incêndio numa moradia cujas ligações elétricas eram clandestinas e improvisadas.

A topografia de Vila Moretti é composta por áreas planas em sua maioria. Porém há inclinações íngremes (ladeiras) que dificultam o acesso tanto para moradores, como para serviços públicos, tais como os de saúde e coleta de lixo domiciliar.

A comunidade de Vila Moretti é delimitada numa de suas margens por um rio, denominado “Caminho do Lúcio”. Curiosamente o rio foi assim denominado, pois um morador da localidade chamado “Lúcio” tinha por hábito fazer o percurso do bar até sua casa embriagado, de modo a ser frequentemente encontrado caído ao chão sob o efeito do álcool no meio do referido caminho, do que decorre o nome “Caminho do Lúcio”. Mais tarde, uma comunidade vizinha a Vila Moretti que também é cortada geograficamente por esse rio recebeu o nome de Comunidade “Caminho do Lúcio”.

Em termos das casas e construções, esta comunidade é composta por habitações simples compatíveis com uma realidade predominantemente de baixo nível socioeconômico. Essas moradias são servidas por alguns serviços de infraestrutura básica como o de saneamento (água e esgoto) e o de coleta de lixo. Ademais, coexistem nessa mesma comunidade algumas habitações bem estruturadas, caracterizadas por dois pavimentos, quintal amplo, jardim e inclusive automóveis de modelos novos estacionados nas respectivas garagens. Por outro lado, ainda são encontradas moradias que não apresentam as condições mínimas de segurança, higiene e conforto para habitação, e que por vezes são interditadas pela Defesa Civil por apresentarem riscos de incêndio e desabamento.

Se por um lado os serviços básicos de infraestrutura estão disponíveis, percebi que a comunidade escolar de Vila Moretti convive com situações de falta de abastecimento de água em algumas localidades e deficiências na coleta de lixo, inclusive próximo à escola estudada (fato observado pela “montanha” de lixo que se acumula frequentemente na rua ao lado da escola).

A realidade constatada de falhas nos serviços públicos de infraestrutura básica é um dos fatores que parece afetar a higiene pessoal das crianças, o que torna compatível com a epidemiologia dos principais problemas de saúde enfrentados pelas crianças de Vila Moretti, que incluem doenças de cunho infeccioso e parasitário, como lesões de pele (impetigos, piodermites e furunculoses), conjuntivites, pediculoses, escabioses, larva migrans, verminoses, dengue e diarreias. Observei também durante a interação com as crianças da comunidade escolar que as mesmas possuem hábitos, como o de brincar na terra durante as atividades de recreação e o de compartilhar objetos de uso pessoal (tais como escova e prendedores de cabelo), o que favorece a transmissão de algumas doenças. Cabe enfatizar que esses comportamentos se dão a despeito de todas as informações sobre higiene fornecidas na escola (pelas professoras e pela técnica de Enfermagem do PSE). Isto porque os modos e as condições de vida da população em geral não se alteram simplesmente pela oferta de informações sobre “condutas preventivas”, cujo discurso visa normatizar o comportamento das pessoas para a prevenção de doenças. Na verdade, uma leitura mais crítica dessa questão leva a compreensão de que os padrões de comportamento humano fazem parte de uma matriz sociocultural que esta diretamente relacionada ao contexto familiar, cultural e econômico das pessoas, influenciando assim o modo de agir da comunidade escolar.

Outra questão importante observada diz respeito aos problemas que a comunidade enfrenta em relação à violência urbana manifesta de diversas formas, tais como: situações de conflito armado entre agentes policiais e criminosos pertencentes ao narcotráfico local, desentendimentos entre os próprios alunos da escola, ou entre alunos e professores, bem como a

ocorrência de diversas formas de violência doméstica. A interação com a comunidade escolar permitiu verificar ainda que a constante exposição dessa comunidade à violência gera medo, absenteísmo, bem como o fechamento “compulsório” das instituições locais. Subsequentemente esse convívio com a criminalidade, por vezes, acaba expondo as crianças da escola a um risco social, e à conduta desviante na medida em que alguns alunos têm sido aliciados pelo crime organizado para atuarem na “boca-de-fumo”.

É importante frisar que no decorrer da coleta de dados busquei uma aproximação com a realidade dessa comunidade mediante a visita de locais situados no entorno da escola, a saber: as ruas, os estabelecimentos comerciais, o posto de saúde e alguns domicílios (atendendo à convite de determinados pais). Essa interação permitiu uma compreensão mais detalhada dos modos de vida das pessoas que convivem no espaço escolar. Diante disso, foi possível observar situações de extrema pobreza, bem como condições de exclusão social, que serão discutidas mais adiante nesse capítulo.

Em relação à escola pesquisada, a mesma não foi inaugurada, sendo tão somente “aberta para funcionamento” em 20 de abril de 1988, com três turmas, e pertence à rede pública de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro, funcionando em tempo integral como Centro Integrado de Escola Pública (CIEP). Oferece serviço educacional para crianças no período diurno, e à noite funciona exclusivamente nos moldes do Programa de Educação para Jovens e Adultos (PEJA).

Para operacionalização desta estrutura, a instituição possui como recursos físicos: 1 gabinete para a direção da escola, 22 salas de aula, 1 consultório médico, 1 sala de artes, 1 biblioteca, 1 refeitório, 1 cozinha, 1 copa, 1 despensa, 1 sala de informática (desativada), 1 sala de professores, 3 banheiros unissex para professores e funcionários – sendo 1 para portadores de necessidades especiais –, 6 banheiros para os estudantes – sendo 3 para as meninas e 3 para os meninos –, 1 quadra esportiva, 1 pátio, 1 parque de recreação e 1 estacionamento.

Cabe explicitar que no ano de 2011, estudaram nessa escola 662 crianças no período diurno, enquanto no período noturno, esse total compreendeu 194 jovens/adolescentes e adultos do PEJA.

Para o atendimento desta demanda educacional está disponível um efetivo de 65 profissionais divididos da seguinte forma: 1 diretora, 1 diretora-adjunta, 1 coordenadora pedagógica, 40 professores regentes, 5 funcionários técnico-administrativos, 8 merendeiras, 6 funcionários da limpeza (COMLURB³¹), 2 inspetores, 1 porteira e 1 técnica de enfermagem integrante do PSE. Além destes profissionais, a escola conta ainda com as visitas mensais de 1 enfermeira, 1 médico pediatra e 1 dentista, programadas pelo PSE.

4.1.2 Avaliação sociodemográfica dos escolares e suas famílias

O Gráfico 1 explicita a distribuição por sexo dos 95 escolares, dos quais 52% (n=49) são do sexo feminino e 48% (n=46) do masculino. Ao serem considerados os dados apresentados, pode-se perceber uma distribuição homogênea entre os sexos com ligeiro predomínio no sexo feminino.

No Gráfico 2 tem-se a distribuição por idade dos 95 escolares pesquisados. Tais dados nos mostram que 30,5% (n=29) possuem 7 anos; 26,0% (n=25) possuem 8 anos; 16,8% (n=16) possuem 9 anos; 10,5% (n=10) possuem 6 anos; 10,5% (n=10) possuem 10 anos; 1,9% (n=2) possuem 11 e 12 anos ou não informaram a idade.

Identifica-se na disposição dos dados apresentados, as idades condizentes com a faixa etária de escolares propostas no estudo, bem como uma disposição ligeiramente heterogênea dos escolares na faixa etária estudada, com predomínio dos escolares na faixa dos 7 anos, seguida

³¹ COMLURB: Companhia Municipal de Limpeza Urbana.

sucessivamente por ordem decrescente de frequência por 8 anos, 9 anos, 6 anos, 10 anos, 11 anos e 12 anos.

Gráfico 1 - Distribuição dos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública do município do Rio de Janeiro por sexo, 2013.

Gráfico 2 - Distribuição dos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública do município do Rio de Janeiro por idade, 2013.

A distribuição por etnia, exemplificada no Gráfico 3, demonstra que dos 95 escolares, a maioria foi declarada pelos pais como pardos 43% (n=41), seguida de brancos 33% (n=31) e negros 15% (n=14). Contudo

percebe-se que a minoria declarada foi a indígena 2% (n=2) e amarela 1% (n=1), assim como apenas 6% (n=6) não tenham informado a raça.

Gráfico 3 - Distribuição dos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública do município do Rio de Janeiro por etnia, 2013.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010a) - as pessoas brancas representavam 48,2% da população brasileira e as pardas, 44,2%. Em termos regionais, a composição por cor ou raça é bastante diferenciada, refletindo a origem das várias correntes migratórias que se distribuíram de formas diversas no território nacional.

A classificação acima mencionada foi realizada a luz dos critérios estabelecidos pelo (IBGE), e os resultados obtidos partiram da análise da declaração racial oriunda dos questionários de avaliação sociodemográfica respondidos pelos pais/responsáveis dos escolares.

É necessário frisar em relação aos dados anteriormente apresentados que independente da idade, sexo e etnia, as temáticas emergiram de forma homogênea nas produções simbólicas. É importante ressaltar também a intensificação dos traços de criatividade, detalhamento e refinamento nos desenhos das crianças maiores, particularmente a partir dos 9 anos de idade.

O Gráfico 4 exibe a distribuição por classe econômica de 95 escolares pesquisados, no qual podemos perceber que 59% (n=56) pertencem à classe C, 26% (n=25) a classe D, 11% (n=10) a classe B2, 2% (n=2) a classe E e B1. Numa análise global do perfil econômico da população estudada, nota-se que a maioria, 85% (n=81), somatório das colunas azul e vinho, pertence às classes C e D.

Gráfico 4 - Distribuição dos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública do município do Rio de Janeiro por extratos de classificação econômica, 2013.

Segundo enfatiza a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012), o poder de compra das pessoas e famílias urbanas é um indicador sensível de avaliação da condição socioeconômica da população, o que nos permite abandonar a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Assim foi adotado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)³², que utiliza sistemas de pontuação baseados na posse de bens, presença de empregada mensalista e nível de escolaridade

³²Dados com base no Levantamento Socioeconômico 2010 – IBOPE.

do chefe da família. Este critério sugerido pela ABEP foi de extrema importância para ser determinado o poder de compra das famílias e consequentemente sua classificação econômica.

É importante destacar que a classificação baseada no CCEB possibilita uma inferência sobre a média da renda familiar das classes econômicas, a saber: classe A - R\$ 10.672,00; classe B - R\$ 3.491,50; classe C - R\$ 1.285,50; classe D - R\$ 714,00 e classe E - R\$ 477,00. Identificamos que as classes A e B são economicamente mais privilegiadas, em detrimento das classes C, D e E.

Dessa forma verifica-se com clareza que se trata de uma comunidade de classe econômica pouco favorecida (classes C e D), tendo em vista a predominância dessas no cenário estudado. Esse fato indica a realidade econômica da comunidade escolar pesquisada, sendo compatível com a parcela da população usuária do sistema público de ensino e de outros equipamentos do Estado, em que pese o fato de que muitas dessas famílias são beneficiárias de programas governamentais para composição de renda.

4.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Segue a descrição dos resultados da tese oriundos das impressões obtidas a partir dos relatos do diário de campo durante a interação com a comunidade escolar.

4.2.1 Categoria 1: *“Práticas de promoção da saúde desenvolvidas pela comunidade escolar à luz das políticas públicas e da cultura escolar”*

A presente categoria foi construída para dar suporte à análise das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pela comunidade escolar

pesquisada. Nesse sentido, tomaram-se por base os documentos legais que norteiam as políticas públicas setoriais, tendo em vista que as mesmas, enquanto discurso oficial do Estado, fundamentam, ordenam e direcionam os modelos de atenção à saúde em todos os níveis de assistência.

Sendo assim, buscando uma maior aproximação com a realidade vivenciada com os sujeitos de estudo no cenário, esse momento de análise prioriza destacar a interface existente entre as bases programáticas elaboradas pelo governo e a realidade estudada, à luz da cultura da comunidade local e escolar.

Para tanto, foram tomadas como fontes primárias para análise a observação das práticas de promoção da saúde e as impressões oriundas da interação com a comunidade escolar, da qual emergiram experiências e narrativas que permitiram extrair elementos significativos do cenário de coleta de dados. Em contrapartida, essas práticas foram analisadas à luz do discurso oficial do Estado com base nos documentos oficiais governamentais referentes a esse setor, a saber, leis, portarias e programas relacionados à saúde escolar. Busquei então evidenciar as possíveis contradições, conflitos e diferenças conceituais e práticas existentes.

Para melhor compreensão das atividades de promoção à saúde desenvolvidas pela comunidade escolar, foi realizada a caracterização empírica dessas atividades, mediante subdivisão em itens, que se encontra resumida no Quadro 1.

Na caracterização dessas atividades foram considerados os seguintes aspectos, a saber: natureza, tipo de atividade, abordagem, características definidoras, estratégia de desenvolvimento e atores sociais envolvidos.

Em relação à natureza, cada atividade de promoção à saúde analisada foi elencada como educativa ou assistencial. Considerei que a atividade possuía natureza educativa quando a mesma tinha foco primordial na educação em saúde mediante a ministração de conteúdos teóricos ou teórico-práticos, como por exemplo, na campanha de lavagem das mãos realizada pela técnica em enfermagem do PSE. Por outro lado, considerei que a atividade tinha natureza assistencial quando a mesma era ministrada

na forma de uma intervenção essencialmente clínico-ambulatorial na atenção à saúde da comunidade escolar, como por exemplo, na campanha de vacinação contra a hepatite B.

No que diz respeito ao tipo de atividade, cada uma delas foi caracterizada a partir do método pelo qual foi implementada junto à comunidade escolar, como por exemplo, aula, curso, peça teatral ou procedimento técnico-operacional. Eventualmente uma atividade pode ter sido caracterizada simultaneamente em mais de um tipo, tendo em vista a peculiaridade da estruturação de cada uma dessas atividades.

As atividades de promoção à saúde, realizadas pela comunidade escolar, também foram caracterizadas quanto à abordagem dos seus conteúdos. Nesse sentido, os conteúdos foram elencados em: biologicistas³³, quando apresentavam uma abordagem voltada para os aspectos biológicos em geral, visando o domínio do corpo humano e controle de sua normalidade, assim como a preocupação com os aspectos concernentes as condições desviantes, entendidos como patológicos (doenças); humanísticas³⁴, quando os conteúdos abordavam questões de cunho social relacionadas às temáticas emergentes da agenda de saúde da população, tais como: cidadania, violência, lazer, convívio social e práticas de combate ao desperdício de alimentos; e, ambiental³⁵, quando os conteúdos das práticas de promoção de saúde evidenciavam práticas relativas à preservação e proteção do meio ambiente e sustentabilidade. Dada à amplitude das abordagens de algumas práticas de promoção da

³³ A abordagem biologicista pressupõe o reconhecimento da natureza biológica das doenças; se justifica na compreensão que a doença é causada por agentes biológicos (químicos e físicos), em corpos biológicos, com repercussões biológicas. No primeiro caso, associa-se à unicausalidade; no segundo, confere dimensão estritamente biológica ao ser humano, descontextualizando sua posição biográfica, familiar e social; e por último, ocupa-se da valorização da entidade estrutural patológica (CUTOLO, 2006).

³⁴ A abordagem humanística expressa uma atitude etnocêntrica ressaltando a centralidade da espécie humana na natureza, independente se essas convicções são baseadas em preceitos científicos, filosóficos, antropológicos, sociais, mitológicos ou religiosos. Essa concepção pressupõem o estabelecimento de comportamentos e atitudes humanizadoras e humanizantes que otimizam a assistência à saúde na medida em que a relação profissional-usuário é vista como uma oportunidade não só propedêutica e terapêutica mas também de interação, troca, crescimento, prazer e felicidade para ambos (MOLINA, 2003).

³⁵ A abordagem ambiental parte da compreensão de que a problemática ambiental é resultado da inter-relação entre os processos social, político e cultural na constituição do pensamento e das práticas sociais. Baseada no ordenamento da vida social e das atividades humanas, busca por meio do estímulo à reflexividade, o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atitudes, motivações e compromissos individuais e coletivos na busca de soluções para os problemas socioambientais da atualidade com vistas à qualidade de vida (SULAIMAN e TRISTÃO, 2009).

saúde, eventualmente uma mesma atividade foi caracterizada em mais de um desses aspectos simultaneamente.

Outro aspecto importante que foi destacado na caracterização das práticas de promoção de saúde da comunidade escolar foi o foco de cada atividade, *i.e.*, em qual o cerne que essas atividades estavam centradas. Cada atividade foi elencada, a partir de tais características, como centrada no indivíduo ou centrada na coletividade. Considerei que para uma atividade ser caracterizada como centrada no indivíduo, o conteúdo da mesma deveria estar voltado para aspectos pessoais da saúde do mesmo, como por exemplo, orientações sobre os hábitos de higiene pessoal e realização de antropometria. Por outro lado, para que uma atividade fosse caracterizada como centrada na coletividade, o conteúdo da mesma deveria estar voltado para aspectos coletivos da saúde, como por exemplo, as campanhas de prevenção da dengue (caminhada) e de reciclagem do lixo.

Ainda na caracterização das atividades de promoção da saúde da comunidade escolar, foram consideradas as estratégias de desenvolvimento dos conteúdos dessas ações. Nesse aspecto, percebi que os conteúdos das atividades de promoção da saúde foram desenvolvidos majoritariamente por meio de ações curriculares ou extracurriculares, programáticas e integradas.

Sendo assim, foi considerada que uma estratégia de desenvolvimento seria curricular na medida em que o conteúdo da mesma fosse desenvolvido vinculado ao Projeto Político-Pedagógico da escola, de forma a ser implementada por uma ou mais disciplinas. Posso citar, como exemplo, o evento “Semana da alimentação saudável” em que o tema alimentação foi discutido sob o ponto de vista de cada uma das disciplinas do currículo (matemática, português, ciências, dentre outras).

Com isso, muitas das ações educativas foram executadas de forma interdisciplinar. Isso permitiu que as temáticas abordadas fossem discutidas de forma complementar, em sala de aula e/ou fora dela, em diversas perspectivas. Por outro lado, foi considerada que uma estratégia seria extracurricular quando não estivesse vinculada às atividades pedagógicas no cenário. Um exemplo típico foram as atividades desenvolvidas pela

oficina intitulada “Cozinhando o Desperdício”, cuja operacionalização ocorreu totalmente isolada das disciplinas oferecidas pela escola. Nessa oficina os conteúdos eram voltados para os pais/responsáveis, sendo ministrados por professores de uma instituição de ensino profissionalizante.

As atividades de promoção da saúde executadas em consonância aos dispositivos explicitados pelo PSE foram entendidas nessa tese como ações de caráter programático. Dada a importância desse componente para o cerne dessa categoria, sua análise será explicitada de forma pormenorizada, mais adiante nesse capítulo. É necessário frisar que as ações observadas continham de alguma forma, em maior ou menor grau, aproximação com as determinações estabelecidas no PSE. Por isso não foram identificadas ações não programáticas.

Já as atividades integradas³⁶ englobam as ações de promoção da saúde cujo conteúdo da mesma foi desenvolvido por mais de duas categorias de atores sociais com vistas à integração dos diversos segmentos da comunidade escolar. Um exemplo dessa estratégia foi a atividade intitulada “Caminhada de Combate à Dengue” em que participaram além dos alunos e professores, os profissionais de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Saúde na Escola (PSE).

Dada à amplitude das abordagens de algumas práticas de promoção da saúde, eventualmente uma mesma atividade foi caracterizada em mais de um desses aspectos simultaneamente.

Por último elemento na caracterização das atividades de promoção da saúde na comunidade escolar, foram considerados quais atores sociais participaram dessa atividade, quer seja alunos, professores, pais,

³⁶ O conceito de integração é utilizado nessa Tese para clarificar o entendimento acerca das estratégias adotadas na escola para a otimização das práticas de promoção da saúde. Envolve um processo dinâmico e multifatorial, no qual pessoas de diferentes grupos sociais (nesse caso: profissionais de saúde, professores, pais, alunos e funcionários) se reúnem sob o mesmo objetivo. Ademais, implica sempre no esforço coordenado para a convivência pacífica entre os membros que conformam o grupo, de forma que as pessoas possam fazer parte dessa coletividade, sem perder a sua individualidade. No ambiente escolar essa integração pode ser compreendida na perspectiva: 1) Física - que pressupõe a preparação dos atores sociais para compartilhamento do espaço social; 2) Funcional - refere-se à capacitação dos membros do grupo para utilização dos mesmos recursos e espaços; 3) Social – diz respeito ao estabelecimento de ações efetivas para promoção das interações humanas; e, 4) Instrucional - envolve a criação e manutenção das condições disponíveis para facilitar o processo de ensino-aprendizagem (SANCHES E TEODORO, 2006).

profissionais, dentre outros. Nesse caso, cada atividade tinha normalmente mais de uma categoria de atores sociais como participantes.

Segue a caracterização (Quadro 1) de cada atividade de promoção da saúde mediante a definição dos elementos explicitados nos parágrafos anteriores.

Quadro 1: Caracterização das atividades relacionadas à promoção da saúde desenvolvidas na escola pesquisada

NOME DA ATIVIDADE	NATUREZA	TIPO DE ATIVIDADE	ABORDAGEM	FOCO DA ATIVIDADE	ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO	ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS
- Projeto “Semana da Alimentação Saudável” (Projeto “Vivendo as Receitas Culinárias”; Projeto “Trabalhando as sementes”)	Educativa	- Evento - Aulas	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Curricular Programática Integrada	Alunos, equipe de professores e técnica de enfermagem do PSE
- Oficina “Cozinhando o Desperdício”	Educativa	- Curso	- Humanística - Ambiental	- Centrada na coletividade	Extracurricular Programática Não integrada	Pais e instrutores do curso
- Atividade educativa “Prevenindo a Dengue com a Turma da Mônica”	Educativa	- Peça teatral - Palestra	- Biologicista	- Centrada na coletividade	Curricular Programática Integrada	Alunos, participantes da peça (membros da ONG responsável) e professores
- “Caminhada de combate à dengue”	Educativa	- Caminhada	- Biologicista	- Centrada na coletividade	Curricular Programática Integrada	Alunos, professores, funcionários da escola e equipe do PSF e PSE
- Teatro de fantoches sobre combate a Dengue	Educativa	- Peça teatral	- Biologicista	- Centrada na coletividade	Curricular Programática Integrada	Alunos, professores e membros da ONG responsável
- “Campanha do Sujinho e do Limpinho”	Educativa	- Aulas - Atividades lúdicas (gincanas)	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Curricular Programática Não-Integrada	Alunos e professores
- Campanha de lavagem das mãos	Educativa	- Palestra - Demonstração prática	- Biologicista	- Centrado no indivíduo	Extracurricular Programática Não integrada	Alunos e técnica de enfermagem do PSE

		- Laboratório prático				
- Campanha de escovação dentária e distribuição de kits (escova, pasta, fio dental)	Educativa	- Palestra - Demonstração prática - Laboratório prático	- Biologicista	- Centrado no indivíduo	Extracurricular Programática Não integrada	Alunos e odontóloga do PSF
- Campanha de conscientização para aquisição de hábitos de higiene e limpeza no refeitório	Educativa	- Campanha de premiação (gincana)	- Biologicista	- Centrado no indivíduo	Extracurricular Programática Não integrada	Alunos e merendeiras
- Campanha "Recicle seu lixo",	Educativa	- Aulas - Campanha educativa	- Ambiental	- Centrado na coletividade	Curricular Programática Não integrada	Alunos e professores
- Palestra sobre hipertensão arterial	Educativa	- Palestra	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Integrada	Alunos, professores, PSE e PSF
- Palestra sobre obesidade infantil	Educativa	- Palestra	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Integrada	Alunos, professores, PSE e PSF
- Peça em comemoração ao Dia da Paz	Educativa	- Peça teatral	- Humanística	- Centrada na coletividade	Extracurricular Programática Não integrada	Alunos e professores
- Campanha abraça seu filho na Escola	Educativa	- Campanha educativa	- Humanística	- Centrada na coletividade	Curricular Programática Integrada	Alunos, professores e pais
- Grupo de planejamento familiar	Educativa	- Palestra	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Não integrada	Pais e equipe do PSF

- Projeto "Contando histórias" (Bolsa interativa: projeto lendo em família)	Educativa	- Contos da literatura infantil	- Humanística	- Centrada na coletividade	Curricular Programática Integrada	Alunos, pais e professores
- Exposição "Cientista do Amanhã"	Educativa	- Aulas - Exposição	- Biologicista - Ambiental	- Centrada na coletividade	Curricular Programática Integrada	Alunos, pais e professores
- Projeto "Identidade"	Educativa	- Peça teatral	- Humanística	- Centrada na coletividade	Curricular Programática Integrada	Alunos, pais, professores, educador da ONG
- Oficina de judô	Educativa	- Curso	- Biologicista - Humanística	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Não Integrada	Alunos e professor da ONG
- Campanha de vacinação para hepatite B	Assistencial	- Procedimento Técnico-operacional	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Não Integrada	Alunos e equipe do PSF
- Verificação de pressão arterial no dia de combate a hipertensão	Assistencial	- Procedimento Técnico-operacional	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Integrada	Funcionários, professores, funcionários, pais e equipe do PSF
- Verificação das medidas antropométricas	Assistencial	- Procedimento Técnico-operacional	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Integrada	Alunos, equipe do PSE e equipe do PSF
- Vacinação contra Influenza, Pólio e dT	Assistencial	- Procedimento Técnico-operacional	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Integrada	Alunos, professores, funcionários, equipe do PSE e equipe do PSF
- Atendimento clínico-ambulatorial (realização de curativos; consultas médica, psicológica e odontológica)	Assistencial	- Procedimento Técnico-operacional	- Biologicista	- Centrada no indivíduo	Extracurricular Programática Integrada	Alunos, equipe do PSF e equipe do PSE

É importante destacar que a imersão no cenário me permite afirmar que a escola pesquisada é bastante proativa no que diz respeito ao desenvolvimento de práticas de promoção da saúde. Esse fato pôde ser verificado pela quantidade de temas e conteúdos voltados para a saúde que foi desenvolvida ao longo do ano letivo, mediante a implementação de diversas ações curriculares e extracurriculares, conforme demonstrado no Quadro 1. Além disso, percebe-se que essas ações em sua grande maioria estão atreladas ao contexto do projeto político-pedagógico da escola³⁷.

Desse modo, a intensa participação da comunidade escolar nas atividades de promoção da saúde parece estar diretamente atrelada ao contexto diferenciado da escola pesquisada. Isto porque, há mais de dez anos essa escola tem sido contemplada com estratégias programáticas, por iniciativa da Prefeitura do Rio de Janeiro, para favorecer a interface permanente entre as áreas de educação e saúde. Mais especificamente, essa conjuntura teve início no ano 2000 com a inclusão da escola pesquisada no projeto piloto “Escolas Promotoras de Saúde” (RIO DE JANEIRO, [2000?]), que teve como objetivo principal a implantação da Saúde do Escolar no município do Rio de Janeiro. Nesse projeto piloto, participaram 120 escolas de todas as Coordenações de Áreas Programáticas e suas correspondentes Coordenadorias Regionais de Educação com uma abrangência estimada, à época, de 114.400 alunos.

Mais recentemente, a escola pesquisada ainda se mantém inserida nos projetos da Prefeitura do Rio de Janeiro, mediante a participação nos programas “Escola do Amanhã” e “Saúde na Escola”. O primeiro tem por objetivo “reduzir a evasão escolar e mudar a realidade dos alunos que moram em áreas conflagradas da cidade” (RIO DE JANEIRO, [2009a?]) e o segundo tem por objetivo “dar assistência integral para mais de 105 mil alunos das 151 Escolas do Amanhã, situadas nas áreas mais vulneráveis da cidade” (RIO DE JANEIRO, [2009b?]).

³⁷ Segundo narrativas da vice-diretora e da coordenadora pedagógica da escola, o projeto político pedagógico é denominado pela mesma de “Identidade e Saúde”.

Em relação à natureza das atividades relacionadas à promoção da saúde desenvolvidas na escola pesquisada, essas foram majoritariamente de cunho educativo em comparação às atividades assistenciais propriamente ditas. Ao que parece o predomínio de ações educativas está concatenado com a função social da instituição, tendo em vista que a mesma se destina prioritariamente ao ensino fundamental de crianças em idade escolar. Contudo, é oportuno destacar como avanço a implementação de políticas públicas voltadas para integração do setor saúde e educação mediante a interação dialógica das ações educativas com as práticas de promoção à saúde na própria escola, sejam elas de cunho educativo ou assistencial.

Nesse contexto é premente destacar que a articulação entre saúde e educação foi esvaziada durante anos no nosso país, na medida em que as ações de promoção da saúde nas escolas de ensino fundamental se caracterizavam, grosso modo, pautadas no cumprimento de tarefas desenvolvidas de forma fragmentada, pontual e de cunho eventual, em detrimento do desenvolvimento de ações concretas e permanentes, voltadas para as reais necessidades de saúde da comunidade escolar (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, a recente inserção do PSE, nas escolas de ensino fundamental do Município do Rio de Janeiro, é uma conquista importante das políticas públicas desse setor, na medida em que esse programa pode se constituir como uma ferramenta essencial para a garantia da continuidade e integralidade das ações de promoção à saúde no espaço da escola. Em que pese todos os fatores que dificultam a plena implementação dessas ações programáticas no cotidiano das instituições de ensino fundamental na cidade do Rio de Janeiro, tais como: sobrecarga de trabalho, carência qualitativa de recursos materiais e humanos, entre outros.

No que diz respeito ao tipo de atividade de promoção à saúde desenvolvida na escola, percebe-se que as atividades educativas em sua maioria foram desenvolvidas por intermédio de aulas, palestras e campanhas. Outras formas não menos importantes de desenvolvimento

dessas atividades educativas também foram utilizadas, na modalidade de peças teatrais, caminhadas, cursos e laboratórios práticos. As atividades de promoção à saúde de cunho assistencial foram essencialmente desenvolvidas por meio de procedimentos técnico-operacionais, aqui entendidos pelo método tradicional de atendimento clínico-ambulatorial.

Se por um lado a maioria das atividades educativas foi desenvolvida com métodos tradicionais e formais de ensino (aulas expositivas e palestras), por outro lado, chama a atenção o fato de a escola lançar mão de meios de educação em saúde “inovadores” e lúdicos, como por exemplo, as peças teatrais (dramatização), as caminhadas, bem como os laboratórios práticos. Contudo, fica clara a influência do paradigma dominante da educação em saúde, tendo em vista que as ações educativas desenvolvidas no cenário evidenciaram que os temas selecionados para esta atividade foram integralmente identificados e estabelecidos pela lógica e compreensão de saúde dos profissionais envolvidos.

Nesse sentido, a manifestação da vontade e concepção da comunidade escolar não foi considerada para a construção dos temas desenvolvidos como prática educativa na escola pesquisada, na medida em que nenhuma consulta prévia foi realizada acerca dos temas a serem abordados. Da mesma forma, as palestras desconsideraram os anseios, necessidades e expectativas dos membros da comunidade escolar acerca de quais temas são por eles considerados como mais importantes ou prioritários, tendo em vista o contexto de vida das pessoas daquela localidade. Nesse caso, o próprio Ministério da Saúde em publicação voltada para orientação da implantação do PSE ressalta como medida importante na operacionalização desse programa no contexto das comunidades que o mesmo seja baseado “na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da **participação social**” (BRASIL, 2009a, p. 8, grifo do autor). Nesse mesmo documento, o Ministério da Saúde enfatiza que as equipes de saúde ao se aproximarem do contexto da comunidade local devem levar em consideração que:

no contexto situacional do espaço escolar, encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos – professores, alunos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários, entre outros –, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e **que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado.**” (BRASIL, 2009a, p. 8, grifo do autor)

Isto não invalida esse processo de interação entre as áreas da saúde e da educação, pois é inegável a importância das práticas educativas em saúde, da forma como essas acontecem, uma vez que as mesmas podem de alguma forma contribuir para a reflexão da comunidade escolar acerca dos seus modos e estilos de vida. Na verdade, minha inserção no campo levou-me a questionar o caráter depositário bancário das atividades de educação em saúde, que acabam reproduzindo o paradigma autoritário vigente, caracterizado por ações de pouca penetração no contexto de vida dos usuários.

Se essas ações partissem do cotidiano, dos hábitos e modos de vida daquela comunidade, as mesmas certamente seriam mais ajustadas ao contexto de vida das pessoas. Isto permitiria aos profissionais de saúde dialogar melhor com os problemas, conflitos, dificuldades, enfrentamentos e ajustamentos que as pessoas fazem para lidar com as adversidades impostas pelo contexto em que vivem. Talvez dessa forma fosse mais útil que a própria comunidade encontrasse os melhores meios para o desenvolvimento de práticas e soluções de seus problemas, ao invés de fornecer uma fórmula mágica ou receita padrão do que deve ser feito.

Outro aspecto relevante que emergiu da interação de campo diz respeito aos objetivos e finalidades geralmente propostos para essas atividades educativas. As narrativas dos profissionais envolvidos nessas atividades evidenciaram que em muitos casos tais objetivos são demasiadamente ambiciosos, e até mesmo utópicos. Sendo assim, esses profissionais visavam “conscientizar” e/ou “modificar” os hábitos de vida das pessoas, desconsiderando aspectos da cultura, aspirações, dificuldades

enfrentadas e recursos disponíveis, que fazem parte da realidade concreta das comunidades alvo dessas ações em particular.

Ademais, o que se espera é que as ações de promoção da saúde estimulem, promovam e intensifiquem a participação da população, quer seja na esfera educativa ou assistencial, de forma a garantir que todos os atores sociais envolvidos tenham voz ativa no processo de planejamento, implementação e avaliação dessas ações desenvolvidas no cenário escolar. O que se pretende enfatizar aqui é o processo de participação e mobilização popular mediante o empoderamento dos cidadãos e desenvolvimento de estratégias, como o controle social.

Nesse particular, o envolvimento e a participação da população na construção de políticas setoriais e a pactuação nas tomadas de decisões por meio de movimentos organizados, há muito tem sido desenvolvido no Brasil, mais precisamente desde a década de 50, quando da primeira participação de representantes da sociedade civil num conselho nacional³⁸ (MATEOS, 2011). A participação popular, inclusive como ferramenta de controle social é uma estratégia importante para que ocorra a fiscalização da implantação de políticas públicas (MATEOS, 2011; BARROS, 2004; MARTINS et al, 2008). Jacobi (1999, p. 38) ressalta o valor da participação social na medida em que a mesma:

se torna um meio fundamental de institucionalizar relações mais diretas, flexíveis e transparentes que reconheçam os direitos dos cidadãos; assim como de reforçar laços de solidariedade num contexto de pressão social e polarização política na direção de uma cidadania ativa que disponha dos instrumentos para o questionamento permanente da ordem estabelecida.

A partir de intenso debate na sociedade civil organizada por meio de conferências temáticas que mobilizaram milhões de brasileiros, medidas importantes no cenário nacional foram desenvolvidas, como por exemplo,

³⁸ O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937, mas somente na década de 1950 começou “a ter representantes da sociedade civil que, durante longos períodos, foram escolhidos pelo governo entre entidades e personalidades.” (MATEOS, 2011, p. 32). O crescimento dos movimentos populares foi impulsionado na década de 80 “quando diferentes setores da sociedade se mobilizaram pela defesa de seus interesses, multiplicando comitês de fábrica, de bairro, de luta contra a carestia, além das comunidades eclesiais de base” (*Ibid.*, p. 32). Já na década de 90, mediante a garantia constitucional de fiscalização das políticas públicas pela população, “firma-se a ideia da participação em conferências e se multiplicam os conselhos municipais de políticas públicas, com a eleição de representantes da sociedade civil e indicação dos representantes municipais, primeiro nas principais capitais, logo nas cidades médias” (*Ibid.*, p. 32.).

parte do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), Programa Nacional de Habitação, Sistema Único de Atenção Social (SUAS), dentre outros (MATEOS, 2011). Contudo, a operacionalização em nível local de políticas de bem estar social nem sempre é satisfatória, pois muitas dificuldades se interpõem na relação entre municípios e governo federal, como citado por Franzese (2006, p. 28):

Nesse sentido, acreditar que os municípios serão cada vez mais os responsáveis pela implementação de políticas de bem estar social implica contar com a ação de 5.559 unidades autônomas e muito desiguais entre si, assegurando direitos sociais com pouco mais de 15% da arrecadação nacional. Por outro lado, argumentar que o governo federal vai conseguir implementar políticas sociais de maneira transparente, participativa e adaptada às diferentes realidades locais, sem a construção de parceria com os municípios, também não parece viável.

Diante disso, enfatiza-se a partir de reflexão trazida por Teixeira (2003, p. 49), que o processo de participação popular não se conforma na dependência somente das “decisões do poder ou de condições institucionais prévias, mas significa, antes, aprendizado, construção e conquista, como ocorre com a própria democracia”.

No particular da comunidade escolar pesquisada, promover ações de promoção à saúde a partir do contexto da realidade local e com o apoio e participação dos atores sociais mediante envolvimento direto, inclusive na pactuação de decisões, parece ser o melhor caminho para a efetiva implantação do PSE.

No que tange às abordagens das atividades de promoção à saúde, as mesmas caracterizaram-se por um enfoque predominantemente biologicista, centrado nos padrões de normalidade e sua condição desviante: a doença. Sendo assim, as ações educativas abordaram principalmente temas clássicos, com o objetivo de combate e/ou controle de doenças infectocontagiosas, entre elas a dengue, pediculose e escabiose; doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial e obesidade; assim como os cuidados com o corpo, tais como: noções de higiene corporal e bucal para prevenção de afecções dermatológicas e cárie dentária,

respectivamente, bem como informações concernentes aos métodos de planejamento familiar.

Em consonância com essa realidade, as ações assistenciais foram, em sua totalidade, desenvolvidas com a abordagem biologicista. Em relação a essas, é importante frisar: as campanhas de vacinação contra a hepatite B, Anti-Pólio, Influenza e Dupla Bacteriana; verificação das medidas antropométricas; e, a realização de consultas médicas pela equipe do PSF e PSE.

No decorrer da experiência de campo surgiram também outras abordagens (humanística e ambiental), embora pouco frequentes não menos importantes, cujo enfoque vislumbrava explicitar alguns aspectos humanísticos relacionados à saúde. Tais abordagens englobaram questões de ordem social e/ou ambiental que interferem de forma significativa na vivência do ser humano consigo mesmo, ou com as demais pessoas, bem como com o meio ambiente que o cerca e com a sociedade.

Considera-se a ocorrência dessas temáticas um avanço na compreensão da saúde no contexto escolar. Isto porque, seus ensinamentos implicam numa visão que abarque também os determinantes sociais que afetam a saúde.

Assim, tal perspectiva determina uma tomada de posição político-ideológica que busca compreender como a inter-relação desses elementos (biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais) pode interferir no modo e estilo de vida da população, também denominados determinantes sociais da saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Com isso, acredita-se que os significados que são atribuídos aos acontecimentos cotidianos e aos aspectos mais elementares e diversos da vida humana são elaborados com base nas experiências sociais individuais e coletivas. Desta forma, parece lógico que esses elementos interagem para influenciar os padrões de comportamento dos seres humanos às situações impostas pela vida.

Sob esta ótica, ganha destaque as ações educativas destinadas à promoção da cultura da paz, mediante a prevenção da violência urbana e doméstica, cidadania, esporte e lazer, e identidade social. Outros componentes que chamam a atenção dizem respeito às questões oriundas da preservação do ambiente saudável e sustentável, com destaque para as práticas de coleta de lixo seletiva e controle do desperdício de alimentos, entre outros tópicos desenvolvidos como práticas de promoção da saúde no cenário pesquisado.

No que concerne ao foco das ações de promoção da saúde desenvolvidas no cenário de estudo, verificou-se que as práticas de cunho assistencial foram eminentemente centradas no indivíduo, enquanto que as práticas educativas direcionaram esforços tanto para a esfera individual quanto para coletiva.

Nesse aspecto é importante destacar que o discurso oficial vigente nas políticas públicas de saúde ao longo dos anos, infligia aos indivíduos, sob o pretexto da teoria do autocuidado, a responsabilidade sobre a sua saúde, em detrimento da responsabilidade do Estado em garantir as condições mínimas necessárias para a implementação de políticas públicas de saúde. Em que pese o papel de todas as instâncias governamentais para desenvolver mecanismos que possam assegurar a disponibilidade de recursos para promover o bem-estar e a qualidade de vida da população brasileira, como um todo, e nesse particular, a comunidade escolar.

Nesse sentido, o próprio Estado tem envidado esforços para rever essa problemática, como por exemplo, mediante a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), editada pelo Ministério da Saúde, em 2006. Esse documento, considerado marco político e ideológico no processo de construção do SUS propõe a “substituição de um processo de trabalho centrado na culpabilização individual pelo cuidado com a própria saúde” (BRASIL, 2009a, p. 7-8).

Assim, ganha destaque as medidas voltadas não somente para o aparelhamento do Estado mediante a construção de unidades de saúde, escolas e creches, entre outros. Na verdade, o que se espera da atuação

governamental é a capacidade de resposta efetiva aos problemas socioeconômicos gerados pela concentração de renda, bem como pela oferta de serviços públicos, muitas vezes precários principalmente nas áreas de educação, transporte, saúde, segurança e saneamento básico.

Ademais, é sabido que a precarização dos vínculos empregatícios, associado aos baixos salários, a sobrecarga laboral, e a disponibilidade insuficiente de recursos materiais e humanos têm acarretado o progressivo sucateamento do setor público, em consonância com a política neoliberal adotada para redução do papel do Estado. (GOUVEIA; PALMA, 1999; PINHO, 1995; LAURELL, 1995; SOARES, 1996; MUNHOZ, JESUS, COSTA, SOUZA, 2009).

No tocante as estratégias de desenvolvimento das práticas de promoção da saúde no espaço escolar, as interações com a comunidade demonstraram que as ações de cunho assistencial foram na sua totalidade extracurriculares e programáticas, e, na maioria das vezes, desenvolvidas de forma integrada com diversos segmentos da comunidade escolar.

Sendo assim, as atividades educativas tiveram distribuição equilibrada no que concerne a sua tipificação em curricular e extracurricular, bem como em função da integração ou não com os diversos atores sociais envolvidos com o cenário pesquisado. Entretanto, em relação ao caráter programático dessas ações, verificou-se que as mesmas foram primordialmente implementadas em conformidade com as diretrizes do PSE, principalmente.

Nesse sentido, cabe destacar a relevância dessas estratégias para a plena execução das práticas de promoção da saúde na escola pesquisada. Pode-se afirmar inclusive, que a metodologia utilizada pelos profissionais envolvidos demonstrou que os mesmos têm dado atenção especial às questões de saúde que perpassam transversalmente a dimensão educacional no ensino fundamental. Isso pode ser traduzido pela criatividade, empenho, motivação e articulação dos professores e profissionais de PSE e PSF, para tornar a efeito um conjunto de atividades voltadas à promoção da saúde na escola pesquisada.

Como exemplo disso, o projeto intitulado “Semana da Alimentação Saudável” nos mostra que a comunidade escolar pode se beneficiar de ações coletivas, integradas, reflexivas e articuladas que permitam concretamente a participação de todos os atores sociais do cenário pesquisado.

Sendo assim, foi muito gratificante presenciar toda a escola envolvida nesse projeto, desenvolvendo simultaneamente o conteúdo de alimentação saudável, em todos os espaços possíveis da instituição. A partir de então essa iniciativa propiciou que as crianças elaborassem, sob orientação dos professores, em grupo e/ou individualmente, um conjunto de trabalhos curriculares primorosos, tais como: receitas culinárias, textos redacionais, cartazes contendo ilustrações educativas a partir da figura da pirâmide alimentar, experimentos com sementes, entre outros.

Da mesma forma, os professores buscaram estimular as crianças com diversas atividades que, entre outras ferramentas, incluíram: 1) preparação dos alimentos, pelas merendeiras, com base nas receitas elaboradas pelas crianças; 2) resolução de problemas matemáticos pautados na temática do projeto; e, 3) socialização dessas “produções pedagógicas” mediante a divulgação dos materiais confeccionados nos murais situados nos corredores da escola.

Outras atividades que chamaram a atenção foram a “Caminhada de Combate à Dengue”, a “Campanha Recicle seu Lixo” e a “Peça Teatral em Comemoração ao Dia da Paz”.

Em relação à primeira, pôde-se verificar a intensa mobilização da comunidade escolar, incluindo membros da equipe do PSE e PSF, no controle do mosquito transmissor da dengue, a partir de medidas simples de intervenção ambiental (procura/varredura de possíveis focos de larvas do referido vetor). Tais medidas visaram primordialmente manter o entorno da escola pesquisada menos suscetível a infestação por focos de larvas desse inseto. Isso incluiu a abordagem de pessoas externas à escola, que, todavia, residem na localidade, para explica-las noções de combate aos focos peri-domiciliares de dengue.

No que diz respeito à campanha recicle seu lixo, avanços significativos foram observados, uma vez que a escola tem implementado a coleta de lixo seletiva em todo ambiente escolar, ao longo dos últimos anos. Mediante um trabalho permanente de orientação, os professores dessa escola buscaram auxiliar a comunidade escolar na modificação da maneira como as crianças lidavam com o lixo. É necessário frisar que essa campanha tem sido realizada há muitos anos na escola pesquisada e englobam alunos de todos os anos de escolaridade ministrados na instituição. Destacam-se nesse processo bem mais do que as aulas expositivas, mas principalmente os laboratórios de prática, da disciplina de artes plásticas, aonde professores e alunos discutiam modos de produção, tratamento e reciclagem do lixo. Com isso, as crianças dessa instituição têm a oportunidade de aprender, entre outros pontos acerca desse tema, como reciclar matéria prima considerada até então sem valor e sem utilidade.

Entretanto, por mais relevantes que essas medidas sejam ao que parecem, elas ainda possuem alcance limitado ao âmbito da escola, não atingindo os espaços extramuros da instituição. Tal afirmativa é factível pelo fato de haver um acúmulo de lixo depositado na calçada junto à lateral da escola, ocasionando diversos transtornos, dos quais, os mais impactantes são o mau cheiro e a proliferação de insetos e roedores no local.

Diversas narrativas queixosas descreveram o desconforto gerado pelo antigo costume dos moradores da localidade que, alegando problemas com a coleta regular de lixo pela companhia de limpeza urbana, jogam o lixo a céu aberto no entorno da escola.

No que concerne à peça teatral em comemoração ao dia da paz a observação de campo mostrou com riqueza de detalhes que esse é um tema de extrema pertinência não só no contexto da escola pesquisada, mas também de toda a rede de ensino fundamental do Município do Rio de Janeiro. Isso porque foram observadas, na escola, diversas situações de violência vivenciadas entre os próprios escolares, ou entre estes e seus professores, assim como entre pais e alunos, e, entre pais e professores. No cotidiano dessa escola, alunos e professores se queixavam de

acontecimentos, caracterizados pelos próprios membros da comunidade escolar, como *Bullying*, além de agressões físicas e verbais oriundas de “brincadeiras” de mau gosto praticadas por alguns alunos durante o recreio. Somado a tudo isso, o clamor gerado pelo recente massacre da escola em Realengo provocou uma explosão de sentimentos em toda a plateia da peça, que incluiu alunos, professores, funcionários e pais/responsáveis.

Também foram registradas narrativas de alguns professores que destacavam depoimentos de alguns meninos que relataram ter aprendido com seus pais comportamentos de violência voltados para as mulheres. Destaca-se a seguinte afirmação de uma professora: “Ele disse pra mim: meu pai me ensinou que mulher foi feita pra apanhar”.

Ademais, algumas professoras manifestaram diversas vezes a preocupação com a possibilidade de cooptação de alguns alunos ao tráfico de entorpecentes nas bocas-de-fumo da comunidade. Algumas narrativas externaram a relação existente entre absenteísmo e participação de alunos em atividades, consideradas criminosas, durante o horário escolar.

No tocante aos atores sociais envolvidos nas ações de promoção da saúde, os dados que emergiram do campo mostraram de forma contundente que a comunidade escolar pesquisada é extremamente participativa.

Dada as características das atividades de promoção de saúde executadas, algumas permitiram maior interação dos diversos segmentos da comunidade escolar, que foi verificado principalmente em relação às ações educativas. Por outro, as práticas assistenciais foram mais centradas no binômio profissional de saúde-criança em idade escolar, com exceção do “Dia de Combate a Hipertensão Arterial” que teve como objetivo a verificação de pressão arterial de pais e funcionários da escola; e, a campanha de vacinação para influenza e anti-poliomielite, na qual os pais compareceram expressivamente com seus filhos.

Não obstante, em diversas ocasiões me deparei com o entusiasmo de alunos, pais, funcionários e professores acerca das atividades propostas. O

Projeto “Cientista do Amanhã”³⁹ é uma mostra típica dessa mobilização coletiva, uma vez que a metodologia empregada cria a oportunidade para que as crianças possam exercitar o pensamento científico, principalmente nas áreas de química, física e biologia.

Na medida em que os alunos participaram de experimentos e utilizaram o método investigativo em seus trabalhos, o projeto permitiu ainda que as crianças fizessem um exercício de reflexão acerca de alguns problemas enfrentados pela escola. Como resultado desse processo pode-se citar o incentivo à mudança de hábito de descarte de lixo, por parte da vizinhança, a partir dos resultados da mobilização da comunidade escolar no projeto de coleta de lixo seletiva.

Como estratégia de divulgação do referido projeto, a escola desenvolveu a “Semana de Ciências”, na qual cada turma trabalhou na elaboração de um projeto científico selecionado a partir das unidades temáticas desenvolvidas durante o ano letivo.

Cabe frisar que dentre todas as atividades de promoção da saúde observadas, o projeto “Cientista do Amanhã”, em especial, a “Semana de ciências”, foi a que mais se destacou, pela capacidade de mobilização, integração, motivação, criatividade e envolvimento de toda a comunidade escolar, particularmente considerando a presença maciça dos pais/responsáveis no cenário.

Em relação à campanha “Abrace seu Filho na Escola”, a mesma foi realizada com o objetivo de promoção da paz, mais precisamente mediante a redução da violência doméstica. A campanha foi operacionalizada por meio de convite aos pais/responsáveis para comparecerem a escola, com a finalidade de abraçarem seus filhos. A atividade foi registrada em fotografias que mais tarde foram divulgadas no mural da escola.

³⁹ Nesse projeto, a metodologia utilizada, denominada como CTC - Ciência e Tecnologia com Criatividade se constitui como um programa integrado para a educação em Ciências no Ensino Fundamental, do 1º ao 9º ano. Segundo informações contidas no site oficial do Instituto Sangari, essa metodologia é resultado de 11 anos de pesquisas e se baseia na Metodologia da Investigação. Ademais, reúne diversos elementos que, em conjunto, criam um ambiente estimulante e investigativo na sala de aula, promovendo mudanças significativas na forma de ensinar e na aprendizagem dos alunos.

As observações desse evento mostraram que houve uma participação expressiva dos pais, e permitiu um momento de interação único entre os membros da comunidade escolar, ao abrir espaço para que os atores sociais envolvidos pudessem externar os seus sentimentos. Cabe ressaltar que a realização desse tipo de atividade demonstra que a Direção e a Coordenação Pedagógica da escola pesquisada estão atentas e sensíveis às demandas emergentes da comunidade escolar.

Outra atividade que mereceu destaque diz respeito ao projeto “Identidade”, que teve por finalidade discutir questões de cidadania e bem estar social com a comunidade escolar local, buscando com isso a reflexão de aspectos cotidianos muitas das vezes até polêmicos e contraditórios.

Durante a etapa de coleta de dados dessa tese, a escola promoveu em parceria com uma ONG, vinculada ao projeto supracitado, uma peça teatral intitulada “O Guri”. Essa peça possui como pano de fundo uma história baseada na música de Chico Buarque de Holanda, que narra à trajetória de um menino pobre e negro que, aliciado pelo crime, morre tragicamente.

Como retórica, a mensagem da peça traz um enredo cujo final surpreendeu todos os participantes, principalmente os pais, dando a personagem principal “o Guri” um final glorioso, que sensibilizou toda plateia.

Nesta peça, ao contrário dos versos da música, o menino decide ouvir os conselhos e ensinamentos de sua mãe. Motivado por tais situações resolve mudar os rumos de sua vida, sublimando todas as barreiras e preconceitos que enfrentava no seu cotidiano, optando pelos estudos como meio de transformação social. Como ato final, a peça destaca, num momento de grande emoção da plateia, a formatura do “Guri” com a entrega de seu diploma por sua querida mãe.

Esse projeto é muito importante para o cenário, uma vez que trouxe a tona para debate questões centrais da comunidade escolar de Vila Moretti, ao abordar temas como exclusão social, preconceito (social e racial), bem como conflitos que interferem na dinâmica dos laços familiares das pessoas.

Na verdade as observações de campo mostraram que na prática, muitas mães se identificaram com a história retratada pela peça, porque vivenciam essa problemática no dia-a-dia, ao chorarem pelos filhos “perdidos para o tráfico”. Não obstante, o final encenado, mostra a possibilidade de transformação dessa realidade por meio dos laços familiares e da educação.

No tocante ao projeto “Contando histórias” - Bolsa interativa, lendo em família – trata-se de uma iniciativa dos professores da escola para estimular a leitura em família, mediante a interação aluno-pais/responsáveis com clássicos da literatura infantil.

Como estratégia de execução do projeto, um estudante era selecionado na classe para levar a bolsa interativa para casa, contendo um livro para ser lido juntamente com seus pais/responsáveis durante o final de semana. Na segunda-feira subsequente, a criança selecionada pelo projeto era incumbida de socializar com os demais colegas de turma a experiência envolvendo a leitura em família.

A partir do relato das crianças, as professoras trabalhavam os temas emergentes na discussão em sala de aula. Como exemplo pode-se citar a leitura do livro contando a história do Lobisomem. Com a leitura desse clássico infantil, as professoras tiveram a oportunidade de trabalhar a questão emergente do medo em suas mais diversas modalidades, tais como: medo de escuro; medo de ficar sozinho em casa; medo da morte, medo de ficar de doente, medo do “bicho-papão”, entre outros.

A exteriorização dessas crianças, em relação aos seus medos, ao que parece se configura como uma verdadeira catarse de sentimentos, possibilitando a promoção de aspectos concernentes à saúde mental desses escolares.

Outra campanha que chamou a atenção foi a de conscientização para aquisição de hábitos de higiene e limpeza no refeitório. Nessa atividade as merendeiras buscaram com as atividades lúdicas sensibilizar as crianças para a incorporação de hábitos de higiene pessoal e ambiental.

Como estímulo, a turma considerada mais “limpa” recebia mensalmente, como premiação uma tarde festiva no refeitório, com direito a lanches deliciosos e animação com palhaços (merendeiras). Trata-se então de mais uma estratégia lúdico-educativa do cenário para favorecer a aquisição de hábitos de higiene por parte dos escolares.

Sob tudo o que foi descrito anteriormente nesse capítulo é mister ressaltar que a participação dos pais/responsáveis nas atividades de promoção da saúde, registradas em diversos momentos da coleta de dados certamente contribuíram para o enriquecimento das atividades propostas.

Entretanto, a despeito da ampla participação da comunidade escolar nas práticas de promoção da saúde de cunho educativo, no que concernem as atividades assistenciais, a inserção das equipes PSE e PSF, como um todo, veio para articular e integrar essas ações. Assim, as práticas de promoção da saúde que antes da implantação do referido programa no cenário, se caracterizavam por atividades pontuais e eventuais, passaram a ser desenvolvidas de forma permanente e atrelada as demandas do cotidiano do cenário⁴⁰.

Desta forma torna-se necessário descrever a dinâmica das ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe do PSE e do PSF.

No tocante à equipe do PSE as atividades da mesma são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar composta por: 01 técnica(o) de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médico generalista ou pediatra, 01 odontólogo, 01 assistente social, 01 psicóloga e 01 auxiliar de saúde bucal.

É importante frisar que para o desenvolvimento das ações que competem ao PSE, a técnica de enfermagem permanecia na escola em tempo integral (40 horas semanais). Os demais membros funcionavam como equipe volante, dando suporte assistencial mensal ao cenário, conforme cronograma próprio definido pela equipe do PSE e pactuado com a escola.

⁴⁰ O período que compreendeu a fase de coleta de dados dessa pesquisa correspondeu ao momento de implantação do PSE na escola pesquisada, caracterizando assim um período de transição no cenário.

Assim sendo, as atividades educativas elencadas nessa categoria, que contaram com a participação do PSE, foram integralmente desenvolvidas pela técnica de enfermagem da referida equipe.

Por outro lado, a equipe volante se responsabilizou pelo atendimento clínico ambulatorial realizado pelo(a): médico, odontóloga e psicóloga.

Outra atividade assistencial que mereceu destaque foi a avaliação oftalmológica realizada por uma equipe itinerante de oftalmologistas do PSE. Estes profissionais realizaram atendimento especializado para as crianças previamente avaliadas pela equipe desse programa, por meio de triagem oftalmológica baseada nos testes de acuidade visual pela escala optométrica de Snellen.

Para esta triagem, a equipe do PSE contou com o auxílio das professoras que priorizaram para o atendimento, as crianças caracterizadas como problemáticas, isto é, aquelas que apresentavam principalmente agitação psicomotora, déficit de atenção e baixo rendimento escolar.

Desta forma, as crianças indicadas pelas professoras para a triagem oftalmológica foram avaliadas pelo médico generalista para determinação de sua acuidade visual. Os escolares que apresentaram problemas visuais nesse exame foram então encaminhados para avaliação oftalmológica, que foi realizada em atendimento complementar por oftalmologista do PSE, em atividade programada para atender todas as escolas municipais da localidade. Para isso, a equipe de oftalmologistas realizou o referido atendimento em outra escola da comunidade. Para maior resolutividade as crianças que apresentaram problemas de refração, foram contempladas com o fornecimento gratuito de órtese oculares (óculos).

Em relação à equipe multiprofissional do PSF responsável pelo atendimento na área adstrita da escola pesquisada, a mesma é constituída por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 01 agente comunitário.

Para desenvolvimento das atividades de sua competência, essa equipe estabeleceu com a escola pesquisada, um plano de ação contendo um cronograma de atividades a serem implementadas durante o ano letivo,

perfazendo geralmente um turno semanal de 4 horas de atendimento clínico ambulatorial ou educativo conforme cronograma pré-definido.

As atividades contempladas abarcaram diversas práticas que incluíram, além das consultas médica e de enfermagem, ações educativas tais como a campanha de combate a hipertensão arterial e obesidade infantil, bem como campanhas de multivacinação. Destaca-se a ampla participação de toda a equipe do PSF, o que favoreceu uma maior integração destes com as crianças do cenário.

Ademais, a equipe do PSF forneceu atendimento clínico de suporte para as demandas cotidianas do cenário. Em várias ocasiões, o médico do PSF foi acionado pela direção da escola para efetuar atendimento clínico aos escolares. Em outras, a criança foi encaminhada a unidade básica de saúde para obter o atendimento necessário pela equipe, nos casos de maior complexidade ou quando os profissionais de saúde não tinham disponibilidade para realizar o atendimento na escola.

Apesar do grande empenho de ambas as equipes (PSE e PSF) alguns aspectos precisam ser revistos a fim de otimizar a execução das atividades de promoção da saúde no cenário. Nesse sentido é mister enfatizar que as ações realizadas por essas equipes têm sido prejudicadas em decorrência de vários aspectos que limitam a operacionalização dessas práticas, impondo muitas vezes sobrecarga de trabalho, improvisações, entre outros elementos que afetam a qualidade da assistência prestada aos escolares.

Para melhor compreensão dos fatores que dificultam a implementação das ações de promoção da saúde no cenário pesquisado pode-se ressaltar os seguintes pontos: a falta de infraestrutura, principalmente na unidade básica de saúde; a carência de recursos humanos e materiais; e, o modelo assistencial adotado centrado nos determinantes biológicos privilegiando a esfera curativo-reparadora em detrimento dos componentes preventivos.

Sendo assim, parece evidente que as visitas mensais da equipe volante do PSE são insuficientes para o estabelecimento do vínculo e

intercâmbio de saberes entre esta e a comunidade escolar. Tais elementos são essenciais para favorecer a aproximação da equipe de saúde com a comunidade assistida permitindo pela interação interpessoal a criação de relações de parcerias profissional-usuário mediante a aquisição de confiança mútua, empatia e solidariedade, entre outros. Esses condicionantes são entendidos como cruciais para a efetiva implementação de práticas de promoção da saúde que sejam voltadas para as reais necessidades da população escolar.

No que concerne à falta de infraestrutura e recursos materiais, as narrativas dos profissionais de saúde da equipe do PSF, bem como da comunidade escolar, são enfáticas ao caracterizar os problemas de espaço físico vivenciados na unidade básica de saúde. Isto fica evidente tendo em vista que no CMS, existem três equipes de atenção básica, dividindo um espaço (casa) adaptado com condições físicas apenas para suportar a instalação de uma equipe. A falta de computadores nos espaços para atendimento clínico era uma realidade nessa unidade, gerando dificuldades para o registro das atividades realizadas pela equipe, tendo em vista que a instituição adotou o sistema de prontuário eletrônico. Contudo, é necessário frisar que a comunidade pesquisada aguarda o início das obras para a implantação de uma Clínica da Família na localidade. Isso, certamente minimizará os problemas enfrentados em Vila Moretti.

Em relação à carência de recursos humanos, é necessário destacar a falta de médicos para atuarem na atenção básica, apesar dos excelentes salários oferecidos pela prefeitura do Rio de Janeiro. Como exemplo, pode-se citar o CMS de Vila Moretti, ao qual no início da coleta de dados, contava com apenas um médico generalista para dar suporte assistencial à três equipes de saúde da família. Ao final do período da coleta de dados a referida instituição foi contemplada com a incorporação de outro médico na unidade.

Contudo, ainda permaneceu uma equipe incompleta, contando apenas com uma enfermeira e seis agentes comunitários de saúde. Isso mostra que os elevados salários oferecidos parecem não serem suficientes

para garantir a permanência desses profissionais na atenção básica. Nesse caso é necessário garantir também condições mínimas de infraestrutura dada à natureza do trabalho médico, para atrair e fixar o profissional nessa área de atuação. Tanto isso é verdade que, a médica vinculada ao PSE, com menos de um ano de atuação nesse programa, pediu demissão, o que nos mostra a dificuldade de fixação do profissional médico nessas equipes.

Sob esta ótica, a questão é muito complexa, pois abrange dentre outros aspectos, a própria formação médica que em muitas universidades ainda está centrada em disciplinas orientadas para o ensino das especialidades. Isto em detrimento do perfil epidemiológico do país, das políticas públicas de saúde e educação adotadas, com destaque para o fortalecimento do SUS, da ampliação da cobertura assistencial na atenção básica, bem como das diretrizes curriculares estabelecidas para o perfil do egresso de medicina. Assim, o jovem médico acaba por privilegiar a sua qualificação profissional nos moldes da residência e/ou especialização *Lato sensu*, que acaba por atrair muitos talentos para atuação profissional especializada pautada no modelo hospitalocêntrico.

Outra questão que merece reflexão se relaciona com a política de recursos humanos adotados pela prefeitura na atenção básica, que atualmente se caracteriza por vínculos empregatícios formalizados com base na Consolidação da Legislação Trabalhista vigente. Nesse caso, muitas vezes fragilizados, se comparados a outros segmentos do funcionalismo público em nosso país que são considerados como carreira típica de Estado.

Na verdade a questão da inserção das Organizações Sociais (OS) no campo de atuação da saúde, apesar de atender a política nacional de publicização⁴¹ do Estado, é ainda uma questão que divide opiniões e consequentemente tem sido alvo de críticas fervorosas, da sociedade civil,

⁴¹ Segundo Pereira (1998) publicização é a transferência da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não estatal, assegurando o caráter público à entidade de direito privado, bem como autonomia administrativa e financeira. Sob esta perspectiva, o Estado passa de executor ou prestador direto de serviços para regulador, provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais, como educação e saúde que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano. Como provedor desses serviços, o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade. Na prática este processo introduz um novo modelo de administração pública baseado em alianças estratégicas entre o Estado e a sociedade, implicando na transferência para o setor público não estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta.

em especial, das organizações profissionais, ligados à classe trabalhadora da área da saúde.

Sendo assim, ganham destaque diversos movimentos sociais que têm buscado reverter essa situação mediante a articulação política em todos os espaços possíveis e cabíveis, com destaque para as resoluções das conferências nacional, municipais e estaduais de saúde. Essas conferências foram enfáticas ao recomendarem a rejeição desse modelo de gestão adotado nas instituições de saúde, por considerá-lo prejudicial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Certamente uma política de Estado permanente de valorização dos profissionais de saúde pode propiciar a oferta de vínculos empregatícios, por concurso público de provas e títulos, com salários compatíveis com a importância desses profissionais para a sociedade. Da mesma forma, o aparelhamento dessas instituições com infraestrutura necessária possibilitaria a manutenção dos profissionais de saúde, nesse caso, principalmente o médico no setor público. Nesse sentido, penso que essas medidas, podem reduzir consideravelmente a migração para o setor privado que em muitos casos oferece condições muito mais atrativas para essa classe profissional.

Ainda nesse aspecto, outro ponto que merece atenção diz respeito ao fato de que a equipe do PSF apresentava dificuldades para manter regularidade nas visitas ao cenário pesquisado. Em que pese o fato de que os profissionais dessa equipe desenvolviam também outras atividades concernentes à programas assistenciais direcionados para diferentes públicos-alvo, tais como: hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, puericultura, pré-natal, entre outras atividades.

Como reflexo desse acúmulo de atividades, muitas narrativas, explicitaram o cansaço, estresse, desânimo, insatisfação, bem como problemas de relacionamento interpessoal da equipe entre si e com outros membros da comunidade, em face de sobrecarga de trabalho imposta.

Ademais, outra questão que merece destaque diz respeito a alguns problemas verificados em relação à atuação do enfermeiro na equipe do

PSE. O primeiro problema identificado caracteriza-se pela ausência da consulta de enfermagem para implementação das ações de promoção da saúde na escola. O segundo entrave trata do acompanhamento das ações de enfermagem executadas pela técnica de enfermagem do PSE, cujas atividades são monitoradas pela enfermeira integrante da equipe volante na modalidade de supervisão indireta, por ocasião das visitas realizadas quinzenalmente.

Em relação ao primeiro problema, é necessário frisar inicialmente que enquanto prática social e historicamente constituída, o trabalho do enfermeiro sempre teve o cuidado humano como núcleo de sua competência e a pessoa como foco de sua atuação, condições que favorecem estrategicamente a inserção de seu trabalho na equipe do PSE (PINHEIRO et al, 2012).

Assim, a consulta de enfermagem deve ser vislumbrada enquanto instrumento valioso para o processo de trabalho do enfermeiro no PSE, uma vez que esse procedimento abrange um conjunto de ações que se caracterizam como oportunidade para a configuração sociopolítica de práticas de saúde que contribuam para o deslocamento de ações centradas no corpo biológico para aquelas centradas nos corpos sociais (PINHEIRO et al, 2012).

Contudo, para que isso ocorra efetivamente no PSE, existem inúmeras possibilidades de que a atuação dos profissionais possa transpor a rigidez do trabalho hierarquizado e verticalizado, construindo possibilidades de melhor interação a partir de um planejamento horizontal, flexível e democrático, que envolva toda a equipe e se desloque em direção dos interesses dos usuários.

Entretanto, apesar da importância supracitada da consulta de enfermagem para o desenvolvimento das ações do PSE, verificou-se no cenário pesquisado, que a estrutura funcional da equipe não contempla esse tipo de atividade, a despeito das determinações legais que regulamentam o exercício profissional da enfermagem no Brasil.

Considerando à premissa da garantia a atenção à saúde, a consulta de enfermagem jamais deve ser relegada a segundo plano, uma vez que a mesma pode se constituir como elemento facilitador e otimizador das práticas de promoção da saúde, ao buscar entre alguns elementos, os seguintes requisitos: 1) integralidade por meio da realização de ações individuais e coletivas de promoção; 2) proteção e recuperação da saúde; 3) prevenção de agravos; e, 4) ações de vigilância à saúde, entre outros.

Com isso, é sabido que as ações de enfermagem executadas, nessa perspectiva, podem concorrer para o bem-estar das pessoas envolvidas, cujo objetivo final deve centrar-se na promoção da saúde à luz dos princípios fundamentais do SUS (PINHEIRO et al, 2012).

Ademais, em relação ao segundo problema, as interações no campo demonstraram que a realização de supervisão indireta por parte da enfermeira do PSE se constitui como uma prática equivocada tendo em vista que a mesma fere primordialmente o dispositivo legal de regulamentação profissional da enfermagem, a saber, a Lei nº 7.498/86. Isto porque, tal dispositivo estabelece no artigo 15º, que as atividades realizadas pelo técnico de enfermagem deverá ser realizada somente sob supervisão do enfermeiro.

Na prática, além do problema gerencial identificado, a permanência da enfermeira em tempo integral no espaço da comunidade escolar poderia promover a melhoria da qualidade da atenção prestada. Isto na medida em que o perfil de atuação do profissional de enfermagem se enquadra mais facilmente num modelo de atuação voltado para uma perspectiva holística, humanizada, socioeducativa, propiciando então um realinhamento das práticas de promoção de saúde desenvolvidas nessa comunidade.

4.2.1.1 Análise das práticas de promoção da saúde na comunidade pesquisada

Considerando a descrição das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pela escola pesquisada, segue análise das mesmas no

contexto das políticas públicas setoriais, com ênfase nos eixos e diretrizes do PSE.

Em relação aos objetivos programáticos, as ações de promoção da saúde desenvolvidas no cenário parecem encontrar respaldo na medida em que dialogam efetivamente com o PSE e com o contexto da cultura local e da própria escola.

Contudo, cabe destacar que nem todos os objetivos propostos foram plenamente atendidos, caracterizando que essa política têm enfrentado dificuldades operacionais para a sua implementação no cenário. Como reflexo disso, verifica-se que no contexto da comunidade escolar pesquisada, alguns objetivos foram plenamente atingidos (II e VI) ou parcialmente contemplados (I, III e V), enquanto outros não foram alcançados (IV e VII).

No que concerne à ampliação do alcance e do impacto das ações de saúde (objetivos II e VI), as interações de campo evidenciaram a articulação local da instituição de saúde e educação, promovendo maior acessibilidade da comunidade escolar ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis.

De igual forma, verificou-se a efetiva comunicação entre a escola e a unidade de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes.

O alcance desses dois objetivos programáticos caracteriza-se como um importante avanço operacional da política pública voltada para a saúde escolar, pois consolida uma necessária aproximação da escola com o serviço de saúde há muito tempo conclamada. Há inclusive consonância com o alcance desses objetivos e as diretrizes estabelecidas no item VI do artigo 3º que trata da implementação do PSE, possibilitando que as ações de saúde sejam executas de forma continuada no cenário escolar.

Por outro lado, apesar dos avanços registrados no cenário, a equipe do PSE precisará romper com o paradigma ainda predominante na assistência à saúde para equacionar alguns entraves que inviabilizam o pleno alcance de determinados objetivos programáticos.

Assim sendo, no que tange aos objetivos I, III e V, que versam sobre a promoção da saúde, prevenção de danos e a cultura da paz, a integralidade das ações e o enfrentamento de vulnerabilidades, a despeito da forte relação estabelecida entre a escola e o CMS, as práticas de promoção da saúde desenvolvidas ainda encontram-se centradas predominantemente em aspectos biológicos perpetuados pelo modelo hegemônico higienista-sanitário.

Com isso, as medidas de cuidado corporal tais como higiene, medições biométricas e controle de sinais e sintomas de doenças são privilegiadas, não abrindo espaço para a reflexão de aspectos emergentes do cotidiano que permeiam a problemática da saúde dos escolares da comunidade pesquisada. Por isso, verificou-se que os profissionais de saúde vivenciam certo grau de dificuldade para avançar num modelo de atuação menos intervencionista. Isso significa dizer que, a princípio, o profissional de saúde deve também auxiliar no empoderamento dos usuários do SUS para aquisição de autonomia pelos membros da comunidade com vistas à tomada de decisões com base no contexto de suas vidas. Isso certamente possibilitaria o alcance dos objetivos IV e VII do PSE, que tratam especificamente desse assunto ao recomendar o fortalecimento da “participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo”, assim como enquanto diretriz governamental “contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos”.

Sob este prisma, as narrativas de diversos membros da comunidade escolar, traziam a tona aspectos que envolviam a cidadania com ênfase nos direitos e deveres dos usuários do SUS, violência doméstica e de gênero, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, prevenção de acidentes na infância, entre outros temas que necessitam ser abordados pela escola pesquisada.

Da mesma forma é premente que a escola possa criar espaços para a reflexão sobre as práticas de promoção da saúde nela desenvolvidas. Esses espaços se constituiriam como uma oportunidade para a comunidade

escolar desenvolver um pensamento coletivo, para um modelo que objetive a integralidade das ações de saúde em detrimento de práticas reparadoras geralmente isoladas que são pautadas na esfera curativa de controle biológico do corpo e do processo saúde-doença.

Essas ações integradas de saúde poderiam, com a participação comunitária, fortalecer o controle social do SUS, há muito conclamado nas conferências de saúde, permitindo que as ações de promoção da saúde, possam ser efetivamente pactuadas entre gestores, profissionais de saúde e principalmente usuários. Por isso, é evidente que os atores sociais envolvidos nesse processo devam privilegiar a adoção de estratégias que possibilitem o livre exercício de reflexão que consista na revisão dos modelos governamentais de assistência à saúde, tanto no que diz respeito a sua formulação como também em relação a sua operacionalização.

Sob o ponto de vista social é mister que as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cenário pesquisado abarquem, de forma mais aprofundada, a importância que as condições de vida e acesso aos bens e serviços de qualidade têm para o desenvolvimento pleno da saúde da comunidade, tais como educação, saneamento básico, emprego e renda, transporte, segurança pública, entre outros (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Ademais, Adorno, Vasconcellos e Alvarenga (2011) chamam a atenção para questões transversais à assistência médica, que incluem necessariamente ações de cunho social, tais como: a melhoria de condições de moradia, a maior proteção aos idosos e às crianças, a inclusão de populações excluídas, bem como a atenção para o sofrimento social.

No tocante às condições de vida cabem destacar a importância de alguns temas que têm sido pouco considerados pela equipe do PSE no cenário, a despeito de sua real relevância, tais como a questão da saúde mental. Sob este enfoque, as políticas públicas deveriam dar mais atenção e visibilidade ao lazer, ao convívio familiar e social em ambiente saudável, bem como a importância da educação como ferramenta indispensável para

melhoria das oportunidades de vida da população, reduzindo o impacto dos determinantes das vulnerabilidades da comunidade escolar.

Um fato emblemático dessa questão se relaciona com as diversas obras realizadas atualmente pela prefeitura do Rio de Janeiro, para implantação/instalação do sistema de clínicas da família, em locais antes voltados ao lazer e convívio social, mais precisamente praças e quadras desportivas. Tal situação caracteriza um paradoxo, em que o equipamento do Estado destinado à saúde (clínica da família) acaba por ocupar, integral ou parcialmente, um espaço (praça) que também é reservado ao desenvolvimento de práticas que promovem a saúde e o bem-estar da comunidade local. Ou seja, é a “saúde” sobrepondo um espaço já ocupado pela saúde.

Em continuidade da análise programática do PSE, verificou-se, a exemplo do que foi discutido anteriormente, que em relação à implantação do PSE no cenário, o mesmo se encontra fragilizado em três diretrizes que versam sobre: integralidade; controle social; e, monitoramento e avaliação permanentes.

Foi identificada ainda, a existência de um sistema de monitoramento e avaliação permanente que é executado por profissionais da (OS) que administra o PSE. Esses profissionais são contratados exclusivamente para essa finalidade, mediante a supervisão periódica quinzenal, que segundo as narrativas colhidas no cenário, objetivam auxiliar os profissionais da assistência no desenvolvimento de ferramentas que aperfeiçoem o processo de trabalho do ponto de vista operacional, buscando a solução dos problemas a partir dos recursos disponíveis.

Entretanto, as impressões de campo permitiram vislumbrar a falta de acesso e visibilidade desse processo como um todo, uma vez que as informações oriundas dessas avaliações, até o presente momento, não foram disponibilizadas pela equipe de supervisão do PSE.

Ainda no Art. 3º mais especificamente no § 2º do PSE, está descrito que o planejamento das ações desse programa deve contemplar: o contexto

escolar e social; o diagnóstico local em saúde do escolar; e, a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2007a).

Tomando-se por base a descrição das ações de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade escolar pesquisada e as discussões até o momento, resta claro afirmar que o planejamento dessas ações de saúde pelo PSE parece focalizar o diagnóstico local de saúde, em detrimento do seu contexto e da capacidade operativa.

Mais especificamente no que diz respeito às ações em saúde descritas no Art. 4º, o PSE enfatiza que essas devam contemplar a atenção e a promoção da saúde, bem como a prevenção de doenças, sendo “desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS” (BRASIL, 2007a). O Art. 4º do PSE define ainda quais são as ações correspondentes às características mencionadas, a saber: avaliação clínica, oftalmológica, auditiva e nutricional; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer, redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool e outras drogas; dentre outros.

Considerando a normatização governamental citada, em primeira análise pode-se perceber que o enfoque operacional do programa ainda recai sobre muitos aspectos biológicos, centrados na doença, apesar de verificar-se avanços em questões psicossociais.

Nesse sentido, vale lembrar o que já foi mencionado e discutido anteriormente de que a abordagem de aspectos da saúde do escolar sob o enfoque biológico é importante, no que diz respeito à epidemiologia, mas não dá conta da abrangência de todas as necessidades dessa população, se considerados os demais aspectos. Sendo assim, a crítica que se faz nessa análise não é a de eliminar a abordagem de aspectos biológicos da saúde da criança em idade escolar, mas o de enfatizar e pormenorizar os aspectos de ordem psicossocial que precisam também ser levados em conta.

Além disso, o que se percebe é que se por um lado as questões de ordem psicossocial estão de alguma forma contempladas do ponto de vista conceitual no programa, por outro lado, ao nível local, a implantação das ações do PSE ainda se encontram centradas na doença, em detrimento de outras necessidades evidenciadas no próprio cenário de pesquisa.

A guisa de uma análise mais aprofundada percebe-se que a maioria das ações propostas no programa é desenvolvida pelas equipes do PSE/PSF na escola pesquisada. Contudo, o enfoque extremamente biologicista das práticas de saúde acaba por dificultar um olhar mais atento para as questões emergentes do cotidiano da comunidade, reduzindo o alcance dessas práticas, nas dimensões social, cultural, ambiental, psicológica e até mesmo política.

O que se propõe para reflexão não é a mera implementação dessas ações, mas as oportunidades perdidas no decurso do tempo para se abordar outros pontos igualmente importantes. Como exemplo disso, tem-se a comemoração do Dia Internacional da Mulher, em que foi realizado um evento na escola cuja discussão da violência de gênero poderia ter sido oportuna, haja vista que essa temática é uma realidade na própria comunidade escolar. De igual forma, na comemoração pelo Dia do Índio poderia ter sido enfatizada a questão das minorias excluídas pela sociedade e como que em diferentes culturas as populações pensam o tema da saúde.

Outros temas importantes que deveriam ser discutidos em diversos momentos no âmbito da comunidade escolar pesquisada, se referem à questão da sexualidade na adolescência, direitos reprodutivos e prevenção de DST's, orientação sobre direitos da criança e do adolescente com base no ECA, a problemática da homofobia e outras formas de preconceitos, entre outros assuntos. Considerando-se que segundo Schor, et al (2007, p. 46) “as condições de vida, ambiente familiar e nível socioeconômico em que um adolescente se desenvolve determinam suas escolhas e atitudes, assim como influenciam sua vida sexual”, a abordagem dessa temática torna-se essencial na escola. Além disso, esses autores enfatizam as repercussões

negativas advindas da gravidez na adolescência, com destaque para a evasão escolar e o aborto (*Ibid.*).

De uma forma geral, sob o ponto de vista das ações preconizadas no parágrafo 4º do PSE, pode-se visualizar que a maioria dessas ações tem sido executada na escola pesquisada pelas equipes do PSF e PSE. Entretanto, algumas atividades não foram observadas durante a etapa de coleta de dados dessa pesquisa, a saber: VI - avaliação auditiva; VII – avaliação psicossocial; IX – redução de morbimortalidade por acidentes e violência; X – prevenção e redução do consumo do álcool; XI – prevenção do uso de drogas; XII – promoção da saúde sexual e reprodutiva; e, XIII – controle do tabagismo.

É necessário frisar que a falta de ações voltadas para os itens supracitados, se constituíram em lacunas significativas para a promoção da saúde da comunidade pesquisada. Tal afirmativa pôde ser constatada, durante a minha vivência no campo, me permitindo acompanhar situações do cotidiano da comunidade que corroboram com as lacunas supracitadas.

Considerando que na comunidade escolar pesquisada, as crianças possuem o hábito de brincar com fogos de artifícios (bombinhas e outros artefatos composto por pólvora), durante a minha permanência na escola, não observei, nenhuma ação educativa direcionada a prevenção de acidentes. Em que pese o fato de um aluno ter sofrido acidente com esse tipo de material, o que acarretou em perda total de um dos globos oculares, gerando cegueira permanente unilateral. Foi constatado nesse caso em particular, que a equipe de saúde se mobilizou prontamente para dar o suporte necessário à criança e sua família no encaminhamento para continuidade da assistência hospitalar. Contudo, surpreendentemente, nenhuma ação preventiva para quaisquer acidentes na infância foi realizada no cenário, mesmo após ocorrência desse grave acidente. Isso reforça o enfoque curativo que as equipes de saúde estão habituadas a oferecer aos usuários do SUS.

Chama atenção também nessa análise que alguns membros da comunidade escolar enfrentavam dificuldades na atenção à saúde. Essa

afirmação foi por mim vivenciada em duas situações emblemáticas, sendo uma delas relacionada a uma criança com necessidades especiais de saúde – CRIANES⁴², e outra relacionada a uma criança em situação de risco social (morador de rua).

No primeiro caso, a criança era portadora de encefalopatia crônica não progressiva demandando necessidades de cuidados especializados na atenção à sua saúde e na abordagem educacional. Por conta disso, presenciei diversas situações de conflitos entre a mãe dessa criança e os professores da escola, gerados pelo absenteísmo. A mãe diversas vezes alegou problemas de saúde na tentativa de justificar a ausência do seu filho nas aulas. Diante disso, a escola encaminhou a criança para atendimento médico no CMS, o qual referenciou o menino para a instituição terciária que dispunha do especialista que já havia acompanhado o caso anteriormente.

Contudo, a família não possuía meios próprios para transportar essa criança para a instituição hospitalar referenciada, uma vez que a mesma era cadeirante, em decorrência das sequelas neurológicas, o que dificultava seu deslocamento em transporte público coletivo. Como resultado desse impasse e dos problemas enfrentados pela família para garantir a continuidade da assistência à saúde, a criança piorou sensivelmente do ponto de vista clínico, sendo então, internada em Unidade de terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral da rede estadual de saúde.

Durante esse processo, a mãe da criança em tela continuou comparecendo à escola para acompanhar os outros dois filhos que também estudavam na escola pesquisada. Nessas oportunidades, relatou algumas vezes, a angústia e revolta que sentiu por ter sido impedida de permanecer com o seu filho na UTI. Segundo a mesma, a equipe de saúde do hospital informou que sua permanência na UTI não seria possível. Como justificativa a instituição alegou dentre diversos problemas, a idade do paciente, pois o mesmo havia completado 13 anos dias antes da internação e por isso

⁴² Enquadram-se na definição de McPherson et al (1998) denominada de *Children With Special Health Care Needs*, que em português corresponde à Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES). Para esses autores, CRIANES são crianças que “têm ou estão em risco aumentado para uma doença crônica física, de desenvolvimento, de condição comportamental ou emocional, e que também necessitam de serviços de saúde ou relacionados em tipos e quantidades que excedem o necessário para crianças de um modo geral”.

estaria internado numa unidade para adultos, não fazendo jus ao direito de permanência de sua mãe para fins de acompanhamento.

Essa situação mostra categoricamente a violação, por parte do próprio Estado, dos direitos fundamentais de cidadania desse adolescente e sua família, não se constituindo em caso isolado. Por isso, cabe ressaltar dois aspectos relevantes que se destacam na situação anteriormente descrita: a dificuldade de locomoção dos pacientes portadores de necessidades especiais para tratamento na rede do SUS, e, a garantia dos direitos das crianças e do adolescente nos espaços institucionais da saúde pública.

No que tange a questão da dificuldade de transporte dessa criança para acesso ao serviço de saúde, é necessário destacar que, existe no Rio de Janeiro a Lei Municipal nº 4.373 de 14 de junho de 2006 que estabelece o transporte especial para portadores de necessidades especiais com problemas físicos para tratamento na rede pública de saúde. Essa Lei visa garantir o direito de mobilidade urbana para permitir o acesso das pessoas portadores de necessidades especiais ao aparelho de saúde do estado.

Entretanto, vários fatores contribuíram para o descumprimento dessa legislação, a saber: 1) a falta de publicidade dessa Lei, corroborando para o desconhecimento desse direito por parte dos usuários e até mesmo dos próprios profissionais de saúde, a despeito do seu artigo 5º que preconiza a ampla divulgação desse serviço nas unidades públicas de saúde; 2) a falta de suporte do serviço social para dar resolutividade nessas demandas, em que pese à ausência do assistente social na composição da equipe do PSE local. Apesar da regulamentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) conforme estabelecido em portaria⁴³ às narrativas dos profissionais da comunidade pesquisada referem que esse serviço na prática não funciona na comunidade; 3) inexistência da central de atendimento para agendamento do transporte especial para portadores de necessidades

⁴³O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

especiais com problemas físicos, embora seja responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde criar, normatizar e implantar essa central, conforme explicitado no artigo 4º da Lei; 4) inexistência de aparato legislativo para regulamentação de Lei em tela, gerando uma lacuna na disposição do Estado em prover o atendimento à necessidade de mobilidade urbana e acesso aos serviços públicos, considerando as dificuldades enfrentadas pelas pessoas portadores de deficiência.

Ademais, tomando por base o Estado da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), que assegura no artigo 12 o direito de acompanhamento por pai, mãe ou outro responsável durante a internação, é inaceitável que uma instituição pública de saúde permita, nos dias atuais, o descumprimento de prerrogativas legais que visam minimizar o sofrimento de crianças, adolescentes e suas famílias, diante do impacto gerado pelo processo de hospitalização.

A busca para maior detalhamento das narrativas dessa mãe me permitiu vislumbrar indícios de inabilidade e insensibilidade por parte dos gestores e profissionais de saúde da instituição hospitalar para lidar com situações de conflito com familiares de pacientes graves e/ou terminais.

Se por um lado essa mãe se caracterizava por ser uma pessoa extremamente instável emocionalmente e agressiva ao lidar com situações estressoras, por outro, também parece verdade que esses mesmos profissionais acabaram criando barreiras estrategicamente para afastar do serviço essa mãe tipificada como “problemática”.

Diante dessa conjuntura parece evidente que os fatos ocorridos com essa família tipificam a privação de direitos fundamentais pelas quais populações, como a de Vila Moretti, são cotidianamente submetidas. Isto, na medida em que são desconsiderados componentes essenciais para a efetiva proteção social dessas pessoas, com vistas à garantia de uma assistência a saúde integral e de qualidade e do acesso às informações que favoreçam o pleno exercício da cidadania dos usuários do SUS.

Em consonância aos fatos vivenciados, caracterizados pela dificuldade do Estado em atender plenamente as necessidades dos grupos

populacionais mais vulneráveis, o segundo caso emblemático se refere a uma criança em situação de risco social (morador de rua).

O dilema da história de vida desse menino tem início, há quatro anos, com a violência doméstica sofrida pelo mesmo, culminando com a perda da guarda legal de seus pais e subsequente institucionalização em abrigo. Tendo em vista sua dificuldade de adaptação a esse espaço institucional de proteção à criança, esse menino foge da unidade abrigacional, indo para as ruas, passando a apresentar um padrão de comportamento considerado pela polícia como “delinquente” (perambulação, uso de drogas ilícitas, dentre outros).

Torna-se premente enfatizar que a postura repressiva ao consumo e venda de drogas, por parte do Estado brasileiro, tem contribuído diretamente para a discriminação e estigmatização da população pobre, ao mesmo tempo em que evidencia sua ineficiência no que diz respeito à redução do comércio varejista de drogas ilícitas.

Diante disso, a escola pesquisada passou a ser, em algumas ocasiões, procurada pelas autoridades policiais locais para dar esclarecimentos acerca da filiação e endereço residencial da criança em tela. Apesar de não estar atualmente matriculada na escola, tal demanda surgia na medida em que esse menino ao ser abordado em diversas situações pela polícia, afirmava ser ainda “estudante” da escola.

Malvasi (2012) ao realizar um estudo etnográfico, em sua tese de doutorado, investigou questões relacionadas à violência, o crime, o tráfico de drogas e a estigmatização da população jovem e pobre, residente na periferia da cidade de São Paulo. Nesse trabalho, o pesquisador discute a questão do mercado do tráfico de drogas enquanto problema de saúde pública, destacando os fatores que contribuem para que os jovens atuem nesse tipo de atividade.

Esse autor (*Ibid.*) ressalta ainda a existência de um processo histórico representado pela ênfase do Estado em políticas punitivas que substituem e se sobrepõem às políticas sociais. Além da omissão dos governantes caracterizada pela oferta precária dos serviços do Estado, a repressão

policial e a discriminação social, fazem parte do cotidiano desses jovens, que convivem em condições de vida muito desfavoráveis. Tendo em vista que nesses espaços sociais tipificados como “carentes” há um índice significativo de desemprego, bem como uma desigualdade de oportunidades muito mais evidente, o jovem da periferia acaba encontrando no tráfico de drogas uma possibilidade real e rápida para a obtenção de renda. Tal situação é muito complexa e de difícil entendimento para grande parcela da população, pois a mídia, especialmente a imprensa tradicional e hegemônica tem contribuído para a defesa e a perpetuação dos interesses da elite brasileira. Desta forma, esses meios de imprensa têm favorecido a manutenção da negligência e crescente opressão sobre a população pobre, ao veicular os discursos das classes dominantes, em que pese à hipocrisia presente nesse discurso. Isto porque, a exceção dos consumidores de drogas de baixo custo como o crack, uma parcela significativa dos usuários de drogas ilícitas se concentra nas classes mais abastadas financeiramente.

Ademais, chama muito a atenção o fato de que, a despeito do processo abrupto de ruptura social vivido por essa criança, é evidente o vínculo afetivo remanescente com a escola. Esse fato pôde ser constatado pelas narrativas da coordenadora pedagógica, que de forma emocionada, relatou as dificuldades apresentadas por esse menino tendo em vista sua peregrinação em diversos abrigos, suas idas e vindas entre o espaço institucional e o ambiente das ruas, bem como, a forte identificação que o mesmo mantém com a escola ainda depois de seu afastamento do convívio com a comunidade escolar.

Ainda em relação ao padrão de comportamento considerado pela polícia como “delinquente”, segundo as narrativas da coordenadora pedagógica a história de vida desse menino, que foi praticamente lançado pelas circunstâncias da vida nas ruas, é marcada também pelo uso de drogas. Essa temática merece especial atenção no contexto da escola, tendo em vista que a mesma tende a olhar com lente de aumento para o fenômeno das drogas se apropriando de um discurso moral proibicionista fundamentado nos padrões normativos. Na verdade, essa questão é muito

controversa e complexa, pois o cerne da questão está no fato de que a diferenciação entre o uso eventual e o uso abusivo, problemático e nocivo é muito tênue.

Sendo assim, para Sodelli (2006) a superação e desconstrução do modelo proibicionista perpassa pela compreensão da problemática da drogadição por meio da aproximação do modelo de redução de danos e da noção de vulnerabilidade, da abordagem preventiva ao uso de risco e da dependência de drogas utilizando o processo educativo como ferramenta libertadora.

Outro aspecto que foi destacado pela coordenadora pedagógica, diz respeito ao fato desse menino apresentar uma estagnação do seu desenvolvimento psicoemocional a partir de sua desvinculação da vida escolar, na medida em que apesar de ter 12 anos de idade, seu comportamento denota características de uma criança de 8 anos⁴⁴.

Nesse sentido, parece claro afirmar que o caso apresentado demonstra a importância da escola como um espaço institucional de convivência extremamente necessário para o processo de ensino-aprendizagem da criança, permitindo que essa desenvolva experiências que favoreçam ao pleno desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades, preparando-a para a vida social, inclusive no que diz respeito ao cuidado da sua própria saúde.

Diante de tudo que foi anteriormente exposto verifica-se a dicotomia existente entre o plano das ideias, caracterizado pelas políticas públicas formuladas para atender as necessidades da população brasileira, sobretudo aqueles que se encontram em situação de risco social, em contraste ao plano das ações, representado pela pouca efetividade na implementação dessas ações programáticas (ADORNO, 2012). Esta dicotomia está notadamente relacionada à fragilidade que existe entre a formulação das políticas de atenção básica, pautadas a rigor, em parâmetros de excelência,

⁴⁴ À época da desvinculação o menino tinha a idade de oito anos. Durante a narrativa a coordenadora pedagógica foi enfática ao correlacionar como nexos causais da estagnação psicoemocional dessa criança, a sua desvinculação traumática e precoce do espaço escolar. Daí o fato de o menino apresentar a idade cronológica de 12, em contraste com a idade mental de 8 anos.

e a sua implementação, considerando-se principalmente o caráter prescritivo das bases programáticas e as barreiras estruturais enfrentadas em virtude de contingências financeiras estabelecidos paradoxalmente pela máquina estatal em suas “políticas de governo⁴⁵”.

Não obstante essas contingências, há um equívoco no direcionamento da implementação de políticas públicas com base em ferramentas gerenciais que priorizam, exclusivamente, o alcance de metas e indicadores essencialmente quantitativos, vinculados inclusive a compensações salariais por meio de gratificações extras. Esse direcionamento equivocado promove, na prática, o viés das ações de saúde na direção de variáveis objetivas que possam ser mensuradas, tais como: número de consultas realizadas, taxas de cobertura vacinal, quantitativo de resultados de exames complementares e parâmetros biométricos verificáveis (pressão arterial, peso, estatura), dentre outros. Com isso, são deixados de lado ações de promoção da saúde extremamente importantes, mas que não têm visibilidade nessa lógica produtivista. Sendo assim, aspectos relacionados à saúde e cidadania como direitos da criança e do adolescente, educação em saúde, atenção psicossocial, participação popular, integralidade e intersetorialidade, são simplesmente esquecidos em que pese à relevância desses elementos para a saúde da população.

Dando continuidade à análise dessa categoria, em relação às práticas de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade escolar, tive a oportunidade de observar diversas situações que me permitiram compreender como a dinâmica da cultura influencia tais práticas, como por exemplo, os hábitos de cuidado corporal.

Sob esta ótica, os comportamentos das crianças acerca dos hábitos de higiene se mostraram fortemente influenciados pela percepção dessa coletividade acerca das repercussões que determinados problemas de saúde podem ou não trazer para o seu cotidiano. Dentre várias situações,

⁴⁵ Entende-se nessa pesquisa como Política de Estado um conjunto de ações estratégicas que visam garantir o cumprimento efetivo e continuado das funções sociais do Estado em relação à sociedade. Por outro lado, a Política de Governo compreende um conjunto de medidas estabelecidas pelos gestores públicos, em decorrência da ocupação do cargo público, em consonância com sua ideologia político-partidária. Por isso, caracteriza-se, portanto, por ações pontuais e descontinuas.

os casos que melhor evidenciam essa condição se relacionam com a ocorrência de pediculose (piolho), escabiose (sarna), conjuntivite e verminoses, que são muito frequentes no cenário pesquisado em decorrência também da falta de higiene.

Entretanto, esses problemas parecem estar relacionados não apenas à falha no abastecimento de água para a comunidade, bem como à inexistência de infraestrutura de vestiário para higienização das crianças durante sua permanência na escola. Assim, pretende-se dar foco, nesse momento da análise, as questões culturais que se relacionam com a problemática apresentada.

Grosso modo, parece que a importância atribuída a esses problemas está diretamente relacionada à percepção da comunidade acerca dos “fatores de risco” envolvidos no processo saúde e doença. Ademais, o impacto que a coletividade sofre em decorrência de determinadas condições que afetam a sua saúde, tais como, neste caso, infestações e parasitismo também parece exercer influência nessas percepções.

Nessa análise, cumpre destacar o papel importante do referencial de cultura de Geertz (2011) que explicita a importância da hierarquia estratificada de códigos e estruturas significantes nas quais as práticas de promoção da saúde são produzidas, percebidas, interpretadas e agenciadas, e sem as quais elas de fato não existiriam como categoria cultural.

Por isso, torna-se necessário olhar para as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no ambiente escolar a partir de uma leitura da cultura da escola dando ênfase na pediculose, escabiose, conjuntivite e verminose como fenômenos multifacetados e socialmente perpetuados nesse espaço de convívio. Diante disso esses fenômenos à luz dos pressupostos de Geertz podem ser vislumbrados sob três perspectivas diferentes, dada a sua complexidade. A primeira diz respeito à ótica do grupo de crianças pesquisadas enquanto portadoras dessas condições clínicas. A segunda traz à tona a visão dos pais como cuidadores de seus filhos; e, a terceira aborda a concepção institucional acerca dos problemas de ordem infectocontagiosa vivenciados na escola.

No que tange ao grupo de crianças pesquisadas, o olhar do mesmo é bastante peculiar, tendo em vista que as observações de campo permitiram identificar que a cultura escolar pode favorecer ou dificultar a aquisição de hábitos e práticas de saúde por esses indivíduos, a depender do contexto em que se situam. Por exemplo, algumas rotinas do cotidiano escolar (higiene das mãos antes do acesso ao refeitório e após as práticas de atividade física) podem favorecer a aquisição e incorporação de hábitos primários preventivos, na medida em que a repetição dessas ações vai se constituindo aos poucos numa cultura (SARMENTO, 2011).

De forma diferente, quando essas crianças são acometidas por infestações como escabiose e pediculose, quase sempre essas condições são percebidas com naturalidade pela comunidade pesquisada. Isto porque nas fases iniciais essas alterações são pouco sintomáticas e pouco desconfortáveis, não impedindo as crianças de realizar suas atividades de vida diária (comer, dormir, brincar ou ir à escola). Dessa forma, em muitos casos, as crianças e suas famílias não conseguem reconhecer a “doença”⁴⁶, como sendo um “problema”, pois não identificam os sinais clínicos da mesma como algo prejudicial ao seu corpo, até o ponto em que a doença avance progressivamente gerando dor, desconforto, impedimento na realização de atividades cotidianas ou mesmo complicações graves (como infecções secundárias ou miíase).

De acordo com o referencial compilado por Rabinow (1999, p. 128-129) acerca da antropologia da razão, o que importa nesses casos para o reconhecimento do próprio indivíduo em estar doente é a existência do “sofrimento”, e não a simples presença de sinais e sintomas que normatizam o estado patológico do ponto de vista da medicina positivista. Esse autor ao se apropriar de Canguilhem enfatiza que “é o sofrimento, e não medições normativas e desvios-padrão, que estabelece o estado de doença”.

Outro componente cultural que dificulta a aquisição de hábitos de higiene corporal no grupo de crianças pesquisado se relaciona com o hábito

⁴⁶ Nessa Tese, me refiro à escabiose, pediculose e verminoses como “doenças” tendo em vista que as mesmas configuram na lista de distúrbios constantes na 10ª edição do Código Internacional de Doenças (CID-10).

que as mesmas possuem de estabelecer contato corporal intenso e brincar com terra durante o recreio. Isso foi diversas vezes observado principalmente pela ação de se abraçar e compartilhar objetos de uso pessoal (bonés, brincos, pentes, escovas de cabelo, dentre outros) apesar das orientações fornecidas permanentemente pelos professores para que os estudantes não compartilhassem esses objetos e evitassem o contato com solo, ou em último caso, ao manipularem algo sujo, lavassem as mãos após o referido contato.

Não obstante a dificuldade apresentada cabe destacar que do ponto de vista cultural há uma tendência dos indivíduos em desconsiderar tudo aquilo que não conseguem visualizar. Isto dificulta de certa forma a adoção de práticas preventivas que diminuam a transmissão das infestações parasitárias. Nesse caso, como os agentes infecciosos são pouco visíveis a olho nu, há uma forte inclinação comportamental para se refutar a possibilidade de transmissão de patógenos na medida em que não se consegue “enxergá-los” (LUCAS, 2001). Essa lógica se aplica de forma consistente ao levarmos em conta a questão das verminoses, uma vez que determinados escolares, em alguns casos, acabavam comendo frutas sem prévia higienização desses alimentos e de suas mãos. Curioso foi observar que em determinadas situações essas frutas não eram lavadas nem mesmo quando caíam ao chão. As narrativas das crianças observadas eram quase sempre de que a queda não teria sido o suficiente para provocar a contaminação desses alimentos. Esse fato lembrou-me um ditado popular aprendido na infância com o seguinte conteúdo: “o que não mata; engorda”.

Nesse contexto, ao discutir a questão da percepção de risco, Lopes (2011) afirma que o paradigma epidemiológico dos fatores de risco dá indícios de fragilidade e perde o poder explicativo diante de desordens de origem poligênica, porque as relações de risco não são percebidas com os mesmos graus satisfatórios de precisão. Para esse autor, a ilusão do poder de “cuidar da própria vida” pode ser rebatida a partir da ideia de estilo de vida ativa e saudável. Isto porque essa concepção é extremamente normatizadora e relacionada à crença de que as pessoas, enquanto

consumidoras, são autônomas para fazerem suas escolhas. Entretanto, a realidade é que a maioria da população mundial possui um leque limitado de possibilidades para suas escolhas.

Outra questão que merece destaque se relaciona com o fato de que a incorporação das práticas de promoção da saúde, enquanto hábito de vida perpassa inevitavelmente pelo “confronto” daquilo que é ensinado na escola com o que é vivenciado no espaço familiar, em consonância com os nexos que são estabelecidos pelas crianças na dinâmica de convivência tanto no espaço escolar, como no familiar. Isso vai permitir a esse grupo infantil consolidar ou refutar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cenário escolar a partir das condições de vida de suas próprias famílias. Essas condições de vida se relacionam com o ambiente de convivência na qual a coletividade de crianças está inserida. Além da escola fazem parte desse ambiente, principalmente, a igreja, a vizinhança e os familiares.

Também é importante destacar que a infraestrutura domiciliar e comunitária pode favorecer, ou não, a execução/aplicação das ações de promoção da saúde aprendidas na escola, na medida em que a disponibilidade de recursos é crucial para que tais ações sejam efetivamente implementadas. A oferta de água nas casas de Vila Moretti é um exemplo típico do quanto à infraestrutura pode ser determinante para o desenvolvimento das ações de promoção. Nesse caso, nos locais da comunidade pesquisada onde há constante falha no abastecimento de água, a higiene corporal fica deveras comprometida, haja vista as dificuldades enfrentadas pela população local para tentar solucionar ou minimizar esse problema.

Da mesma forma, outro fator importante que influencia a aquisição de práticas de promoção de saúde por parte da coletividade dos escolares é a corporificação do exemplo. De acordo com Freire (1992) o que as crianças observam das atitudes dos adultos, sejam esses seus familiares ou até mesmo professores, exerce influência significativa nos hábitos de vida dessa coletividade, constituindo-se na corporificação de hábitos pelo exemplo. Daí a importância do lar e da família para aquisição de hábitos primários para a

comunidade escolar pesquisada, uma vez que estes hábitos persistirão por toda a vida dessa coletividade, do que decorre a relevância da educação em saúde nessa fase da vida.

Ademais, do ponto de vista cultural o convívio do grupo estudado com essas infestações, principalmente as de escabiose e pediculose, era até certo modo complexo. Isto porque apesar de estarem doentes do ponto de vista clínico, essas crianças demonstravam, em alguns casos, satisfação por serem portadores dessa condição, pois a mesma significava a possibilidade, na quase totalidade dos casos, de alguns dias de afastamento do convívio escolar para tratamento medicamentoso.

No que tange ao grupo de pais pesquisados, a visão destes acerca da pediculose, escabiose e verminoses, sob a perspectiva cultural, muito se assemelha a do grupo de escolares, *i.e.*, esses pais tendem a minimizar a existência desses problemas de saúde em seus filhos por considerá-los como uma condição natural e/ou inerente à infância. Isto porque, como explicitado anteriormente, a visão de mundo desses pais reflete a tendência da coletividade, enquanto cuidadores das crianças, em relegar a segundo plano o tratamento dessas doenças não priorizando sua resolução, pois as mesmas não geram *a priori*, alterações significativas em seus cotidianos.

Por conta disso, observou-se que nessa comunidade é muito comum os pais levarem seus filhos compulsoriamente ao serviço de saúde para tratarem dessas infestações por determinação da escola, que condiciona o retorno da criança ao convívio escolar somente depois de uma avaliação por profissional de saúde. Nesses casos, o afastamento da criança do convívio escolar caracterizava uma situação de estresse para esses pais sendo entendida como um transtorno, tendo em vista que muitos encontram dificuldades para deixar seus filhos com algum cuidador substituto durante o período de sua ausência do lar para trabalhar.

Por outro lado, é preciso destacar que quando essas doenças ultrapassam o limiar caracterizado pela “neutralidade” dos pais, ocasionando complicações que geram dor, desconforto e sofrimento, conseqüentemente é comum ocorrer à medicalização das práticas de saúde na adoção dos

cuidados necessários ao controle dessas doenças. É muito frequente nesses casos que os pais procurem resolver o “problema” mediante exclusivamente à aplicação de medicamentos, em detrimento da adoção de ações de efetiva prevenção e controle, que implicam necessariamente na modificação de hábitos de vida tão arraigados.

Algumas narrativas evidenciaram essas situações, como o caso de uma mãe que solicitava frequentemente aos profissionais de saúde na escola, e até mesmo no posto de saúde, o medicamento para tratar o piolho. Essa mãe baseava o tratamento de sua filha exclusivamente na aplicação do “medicamento”, ao invés de conjuntamente adotar medidas mais simples, porém igualmente úteis, como por exemplo, manter o cabelo de sua filha limpo e preso, passar o pente fino após o banho, utilizar soluções caseiras a base de vinagre, além de evitar o contato interpessoal excessivo, bem como o compartilhamento de utensílios de uso pessoal (grampos, arcos e prendedores de cabelo). Cabe destacar nesse caso que o uso indiscriminado desses medicamentos parece ser facilitado pela ampliação do acesso aos profissionais de saúde do PSE/PSF e medicamentos que antes eram mais restritos para essas populações.

Corroborando com a afirmação de que esses pais tendem a utilizar excessivamente o arsenal terapêutico disponível, as narrativas de fatos cotidianos de administração de medicamentos a essas crianças sem receita médica (automedicação) ou mesmo inúmeras repetições de prescrições medicamentosas antigas com período de validade expirado. Acrescentam-se ainda situações comumente observadas de pais que solicitavam aos profissionais do PSE e PSF a realização de “vermifugação preventiva” periódica de seus filhos, sem que os mesmos apresentem qualquer sinal ou sintoma de parasitoses. Outro exemplo que tipifica a exacerbação da preocupação dos pais acerca da saúde de seus filhos está representado pelas condições clínicas que são acompanhadas de febre. Nesses casos, as observações de campo mostraram que comumente as mães abordavam os profissionais de saúde na escola de forma ansiosa para requerer atendimento médico para seus filhos.

Esse fato parece estar relacionado ao “medo” que essas mães têm de que o quadro febril de seus filhos seja relacionado a uma doença grave, como, por exemplo, uma meningite, e que se não for imediatamente diagnosticada e tratada pode levar a consequências graves (morte) ou sequelas permanentes (danos neurológicos). Nesse último caso, as possíveis sequelas neurológicas decorrentes de uma meningite fariam com que essas mães enfrentassem a difícil situação de serem mães de uma criança com necessidades especiais de saúde e totalmente dependentes de seus cuidados. Daí decorre a possível explicação para o fato de que os estados febris recebam muito mais atenção por parte dos pais em detrimento dos casos de piolho, conforme explicitado por uma narrativa da enfermeira do PSF.

Com isso, o que se evidencia com essas questões é o cuidado centrado na doença ao invés do cuidado centrado no indivíduo e/ou coletividade. Dessa forma, o foco da promoção da saúde é desviado para ações pontuais, fragmentadas de cunho curativo e reparador, em detrimento de outras ações com alcance de resultados que visem, efetivamente, a prevenção de danos assim como a melhoria da qualidade de vida da população.

Ademais, parece razoável afirmar que a visão dos pais acerca dessa problemática está diretamente relacionada com diversos fatores, tais como: nível de escolaridade, hábitos primários apreendidos na infância e na família bem como com a identidade social configurada a partir do contexto da experiência com o seu grupo de convivência.

No que tange à visão institucional, aqui representada pelo grupo de professores da escola e de profissionais de saúde das equipes do PSE e do PSF, é importante destacar que essas doenças são entendidas como um problema de saúde pública que necessita de um conjunto de intervenções para prevenção e controle das mesmas.

Ainda em relação à visão institucional, as interações no campo evidenciaram que esses grupos entendem que ações para prevenção e controle da escabiose, pediculose e verminoses devem ser necessariamente

centradas nos profissionais de saúde, a despeito de outros elementos que influenciam na cadeia de transmissão dessas doenças, o que perpassa essencialmente por uma abordagem integral e interdisciplinar.

Nessa perspectiva, por ser o médico o profissional responsável pelo diagnóstico e tratamento, professores e até mesmo os demais elementos da equipe de saúde acabam por depositar nesse indivíduo toda a responsabilidade pela resolução do problema gerado pelas infestações parasitárias. Nesse caso, ficam excluídas do contexto das ações de promoção de saúde as condições que determinam o comportamento e estilo de vida da comunidade, que deveriam ser o foco de atuação conjunta de profissionais de saúde, professores, funcionários e pais e englobar além das ações individuais, ações coletivas que favoreçam na comunidade escolar a aquisição de um olhar sistêmico sobre o problema, auxiliando-os na adoção de medidas mais adequadas ao seu contexto de vida.

Ademais, a perspectiva das práticas de promoção da saúde à luz da cultura discutida nessa categoria parece ser aplicável de igual forma às outras ações observadas na comunidade. Como exemplo, o significado da lavagem das mãos enquanto prática decodificadora da cultura escolar pode ser “traduzido”, em consonância com os pensamentos de Geertz, na expressão de diferentes “modos de estar no mundo” dependendo do grupo abordado, sejam crianças, professores e ou profissionais de saúde.

Sendo assim, as interações mediadas pela coleta de dados no campo permitem afirmar que no grupo de crianças o hábito de lavagem das mãos pode estar entremeado de um significado lúdico, à medida que essas crianças vão desenvolvendo ações de higiene corporal estabelecidas institucionalmente como um rito de acesso ao refeitório. Entretanto, para os professores e profissionais de saúde a lavagem das mãos é uma das mais importantes medidas de higiene para a prevenção e/ou controle de doenças transmissíveis.

Na perspectiva programática, são evidenciados avanços importantes na Saúde do Escolar, particularmente se considerada a efetiva implantação do PSE local, a forte adesão da direção da escola ao referido programa, as

parcerias interinstitucionais estabelecidas entre os componentes da comunidade escolar e as inovações na abordagem de temas, especialmente os emergentes. Isto se comparada à trajetória da implantação do PSE no contexto recente do país.

Entretanto, sérias limitações também são percebidas na implantação do PSE da localidade pesquisada. Além dos problemas relacionados à infraestrutura citados anteriormente, também foram evidenciadas outras limitações igualmente importantes e que interferem sobremaneira na implantação do PSE, porém mais sutis de serem percebidas, como por exemplo, as dificuldades que os profissionais têm para conseguir compreender e contextualizar os problemas vivenciados pela comunidade escolar para além das questões biológicas, possivelmente em decorrência da formação desses recursos humanos.

Sendo assim, sob a ótica das bases programáticas, a melhoria da implantação do PSE em Vila Moretti perpassa por vários aspectos, alguns cuja intervenção está mais ligada ao papel do Estado, e outros, cuja realidade pode ser transformada por essa comunidade, desde que seja viabilizado um processo de empoderamento da mesma para tal.

O que se pretende afirmar é que, se a comunidade local for suficientemente sensibilizada para a importância do PSE na escola com vistas à sua representação enquanto parcela da sociedade civil organizada, mecanismos de cobrança junto ao Poder Público podem ser efetivamente executados para que os recursos necessários à viabilização plena desse programa sejam garantidos pelo Estado.

Na perspectiva da cultura escolar, a descrição das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cenário evidenciou que existem alguns fatores que facilitam e outros que dificultam a aquisição dessas práticas pela comunidade conforme anteriormente descrito. Diante do exposto, para que as ações de promoção de saúde estabelecidas pelo Estado alcancem as reais necessidades da população local, os profissionais de saúde que atuam na estratégia de saúde da família e no PSE, devem aproximar as diretrizes governamentais ao contexto da comunidade em que

atuam. Desta forma, é premente que sejam considerados, os aspectos culturais que estão arraigados nos modos de vida das populações em sua área de atuação. Com isso, o profissional precisa dialogar com a comunidade local para entender e compreender a fundo os costumes, os fatores motivacionais que estão imbricados nas suas práticas e estilos de vida.

A partir dessa compreensão mais aprofundada da cultura local e seus determinantes, acredito que a formação profissional seja decisiva para o processo de mudança dos modelos de atenção à saúde. Desta forma, o profissional de saúde poderá interagir efetivamente com os grupos sociais sob sua responsabilidade, com vistas à mediação e aliança de saberes que permita, por sua vez, o estabelecimento de estratégias de ação. Tais estratégias deverão servir de base para auxiliar a comunidade, sob a ótica do empoderamento, nas tomadas de decisão que permitam o alcance dos objetivos propostos, em que pese o contexto local, a realidade apresentada, a livre manifestação da vontade dessa coletividade e os recursos disponíveis.

O que se pretende com isso é o envolvimento e a participação de todos os atores sociais diretamente envolvidos nesse processo, em contraposição aos modelos verticais de atenção à saúde, muito comumente adotados pelas políticas públicas no Brasil que induzem aos profissionais à mera execução de tarefas prescritivas. Ao invés disso, o profissional de saúde deve atuar como um facilitador do modelo de atenção à saúde para permitir aos usuários do PSE a aquisição de conhecimentos que favoreçam a autonomia desses grupos na tomada de decisões. Assim, caberá a esses profissionais realizar a leitura e decodificação da realidade e do contexto de cada localidade para assim favorecer a efetiva troca de informações, estabelecendo parcerias para promover estratégias de ações mais ajustadas ao encontro das necessidades da coletividade em tela.

4.2.2 Categoria 2: *“Significados atribuídos pelos escolares às práticas de promoção de saúde desenvolvidas no ambiente escolar”*

A presente categoria foi construída para dar suporte aos significados atribuídos pelos escolares às práticas de promoção de saúde desenvolvidas na escola pesquisada, tendo como fontes primárias para análise os desenhos e narrativas realizadas por esses alunos. Para tanto, tomei por base a compreensão de Sarmiento (2011, p. 28) acerca do desenho infantil, enquanto elemento que “insere-se entre as mais importantes formas de expressão simbólica das crianças”. Da mesma forma com base no pensamento de Geertz (2011) busquei a partir da perspectiva interpretativa de “segunda ou terceira mão” analisar as estruturas de significação tomando como referência a minha visão, vivências e o lugar social que ocupo, e assim construir descrições modeladas pelo contexto do cenário e seus atores sociais.

Considerada a multiplicidade e complexidade dos dados coletados, foram elaboradas subcategorias para maior aprofundamento da análise. Em cada uma dessas subcategorias analíticas são apresentadas as descrições dos desenhos, bem como as narrativas dos próprios escolares, seguidas de uma análise crítica baseada em inferências à luz do referencial teórico e da bibliografia pertinente. Cabe destacar que em cada subcategoria, tendo em vista a diversidade de produções simbólicas, foram selecionados os desenhos e narrativas que melhor representam os significados que essas crianças atribuíram às práticas de promoção da saúde.

Sendo assim, buscando uma maior aproximação da realidade vivenciada com os sujeitos de estudo no cenário, esse momento de análise prioriza destacar a visão de mundo e os significados que as crianças têm acerca da promoção da saúde, compreendendo o universo simbólico infantil a partir da interseção de vários planos de produção e reprodução da cultura.

Para melhor compreensão dos significados extraídos na análise dos desenhos, foi realizada uma estruturação por três núcleos de significação oriundos da classificação temática, a saber: **Ações centradas no Modelo**

Hospitalocêntrico; Ações concernentes ao Modelo Higienista; Ações centradas na Perspectiva Sociocultural. Sendo assim, esses três núcleos deram origem a três subcategorias temáticas denominadas respectivamente: 1) *“Os escolares e os significados sobre as práticas de saúde centradas na perspectiva hospitalocêntrica”*; 2) *“Os escolares e os significados sobre as práticas de promoção da saúde centradas no modelo higienista”*; e, 3) *“Os escolares e os significados sobre as práticas de promoção da saúde: compreendendo o tema numa perspectiva sociocultural”*.

Como desdobramento dessas dimensões, enquanto subcategorias, os significados dos desenhos alocados em cada núcleo de significação foram distribuídos em dimensões analíticas permitindo a classificação e interpretação dos resultados, a saber: espaço social, recursos materiais/ações desenvolvidas e atores sociais. Tais dimensões são entendidas nessa pesquisa na seguinte perspectiva: espaço social, conjunto de caracteres que representam os ambientes retratados pelos escolares nas produções simbólicas, enquanto cenário para execução das práticas de promoção da saúde; recursos materiais / ações desenvolvidas, caracterizam os componentes instrumentais (instrumentos/dispositivos e equipamentos) e procedimentais (ações humanas e procedimentos técnicos científicos) que são utilizados na operacionalização das práticas de saúde; e, atores sociais, concernente ao componente humano materializado pelas pessoas envolvidas na implementação das ações de promoção da saúde na comunidade pesquisada. Sendo assim, o conteúdo das produções simbólicas foi distribuído textualmente em quadros sinóticos e organizados conforme citado, a fim de garantir uma visão estruturante desses temas e suas possíveis correlações. Foi nesse sentido que procurei “traduzir”, apoiado em Geertz, os pontos de vista identificados, oscilando a visão “nativa” com os meus pressupostos enquanto pesquisador.

Para nortear o entendimento da análise das subcategorias, a tabela 1 ilustra a frequência das significações que emergiram nas expressões simbólicas dos escolares participantes da pesquisa, de acordo com as produções dos mesmos acerca dos conceitos de saúde, bem como das

práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola, sendo estas analisadas mais adiante.

Faz-se necessário explicitar que dos 95 escolares que participaram da etapa de elaboração dos desenhos, emergiram 189 produções simbólicas, isto porque cada criança foi orientada a produzir dois desenhos; sendo o primeiro concernente ao conceito de saúde; e o segundo referente às práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola pesquisada. Para organização da análise, esses desenhos foram elencados nos núcleos de significação anteriormente citados. Sendo assim, a análise buscou extrair das produções simbólicas os núcleos de sentido que contém as significações relacionadas ao conceito de saúde bem como das práticas de promoção da saúde.

As produções simbólicas elaboradas pelos sujeitos de estudo produziram várias significações, de forma a serem distribuídas tematicamente ao longo das dimensões de análise estabelecidas. Todavia, dada à riqueza dessas significações, na maioria das vezes as mesmas foram elencadas simultaneamente em mais de uma dimensão de análise, resultando no fato de que as 189 produções simbólicas (desenhos) geraram ao todo 363 significações.

Destacam-se também na etapa de campo, a beleza, o capricho e o cuidado das crianças na produção dos desenhos, sendo, portanto, justo retribuir singelamente todo esse carinho, afetividade e receptividade demonstrados por toda a comunidade escolar durante a minha permanência no campo. Dessa forma, respeitando o anonimato dos sujeitos de estudo, foram atribuídos nomes figurativos de pintores famosos de “grandes obras” produzidas de renome nacional e internacional. É mister destacar o merecimento desta alusão tendo em vista a sensibilidade e criatividade das crianças na construção de seus respectivos desenhos.

Tabela 1: Distribuição das significações oriundas dos desenhos elaborados pelos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro.

Núcleos de Significação	Dimensões de Análise	Significações relacionadas às Práticas de Saúde	
		N	%
1. Ações centradas no Modelo Hospitalocêntrico	a) Espaço social (ambiente)	56	15,4
	b) Recursos materiais / ações desenvolvidas	22	6,1
	c) Atores sociais	24	6,6
	Subtotal 1	102	28,1
2. Ações concernentes ao Modelo Higienista	a) Espaço social (ambiente)	79	21,8
	b) Recursos materiais / ações desenvolvidas	87	24
	c) Atores sociais	57	15,7
	Subtotal 2	223	61,4
3. Ações centradas na Perspectiva Sociocultural	a) Espaço social (ambiente)	19	5,2
	b) Recursos materiais / ações desenvolvidas	12	3,3
	c) Atores sociais	7	1,9
	Subtotal 3	38	10,5
Total		363	100

Os dados da tabela 1 demonstram que das 363 significações produzidas, 61,4% (n= 223) se reportam as ações concernentes ao modelo higienista-sanitário, com especial destaque para as ações concernentes ao cuidado com o corpo; 28,1% (n= 102) retratam as ações centradas no modelo hospitalocêntrico, enquanto apenas 10,5% (n= 38) aglutinam as ações centradas na perspectiva sociocultural com vistas à compreensão da saúde numa perspectiva ampliada.

No tocante as dimensões de análise destaca-se o espaço social das ações de saúde, com predomínio desse componente nos três núcleos de significação sendo: 15,4% (n= 56) significações elencadas na dimensão estrutural concernente ao modelo hospitalocêntrico, 21,8% (n= 79) referente ao espaço social das ações relacionadas ao modelo higienista-sanitário, e apenas 5,2% (n= 19) pertencentes ao ambiente envolvido nas práticas de saúde orientadas pela perspectiva ampliada de saúde.

No que diz respeito às produções simbólicas relacionadas aos recursos materiais utilizados e as ações desenvolvidas na operacionalização das práticas de saúde, os dados da tabela mostram que das 363 significações realizadas, a maioria, representada por 24,0% (n= 87) significações, se enquadram no modelo higienista-sanitário, seguida da modelagem pautada no modelo hospitalocêntrico com registro de 6,1% (n= 22) das significações e, em menor escala, da perspectiva sociocultural que estabelece a perspectiva sociocultural da saúde com 3,3% (n= 12) das significações explicitadas pelos sujeitos de estudo.

Em relação às produções simbólicas acerca dos atores sociais envolvidos na implementação das práticas de atenção à saúde, os dados da tabela revelam que das 363 significações produzidas sobre a temática, 15,7% (n= 57) se relacionam com o núcleo de significação concernente ao modelo higienista-sanitário, 6,6% (n= 24) abordam as significações que envolvem as ações centradas no modelo hospitalocêntrico, ao passo que somente 1,9% (n= 7) significações circunscrevem os elementos caracterizados pelas produções simbólicas que englobam a perspectiva de saúde que não reproduz o modelo dominante.

A partir desta descrição preliminar, foram analisados cada núcleo de significação com as respectivas dimensões de análise que emergiram das produções simbólicas, buscando pormenorizar as particularidades. Para facilitar a compreensão das peculiaridades que envolvem cada uma dessas dimensões, os dados foram dispostos em subcategorias. Sendo assim, para uma melhor visualização dos resultados foram elaborados quadros descritivos que se destinam a pontuar nas subcategorias, o conteúdo principal das dimensões de análise que emergiram dos desenhos e relatos dos escolares.

4.2.2.1 Subcategoria 2.1: *“Os escolares e os significados sobre as práticas de saúde centradas na perspectiva hospitalocêntrica”*

Esta subcategoria foi constituída no intuito de contemplar as produções simbólicas que versam sobre as práticas de promoção da saúde centradas na perspectiva hospitalocêntrica. Foram elencados os desenhos e respectivas narrativas que melhor traduzem os significados atribuídos às práticas de saúde centradas na doença, nos procedimentos técnico-científicos e nos profissionais de saúde enquanto signatários dessas ações.

Seguem abaixo o quadro demonstrativo (Quadro 2) com a síntese das produções simbólicas que versam sobre a modelagem hospitalocêntrica:

Quadro 2: Ações centradas no modelo hospitalocêntrico segundo as significações oriundas dos desenhos elaborados pelos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro.

Núcleo de significação	Dimensão de análise	Significações relacionadas às Práticas de Saúde	
		Conteúdo principal	Discursos acerca dos desenhos
1. Ações centradas no Modelo Hospitalocêntrico	a) Espaço social (ambiente)	Hospital Unidade de Pronto Atendimento Posto de Saúde	“(…) Duas moças e uma criança entrando na clínica de saúde para cuidarem da sua saúde (…)”
	b) Recursos materiais / ações desenvolvidas	Maca, Leito, Cadeira de rodas, Muleta, Termômetro, Estetoscópio, Seringa Ambulância, Medicamentos, Procedimentos Técnicos Científicos	“(…) O paciente deitado na cama do hospital para se recuperar, sendo levado para enfermaria (…)” “(…) A moça tomando remédio (…)”
	c) Atores Sociais	Médico Enfermeira Dentista Agente Comunitário de Saúde	“(…) A enfermeira dando injeção no paciente (…)” “(…) A médica tirando o neném da barriga da moça (…)”

Os dados apresentados no quadro 2 descrevem as produções simbólicas que retrataram os aspectos estruturais que configuram a “modelagem biomédica procedimento-centrada” que foram apontados pelos escolares, tanto em relação às significações do conceito de saúde, como em relação às significações das práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola pesquisada. Sendo assim, esses elementos foram separadamente analisados, conforme disposto a seguir.

Espaço social (ambiente) concernente ao modelo biomédico

No tocante ao espaço social representado nessa subcategoria pelas produções simbólicas sobre as ações de saúde, a maioria dos desenhos elaborados pelos sujeitos de estudo se reportou majoritariamente ao equipamento hospitalar, enquanto cenário principal de desenvolvimento dessas ações.

Sendo assim, emergiram como produções: a figura de diferentes instituições de saúde como o Hospital, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Posto de Saúde, o Consultório Dentário e a Clínica da Família.

É importante salientar que os desenhos demonstraram com riqueza de detalhes os ambientes nas quais as atividades de atenção à saúde são realizadas, incluindo as salas destinadas às consultas, cirurgias, partos, vacinação, administração de medicamentos, dentre outras produções simbólicas menos frequentes.

Segue o desenho (figura 1) que melhor caracteriza estas afirmativas, juntamente com sua respectiva narrativa.

Figura 1: Produção simbólica referente ao cenário hospitalar.

Observa-se no desenho anteriormente apresentado, o predomínio da estrutura espacial do hospital, com destaque para alguns setores tais como a sala de cirurgia, a sala de parto, a enfermaria e a fachada principal do hospital. Estes foram os locais que emergiram com maior frequência nas produções. Da mesma forma, a narrativa apresentada foi categórica em reforçar o modelo biomédico impregnado nas expressões realizadas pelos sujeitos de estudo, visto que as mesmas traçaram uma correlação direta entre o cuidado à saúde e o cenário hospitalar, centralizando na instituição hospitalar a responsabilidade pelas condições de saúde das pessoas.

A inferência realizada pelos escolares ao modelo médico/hospitalocêntrico foi observada significativamente nas expressões produzidas, levando a reflexões acerca das questões culturais que estão imbricadas nesse contexto, no qual as pessoas, na maioria das vezes, priorizam a ação curativa em detrimento da preventiva. Ademais, a construção desse comportamento não surgiu recentemente, visto que o

caráter tecnicista e o paradigma assistencial eminentemente curativo foram inseridos na sociedade desde a revolução industrial.

Ratificando esta colocação, Foucault (1978) ressalta que a função das instituições hospitalares passou a ser direcionada à assistência dos enfermos, e só ocorreu em decorrência do desenvolvimento do capitalismo industrial, no sentido de tornar acessível estes serviços de saúde ao conjunto da população. Era imperativo reduzir a mortalidade causada pelas grandes epidemias, assim como redefinir a função dos hospitais, que passaram a assumir papel preponderante na recuperação da força de trabalho, tendo em vista que a população era vislumbrada como o mais importante recurso produtivo de uma nação.

Imbuídos dessa compreensão social, o aparato do Estado caminha coadunado com o senso comum⁴⁷ para a dotação de políticas de saúde⁴⁸ voltadas para o equipamento hospitalar enquanto espaço privilegiado para a execução de intervenções centradas no controle do “corpo-objeto que está doente”. Nessa conjuntura o profissional médico é respaldado pelos dispositivos ético-legais e político-sociais para atuar decisivamente na esfera terciária / curativa. O resultado inequívoco desse respaldo recai na forma como culturalmente o modelo de atenção à saúde vigente ainda é fortemente focado na hegemonia médica caracterizada pelo processo de medicalização de muitos fenômenos, frequentemente naturais, que fazem parte do nosso cotidiano.

Nesse sentido, as produções simbólicas que emergiram dos escolares foram em sua maioria de acordo com o imaginário popular. Em contrapartida, diversos setores da sociedade civil organizada tem se mobilizado na direção de reverter esse processo. Como exemplo, pode-se citar o movimento pela valorização do parto e nascimento humanizados, bem como a discussão em torno da formação médica com enfoque primordial nas políticas educacionais adotadas no Ministério da Saúde, em

⁴⁷Para Geertz a lógica do senso comum varia de lugar para lugar, dependendo de como as pessoas lidam com o mundo que as envolve.

⁴⁸ Da mesma forma, segundo Geertz as políticas públicas são categorias sociais locais, que precisam ser pensadas e analisadas a partir do modo como se relacionam com a vida social que elas constroem.

parceria com o Ministério da Educação, para a inserção das residências multiprofissionais, assim como a intensificação da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família em todo o território nacional.

Sob essa ótica, acredita-se que tais movimentos sociais possam auxiliar no deslocamento gradativo do foco da atenção à saúde do cenário hospitalar para espaços sociais aonde o modelo seja menos intervencionista, abrindo um campo de possibilidades, até então não convencionais, de cuidado à saúde, baseadas na centralidade do ser humano como protagonista de sua vida, desejos e aspirações.

Essa perspectiva permite avançar nos modelos de cuidar / cuidado ao respeitarem a constituição do sujeito e seu corpo, bem como a importância da esfera psicossocial que influencia os condicionantes do processo saúde-doença. Sendo assim, destacam-se nesse contexto diversas opções que abrangem entre outros aspectos, a assistência ao parto natural realizado em cidades metropolitanas da região sudeste, tais como Rio de Janeiro e São Paulo, assistidos por obstetrizes e/ou enfermeiras obstetras no domicílio da família expectante ou até mesmo em casas de parto; o uso de terapias consideradas até então como alternativas, incluindo a acupuntura, shiatsu, cromoterapia, aromoterapia, terapia holística, fitoterapia, entre muitas.

Entretanto, esses movimentos precisam estar alinhados com uma visão mais crítica e reflexiva para favorecer a transição do modelo de atenção dominante para uma abordagem que atenda os pressupostos defendidos por setores que almejam um modelo centrado nas necessidades individuais e/ou coletivas, privilegiando a autonomia do usuário do SUS como ponto de partida para o cuidado à saúde.

É importante destacar que nas produções simbólicas também emergiram elementos que relacionavam a falta de cuidados como fator desencadeante de doenças, internações hospitalares, sofrimento e até mesmo da morte. Corroborando com esse achado, Moreira e Dupas (2003, p.760) analisando o significado da doença na percepção da criança, constataram que:

as crianças em ambiente escolar tratam a doença de forma mais teórica, questionando acerca de suas causas e consequências. (...) Na escola (...) a doença (...) antes de mais nada, é provocada por algo, tem uma causa que pode ser desde um vírus até o vício (...). A doença também tem consequências como a dor, os cuidados, a internação e um estado de mal-estar (...). Tudo isso faz com que a criança tenha medo de ficar doente.

Nesse sentido, verificou-se que algumas produções simbólicas estabeleceram forte relação entre o ambiente hospitalar e a doença, descrevendo o cuidado à saúde como algo centrado na doença e na instituição de saúde. As duas produções seguintes, constantes das figuras 2 e 3, caracterizam claramente essa relação.

Figura 2: Produção simbólica referente ao cuidado centrado na doença.

Nesse contexto emergiram diversas narrativas que continham explicitamente referências às inúmeras doenças, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dengue, hepatite, gripe, infarto agudo do miocárdio e o câncer conforme descrito na figura 2. Cabe destacar que surgiram também descrições e relatos bem elaborados acerca de sinais e

sintomas dessas doenças, que incluíram: febre, tosse, mal-estar, dor de cabeça, vômitos, entre outros.

Ao que parece, esses significados podem ter surgido principalmente em decorrência de dois aspectos: influencia da mídia sobre as crianças no que concerne à massificação de informações concernentes às medidas de controle de doenças; e, pelas experiências pessoais das próprias crianças, principalmente no que diz respeito ao adoecimento e morte de pessoas próximas a elas.

Em relação ao primeiro aspecto deve ser considerado que a mídia, nas suas mais variadas formas e meios de comunicação, tem fornecido às crianças em idade escolar uma verdadeira avalanche de conteúdos sobre as doenças. O enfoque desses conteúdos frequentemente recai sobre os avanços científicos e tecnológicos que possibilitam o surgimento de novas modalidades de tratamento, além de veicular uma série de dispositivos normativos que buscam padronizar o comportamento das pessoas, em detrimento de suas perspectivas e necessidades individuais. Nesse sentido, Foucault (1995) menciona que a “economia do poder” nas sociedades modernas difunde um sentido intenso de normatização de conduta, mediante a implementação de instrumentos de mensuração, avaliação, diagnóstico, possibilitando a demarcação entre o normal e anormal. Nesse sentido, torna-se mais plausível entender o papel prescritivo e normativo das políticas de saúde em que os profissionais de saúde, em particular o médico, desempenham junto aos usuários dos serviços. Segundo esse mesmo autor (*Ibid.*, p. 266), em nossa sociedade temos:

juízes da normalidade em toda parte. Estamos na sociedade do professor-juiz, do médico-juiz, do educador-juiz, do ‘assistente social’-juiz; todos fazem reinar a universalidade do normativo; e cada um no ponto em que se encontra, aí submete o corpo, os gestos, os comportamentos, as condutas, as aptidões, os desempenhos.

Dessa conjuntura, há que se ressaltar a intensa publicidade direcionada para o combate à dengue, mediante informações divulgadas nas mais diversas mídias, tais como: rádio, televisão, painéis, *outdoors*, jornais,

revistas, painéis fixados nos meios de transportes, internet, bem como as orientações fornecidas por professores e profissionais da equipe do PSF e do PSE na escola pesquisada.

O que se pretende enfatizar nesse tópico da análise, não é a refutação do papel que a mídia tem no esclarecimento da população sobre as questões relacionadas com as medidas de prevenção e controle das doenças preveníveis. Na verdade, a importância da mídia e dos meios de comunicação na veiculação de temas relacionados à saúde é inegável, inclusive por ser um tema constantemente conclamado nos fóruns de discussão da área, como as conferências de saúde, principalmente em relação à transparência no processo de gestão das secretarias de saúde, com ênfase no planejamento e execução orçamentária, bem como à visibilidade do trabalho realizado pelos conselhos de saúde. Contudo, o excesso de informações contidas nesses conceitos, muitas das vezes desvinculados do contexto de vida da população, acaba por contribuir muito pouco para a efetiva melhoria das condições de vida das pessoas.

É notório que o conhecimento sobre os mecanismos de prevenção e controle de doenças, como no caso da dengue, nem sempre proporciona a necessária mudança de comportamento das pessoas para a prevenção das doenças. O que de fato parece ocorrer, é que essas pessoas acabam muitas das vezes não incorporando esse conhecimento ao cotidiano, isto porque possivelmente os modos de vida, crenças, valores culturais e os recursos disponíveis na estrutura familiar e comunitária se constituem como elementos que contribuem mais decisivamente para a perpetuação dos condicionantes do processo saúde-doença, em contraste com meras informações padronizadas para constituição de mecanismos de prevenção e controle nosológico.

Na verdade as estratégias midiáticas acabam transferindo para a população a responsabilidade sobre o controle da doença, desconsiderando o papel do Estado nesse contexto. Por exemplo, pode ser citado na comunidade escolar pesquisada o problema do lixo acumulado ao lado da escola, que acaba por favorecer a proliferação de mosquitos. Nesse caso,

sabe-se que a conscientização da população acerca das questões de preservação da limpeza urbana é componente essencial no engajamento da comunidade nesse contexto, no entanto, o poder público não pode se omitir nessa questão, uma vez que o mesmo nem sempre disponibiliza os recursos necessários para a adequada coleta de lixo na localidade.

Coadunado com tais apontamentos, observa-se que na figura 3 esta representação traz à tona a questão do cuidado medicamentoso, estando fortemente ancorada na perspectiva biomédica tão massificada em nossa sociedade. Repara-se desta maneira o enfoque dado ao ambiente institucional enquanto espaço de recuperação da saúde, bem como a retórica do discurso dominante que cristaliza o aparato hospitalar como recurso indispensável para se evitar o temido desfecho da morte. Portanto, sob este prisma o espaço social da instituição de saúde acaba assumindo posição de destaque como fator determinante para a resolução de todos os distúrbios biológicos do organismo humano. Segue a produção simbólica que ratifica esse ponto de vista, conforme explicitado no desenho e relato – figura 3.

Figura 3: Produção simbólica referente ao cuidado centrado na doença: a possibilidade da morte.

Observa-se que na figura anterior (desenho e o respectivo relato) emergem, além das perspectivas anteriormente discutidas, aspectos relacionados à morte que precisam ser vislumbrados sob o ponto de vista cultural. Nesse sentido, essa produção simbólica, ilustra as preocupações que as crianças têm acerca da morte. Certamente tal preocupação surge na medida em que a concepção da morte é gradativamente assimilada pelas crianças, mediante a compreensão dos componentes estruturais inerentes ao conceito de morte que incluem: universalidade, não funcionalidade, irreversibilidade, causalidade e personificação, conforme descrito por Nunes et al (1998).

Desta forma, diversos autores afirmam que o processo de incorporação do conceito de morte nas crianças sofre influencia da dinâmica de desenvolvimento humano, bem como das experiências individuais e coletivas, propiciando um arcabouço cultural para a formulação desse conceito ainda na infância. A mediação da cultura nesse processo pode ser apontada ainda pela influência da mídia, uma vez que na atualidade diversos meios de comunicação têm dado visibilidade excessiva a esse fenômeno, inclusive nas programações infantis da televisão, por exemplo. Para ratificar tais afirmativas os relatos dos escolares foram categóricos ao correlacionar as expressões simbólicas com eventos relacionados à morte, que são muitas das vezes exibidos em animação gráfica (desenhos animados), assim como descreveram alguns eventos ocorridos com pessoas ligadas ao seu círculo de convivência, incluindo vizinhos, amigos e familiares.

Recursos materiais e ações desenvolvidas concernentes ao paradigma centrado na doença

Em relação aos recursos materiais utilizados nas ações desenvolvidas pelos profissionais, a maioria das produções simbólicas se referiu aos componentes instrumentais (instrumentos/dispositivos e equipamentos) e procedimentais (procedimentos técnicos científicos) que são empregados nas práticas de saúde.

Assim sendo, é premente destacar nesse momento da análise que os resultados referentes aos recursos materiais foram fortemente atrelados aos equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento das atividades de assistência à saúde. Assim, as produções de sentidos nessa subcategoria demarcaram um conjunto de expressões com características muito peculiares, uma vez que essas reproduziram com bastante propriedade diversos tipos de produtos utilizados em inúmeras situações pelos profissionais da saúde, incluindo: o estetoscópio, o esfigmomanômetro, o termômetro e a indumentária das pessoas (roupa / uniformes com o símbolo da cruz numa alusão emblemática à cruz vermelha). Surgiram ainda outros artefatos nos desenhos, tais como: o leito hospitalar, a maca, a cadeira de rodas, as medicações em diversas formas de apresentação farmacológica (principalmente comprimidos, soluções e xaropes) e até outros equipamentos mais sofisticados como a ambulância e monitores das funções cardiovasculares.

Chama atenção nas produções simbólicas o destaque dado pelos sujeitos de estudo aos componentes que se relacionam com os materiais pérfuro-cortantes (agulha e seringa), muitas das vezes seguidos de relatos que deixavam claro a preocupação dessas crianças com a questão da dor e do sofrimento. Para Quintana et al (2007) a criança na idade escolar percebe o hospital como um lugar onde haverá rotinas terapêuticas dolorosas, emoções de sofrimento e morte. Por isso, inúmeros desenhos ressaltaram em detalhes minuciosos a agulha perfurando o corpo do paciente, bem como a esperada sensação de dor oriunda desse procedimento.

Da mesma forma, as narrativas desses desenhos reforçaram o pragmatismo adotado pelos profissionais nas ações de saúde. Por isso, na quase totalidade das produções elaboradas pelos sujeitos de estudo, os recursos materiais explicitados estavam invariavelmente associados a algumas das atividades desenvolvidas por membros da equipe de saúde. Com isso, o emprego dos equipamentos descritos foi primordialmente vinculado à finalidade de intervenção sobre o corpo doente e

institucionalizado, o que reforça ainda mais a concepção de saúde atrelada ao modelo hospitalocêntrico e tecnicista, que em muitos casos se encontra alicerçado na perspectiva produtivista baseada no cumprimento de tarefas. A produção simbólica seguinte (figura 4), bem como o seu respectivo relato, expressam claramente esses apontamentos.

Outro quesito que merece um olhar cuidadoso diz respeito à ênfase dada aos recursos tecnológicos para a área de saúde. Desses os equipamentos mais retratados foram: a ambulância e os dispositivos eletrônicos sofisticados, utilizados para a monitorização dos pacientes em salas de cirurgia, tais como monitor cardíaco.

Em relação às tecnologias, Silva, Alvim e Figueiredo (2008, p. 292) concordam que essas “têm sempre como referência o trabalho que se revela como ação intencional sobre a realidade na busca de produção de bens/produtos”. Nesse sentido, o conceito de tecnologia em saúde tem sido ampliado para além dos aspectos relacionados exclusivamente aos equipamentos e dispositivos eletrônicos, na medida em que “A ideia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’.” (*Ibid.*, p. 292).

Figura 4: Produção simbólica referente aos recursos materiais: o fantasma da seringa e da agulha.

Essa ampliação do conceito de tecnologia em saúde é decorrente das diferentes nuances apresentadas por esse conceito através dos tempos, de forma que atualmente sua classificação pode ser feita em três tipos: leve, leve-dura e dura (Merhy, 1997). A primeira, se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. A segunda inclui os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontologia, epidemiologia, dentre outras. A terceira pode ser representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo.

Se por um lado é fato que o conceito de tecnologia tem sido ampliado, particularmente quanto ao seu uso no meio acadêmico, por outro lado também é fato que, em nossa sociedade, a visão corrente de tecnologia em saúde recai frequentemente na tecnologia dura, *i.e.*, nos equipamentos e insumos materiais utilizados pelos profissionais de saúde nas diversas modalidades de intervenções denominadas diagnósticas e / ou terapêuticas.

As produções simbólicas das crianças desse estudo refletem essa visão usual de tecnologia, quer seja pela vivência de seus cotidianos, quer seja pelo simbolismo atrelado aos programas de televisão e desenhos infantis. A figura 5 exemplifica essa conjuntura.

Figura 5: Produção simbólica referente ao uso da tecnologia na saúde: o caso da ambulância.

Ao que parece, as narrativas e desenhos transmitiram de certa forma, a visão de que é necessário o uso dos recursos tecnológicos de alto custo para o desenvolvimento das ações de saúde. Essa afirmativa pode ser mais bem entendida pelas observações de campo, nas quais, com muita frequência, eram constatadas situações em que os profissionais tanto da equipe do PSE como do PSF eram impelidos pelos próprios membros da comunidade escolar a solicitar uma bateria de exames complementares, com o pretexto de se realizar um “check-up”. Em inúmeras vezes, parecia que os usuários avaliavam a qualidade do atendimento pelo número de exames complementares solicitados e de medicamentos prescritos. Essa visão fortalece cada vez mais o paradigma da “tecnologia do curar” e a cultura de consumo, uma vez que esses, enquanto fenômenos simbólicos e coletivos, permeiam a ideia de que ser bem atendido nas unidades de saúde implica necessariamente em receber medicamentos e pedidos de exames.

O resultado inequívoco dessa visão enviesada da tecnologia aplicada à saúde é o consequente aumento dos custos da assistência na medida do uso indiscriminado de exames e medicamentos para situações nas quais a necessidade e relevância clínica são questionáveis. Isto sem considerar o fato de que, além do desperdício, a utilização de recursos tecnológicos em saúde sem a devida racionalização é na maioria das vezes facilitado pela falta de critérios claros das suas indicações e finalidades e sem considerar assim possíveis complicações, intercorrências e limitações diagnósticas.

Nesse caso, considerando que a tecnologia tem relação direta com os processos de trabalho, quer seja no seu aspecto material ou imaterial, as ferramentas de gestão e planejamento podem favorecer a transformação do paradigma atual. Nesse sentido, o próprio Ministério da Saúde desde 2000 vem desenvolvendo o “Projeto Diretrizes Terapêuticas”, com o objetivo de fortalecer o uso racional dos recursos tecnológicos de alto custo em saúde, mediante respaldo da evidência científica disponível na literatura científica (BRASIL, 2009b).

Por outro lado, no tocante aos quesitos procedimentais retratados pelos sujeitos de estudo nas produções simbólicas, destacam-se os

elementos que realçaram as ações e procedimentos técnicos científicos, representados nessa etapa da análise como ferramentas para operacionalização das práticas de saúde.

Com isso, diversas ações foram vislumbradas tanto por intermédio dos desenhos como dos relatos, a saber: administração de medicamentos e imunobiológicos (vacinação); realização de procedimentos técnico-científicos, incluindo, consulta médica e odontológica, curativos, exames complementares (Ultrassonografia Obstétrica), coleta sanguínea, partos e intervenções cirúrgicas, agendamento de consultas, hidratação venosa (frequentemente associada aos casos de dengue), bem como verificação de pressão arterial e temperatura corporal.

Percebe-se assim, que as produções simbólicas reforçaram, de certo modo, a divisão técnica, e por que não dizer social do trabalho, nas atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde. Tais representações descreveram com bastante criatividade as atribuições da equipe de saúde, na medida em que realçaram os procedimentos diagnósticos e terapêuticos frequentemente realizados nas unidades de saúde.

Nesse sentido, é premente ressaltar que a produção seguinte descreve três ações de saúde, a saber: vacinação oral contra Poliomielite, a administração de medicamentos injetáveis e a realização de atividades de educação em saúde sobre alimentação saudável.

A vacinação foi um procedimento frequentemente relatado pelos escolares, estando provavelmente relacionada às experiências individuais e coletivas das crianças nessa faixa etária. Até porque às campanhas anuais de vacinação com a vacina Sabin (anti-pólio oral) são amplamente divulgadas nos diversos meio de comunicação, e usufruem de forte adesão por parte da população.

A seguir, as figuras 6 e 7 ilustram algumas ações explicitadas pelos escolares nos desenhos e narrativas.

Figura 6: Produção simbólica referente à fábrica de procedimentos: gotinha, gotinha e tchau tchau paralisia infantil.

A administração de medicamento por via injetável; enquanto representação emergente dos desenhos e depoimentos dos escolares pode ser compreendida, quando se pensa que todo procedimento invasivo se constitui em agente estressor para as pessoas de uma forma geral assim como para as crianças, principalmente quando estas são submetidas a métodos dolorosos. Isto porque existe no imaginário coletivo um conjunto de valores, mitos, crenças e experiências vividas e/ou relatadas que influenciam no processo de significação e/ou ressignificação dos mesmos.

No tocante ao procedimento de aplicação de injeções não seria diferente, pois esta intervenção, embora seja de caráter simples do ponto de vista técnico gera temores em relação a sua execução, tendo em vista que envolve uma invasão corporal (inserção da agulha nos planos de estratificação da pele até as camadas mais profundas do corpo, incluindo espaço subcutâneo, intravascular e intramuscular), ocasionando em muitos casos diversas manifestações psicológicas.

Considerando a clientela infantil, este procedimento tem uma maior significância, visto que nessa faixa etária os avanços tecnológicos e as

modificações nos cuidados com a saúde propiciaram a ampliação de intervenções diagnósticas e terapêuticas em diversos cenários de atendimento. Isto resultou na amplificação das experiências estressantes para a criança e sua família (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Entretanto, apesar da literatura científica abordar essa temática, associando as intervenções parenterais à representação da dor e do sofrimento na infância, os relatos apresentados pelos sujeitos de estudo foram categóricos em reconhecer a importância dos procedimentos invasivos para a recuperação da saúde: “Dói, tio, mas eu sei que é pra ficar bom” (Johannes Vermeer - 10 anos).

Em relação às atividades de orientação em saúde é necessário registrar que poucas produções simbólicas e narrativas destacaram a importância das atividades de educação em saúde (orientações), sejam estas individuais e / ou coletivas como ações de saúde desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais. Quando presentes nas produções de sentido, essas atividades geralmente foram associadas às orientações gerais e específicas sobre cuidados com o corpo, incluindo alimentação, higiene corporal e medidas de prevenção de doenças. Dessa forma, verifica-se que as produções simbólicas refletiram exatamente a realidade vivenciada por essas crianças, no que diz respeito à abordagem higienista utilizada nas atividades educativas pelos profissionais de saúde recomendadas pelo Estado nas bases programáticas.

Preocupada com a assimilação da integralidade na relação dialógica que envolve as práticas educação em saúde, Teixeira (2003, p.91) afirma que este princípio permite uma abordagem em saúde para além da doença. Sob esta ótica, esse autor enfatiza ser preciso a superação das modalidades de fragmentação do corpo humano no campo da saúde, numa descrição que o mesmo denomina de “cisão eu-outro”. Para isso, segundo este autor, torna-se premente apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos, sem engendrar no “monopólio do diagnóstico de condições clínicas padronizadas que invariavelmente não integram a ‘voz do outro’ nesse processo”.

Embora o texto anterior suscite uma reflexão sobre a necessidade de mudança no perfil de atuação profissional, o paradigma da atenção à saúde, mesmo na dimensão educativa, ainda é, mormente centrado na doença, a despeito dos pressupostos atuais que reforçam a necessidade de ampliação na visibilidade dos determinantes socioculturais no processo saúde-doença, mediante a adoção de perspectivas mais ampliadas sobre esses fenômenos.

Assim a escuta qualificada, o cuidado holístico, o acolhimento, o tratamento digno e respeitoso são algumas ideias que certamente favorecem a integralidade, tornando possível olhar o ser humano como um todo, ao substituir o foco na doença pela atenção à pessoa. Desta forma, a integralidade se constitui em ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado em qualquer nível do serviço de saúde abrindo espaço para que os profissionais de saúde possam compreender a história de vida, o modo próprio de viver e adoecer das pessoas e coletividades sob seus cuidados profissionais. Certamente esta abordagem representa um caminho desafiador, pois, ao reconhecer e lidar com diferentes saberes, abrindo mão de modelos pré-estabelecidos, o profissional de saúde se dispõem a experimentar, discutir e refletir sobre as possibilidades e limitações da integralidade, galgando novos horizontes de atuação profissional.

Dito isto, é prudente frisar nesse contexto a teia de relações em que vivemos, e nesse propósito, os procedimentos técnico-científicos precisam ser entendidos na perspectiva da ação humana, com o seu caráter eminentemente coletivo e evolutivo uma vez que estas ações podem ser caracterizadas como produto de uma construção sócio-histórico-cultural.

Sob esta ótica, vislumbra-se a ação humana de modo relacional, na medida em que as pessoas, inclusive as crianças, possuem diferentes inserções nos espaços de convivência, o que determina possibilidades distintas de intervenção permanente na vida coletiva. Tanto que os sujeitos de estudo diferenciaram cada membro da equipe de saúde por intermédio das ações tipificadas para cada classe profissional, com base em suas experiências e representações sobre esses profissionais. Esse é o caso das enfermeiras, que foram em grande parte dos desenhos e relatos, associadas

à aplicação de medicamentos por via injetável, ou dos médicos, que frequentemente foram correlacionados com a realização de procedimentos mais complexos, tais como intervenções cirúrgicas, exames de imagem (USG obstétrica) e / ou partos.

Ademais, na visitação das produções simbólicas se percebe uma descrição peculiar da dinâmica das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, evidenciando certa passividade dos sujeitos (comunidade) em relação a esses profissionais. Por isso, alguns postulados precisam ser levados em consideração ao repensarmos os papéis sociais assumidos por cada sujeito nessa interação.

É preciso considerar que as ações profissionais representadas nos desenhos e relatos dos sujeitos de estudo fazem parte de um conjunto de práticas produzidas no contexto institucional, sendo, portanto, reflexo do modelo depositário bancário que regula pelos dispositivos normativos verticais, as normas e condutas esperadas para cada situação pré-estabelecida. Desta forma, as rotinas das instituições de saúde, são organicamente elaboradas e postas em execução, pelo reforço dos profissionais de saúde, por intermédio do *“modus-operandi”* de seus pares, constituindo-se na verdade, em práticas decodificadoras do discurso oficial para dar sustentabilidade ao modelo assistencial vigente, e de certa maneira acabam sendo incorporadas pelo senso comum e imaginário popular.

Em muitos casos, essas ações se apoiam na lógica produtivista em consonância com mecanismos de controle de desempenho que priorizam excessivamente o cumprimento de tarefas para alcance de metas, em detrimento de aspectos que podem representar um diferencial da qualidade da assistência. Caracteristicamente as atribuições dos profissionais de saúde acabam assumindo um padrão fragmentado e cartesiano, com espectro de atuação pontual, com pouca penetração, ou seja, efetividade na vida cotidiana das pessoas. Verifica-se desse modo, que as ações descritas pelos escolares, expressam o papel que cada profissional simboliza para os mesmos.

Dessa maneira, a ação profissional ultrapassa o plano da individualidade e passa a se inserir na inteligibilidade histórica construída coletivamente, na qual cada agir passa a fazer sentido, dando lugar a novos arranjos de gerações, sociedades e subjetividades.

A produção simbólica seguinte (figura 7) traz a tona o enquadramento ideológico alinhavado na discussão nesse tópico da categoria analítica.

Figura 7: Produção simbólica referente às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Preocupados com as repercussões do modelo atual de atenção à saúde, Santos e Westphal (1999), ressaltam que a compreensão do novo paradigma da saúde pública surgiu do reconhecimento de que tudo o que existe em nossa sociedade é produto da ação humana, salvo o que se poderia chamar de natureza intocada; em contraposição, a hegemonia da terapêutica, como solução para todos os problemas que podem atingir o corpo do homem. Estes autores (*Ibid.*, p.75) afirmam ainda na mesma página que:

A saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos, ou de uma comunidade depende também de coisas que o homem criou e faz, das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo, inclusive os próprios mecanismos de atenção à doença, do ensino da medicina, da enfermagem, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente.

A partir dessa premissa está evidente a influência das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cotidiano da assistência, em que pese à necessária articulação dessas ações com as diretrizes estabelecidas nas políticas públicas; com a visão e missão institucional dos serviços de assistência; com as necessidades da população; assim como com os parâmetros firmados para a formação de recursos humanos em saúde. Tendo em vista a relevância disso, o foco da análise das produções de sentido se deteve, nos próximos parágrafos, nos atores sociais envolvidos nas práticas de saúde.

Atores Sociais que atuam no Cenário Hospitalar

No que concerne ao componente humano responsável pela implementação das ações de saúde, as produções simbólicas traçaram um diagnóstico situacional demonstrando o perfil de atuação dos profissionais de saúde ainda concatenado com o paradigma flexeneriano. Segundo Santos e Westphal (1999), apesar da crise desse modelo, oriunda dos questionamentos dos componentes estruturantes que respaldam o modelo de atenção à saúde pautado no determinismo biológico, a atenção à saúde permanece de alguma forma vinculada aos elementos do curativismo. Como reflexo dessa influência as produções simbólicas emergentes do campo de pesquisa retrataram a equipe de saúde com destaque principal para o médico. Em segundo plano surgiu a enfermeira, o dentista, e em alguns casos, foi explicitado a participação dos agentes comunitários de saúde na dinâmica de assistência à população. As figuras 8 e 9 apresentadas a seguir reforçam a descrição dos atores sociais citados pelas produções simbólicas.

Figura 8: Produção simbólica referente ao componente humano: a figura do médico.

Na produção simbólica da figura 9, está registrado um conjunto de representações que perfazem o imaginário popular acerca de algumas atribuições da enfermeira no contexto da assistência à saúde. Percebe-se no desenho, bem como na narrativa o protagonismo da enfermeira no desenvolvimento de múltiplas funções, que segundo o relato do sujeito de estudo, são importantes para todas as pessoas.

Contudo, a partir dessa conjuntura, cabe discutir o papel dos profissionais de saúde enquanto agentes de transformação da realidade em contraposição às atitudes que apenas favorecem a reprodução da vertente hospitalocêntrica. Nesse sentido, o componente humano tem sua importância reconhecida, no que tange à operacionalização das políticas públicas no setor saúde. Entretanto, é preciso garantir aos recursos humanos em saúde, posição estratégica para o direcionamento das ações de saúde no sentido de oferecer à população brasileira um sistema de atendimento acessível, qualificado, sensível e humanizado.

Figura 9: Produção simbólica referente ao componente humano: o reconhecimento da importância da enfermeira.

Desta forma, os serviços de saúde precisam investir fortemente na melhoria da infraestrutura das unidades assistenciais, bem como na dotação de uma política institucional de qualificação profissional, com vistas à otimização das condições de trabalho para valorização dos profissionais de saúde. Isso, certamente favorecerá a motivação e o envolvimento dos profissionais com o processo de trabalho, culminando na amplificação das posturas profissionais mais críticas e reflexivas.

Nesse sentido, perpassando para a análise propriamente dita das responsabilidades profissionais, cabe destacar que estas são orientadas por determinações ético-legais, sendo fundamentais no processo de incorporação e implementação de condutas assistenciais. Entretanto a participação dos profissionais de saúde no cotidiano da atenção à saúde está diretamente relacionada à motivação e nível de envolvimento dos mesmos na adoção de atitudes individuais e/ou coletivas com a finalidade de

equacionar ou reduzir a magnitude dos entraves que surgem na dinâmica do processo de trabalho.

Ao adotar essa postura proativa, o profissional está assumindo um compromisso com a clientela e a sociedade no sentido *lato* da palavra. De acordo com FREIRE (1992) a primeira condição para que um indivíduo assuma um ato comprometido está na sua capacidade de ação e reflexão. Isto requer que o profissional seja e esteja no mundo com as pessoas adotando uma consciência crítica da própria forma de agir no mundo. Este mesmo autor ressalta que o profissional comprometido com a sociedade é aquele que reflete sobre si mesmo e sua postura para com as pessoas; associa suas ações para superar os limites e as barreiras invisíveis que o mundo lhe impõe, atuando junto com os grupos sociais na transformação da realidade concreta.

Conforme explicitado anteriormente, as produções simbólicas reforçaram o protagonismo dos profissionais de saúde, ao descreveram os usuários do sistema de saúde como figuras meramente secundárias e passivas, muitas das vezes caracterizadas como “objetos da ação do cuidado”.

Essa condição permissiva, indubitavelmente não permite em certos momentos que a população possa assumir o efetivo controle de suas vidas nas questões relacionadas com a sua própria saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde possuem papel decisivo para a mudança dessa realidade, mediante a instrumentalização dos diversos grupos sociais que compõem a população, para que os mesmos galguem um patamar que os coloquem como “protagonistas e sujeitos da ação do cuidado” em todos os níveis da atenção à saúde e em todos os espaços sociais nos quais são produzidas ações concretas de saúde.

Na ausência dos fatores desencadeantes do processo de transformação do panorama dessa realidade, ocorre a perpetuação da relação de dependência da população em relação a figura do médico, cristalizando o ato médico, o biologicismo, o individualismo, o mecanicismo,

a unicausalidade, bem como a especialização como elementos centrais no domínio do processo saúde-doença.

Outro aspecto que merece consideração diz respeito ao fato de que em muitas produções, as pessoas foram caracterizadas com estereótipos ou estigmas relacionados à doença ou à incapacidade. Daí a representação de indivíduos acamados, em estágio de sofrimento físico (sendo nesse item descrito principalmente dor, desconforto e mal-estar), bem como portadores de incapacidades físicas, o que pôde ser verificado mediante o registro de desenhos com pessoas sem partes anatômicas do corpo humano (faltando uma perna ou um braço). Nesses casos as produções simbólicas traziam adicionalmente instrumentos de suporte para essas pessoas tais como: muletas, cadeiras de rodas ou bengalas.

Verifica-se nas produções simbólicas, a ênfase dada ao profissional de saúde como agente principal do cuidado a saúde, descrevendo ações de saúde realizadas por um único profissional de saúde, em contraposição ao trabalho interdisciplinar desenvolvido por equipe de saúde. Na verdade, tais representações são reflexo da natureza massificada do atendimento médico, centrado no profissional – o médico – e muitas vezes baseado no automatismo como via de regra na práxis do cotidiano assistencial.

Entretanto, para Mello (2006) a humanização da atenção e da gestão em saúde se constitui como mecanismo essencial para um melhor direcionamento das práticas de saúde, tendo como meta principal a reorganização das instituições de saúde para que essas possam oferecer a população um serviço mais qualificado, capaz de promover acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com vínculo e responsabilidade. Além disso, esse autor reforça que a valorização dos profissionais e usuários, bem como o avanço da democratização da gestão são elementos indispensáveis para atenuar os conflitos oriundos da relação profissional de saúde e cliente, favorecendo o incremento na amplitude das práticas de saúde em nível local.

Como ferramenta imprescindível para modificação dessa situação, pode-se destacar a importância da formação e da qualificação profissional como estratégia para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Estudioso das questões relacionadas com a gestão dos recursos humanos em saúde, Rebello (1996), é enfático ao descrever com bastante propriedade os objetivos a serem alcançados na educação continuada da equipe multiprofissional. Resumidamente, esse autor afirma que, as estratégias educacionais voltadas para a formação de profissionais de saúde devem priorizar a utilização de recursos pedagógicos que visem estimular nos profissionais a aquisição e/ou maximização não somente de suas habilidades técnicas, mas permitir principalmente a ampliação de suas capacidades organizacionais, comunicativas, pessoais e sócio-políticas.

Segundo Rodríguez et al (2004) o paradigma educacional acompanha a evolução do paradigma científico, no entanto, é necessário que haja um processo de transição do modelo educacional tradicional para o modelo inovador na formação dos recursos humanos em saúde. Isto porque o modelo tradicional é reflexo do paradigma cartesiano, isto é, intensamente marcado pela utilização de estratégias didático-pedagógicas centradas na memorização e na estruturação disciplinar rígida, impedindo a manifestação do saber global e integrado durante o processo de formação.

Esses autores (Ibid.) afirmam categoricamente que no ensino médico, essa vertente de ensino se traduz na concepção do homem como uma máquina isolada da sociedade e na visão biologistica do ensino hospitalar. Contudo, os avanços científicos desde o século XIX viabilizaram consideravelmente o surgimento de novas teorias para explicar a complexidade dos processos, da abordagem holística e do ensino embasado em problemas. Sob este prisma, Rodríguez et al (2004, p. 234) frisam que:

A visão holística supera o saber especializado e insere os saberes éticos nos [currículos]. A abordagem progressista tem como essência o diálogo professor-aluno-coletivo como fonte do aprendizado colegiado, crítico e reflexivo. O ensino baseado em problemas reduz o espaço das aulas teóricas em função da produção do conhecimento. Essas mudanças no EMI se

expressam na formação reflexiva, generalista e preventiva, que resgata os valores éticos, humanos e sociais do indivíduo.

Por outro lado, tendo em vista que o paradigma assistencial e educacional atuais há muito têm sido alvo de inúmeras críticas, dos setores da sociedade civil organizada, cabe nesse momento mencionar a importância dos movimentos sociais, das entidades de classe e das sociedades de especialistas, bem como dos sindicatos na contribuição das discussões acerca das políticas públicas e sociais e dos modelos de atenção e formação no campo da saúde.

Por outro lado, aplicando os preceitos de Sarmiento, é preciso ressaltar alguns aspectos culturais emergentes nas produções simbólicas que incluem os elementos da cultura nacional, local e da própria mídia. Dada à complexidade dos resultados dessa pesquisa, em trechos anteriores da análise foram explicitados alguns componentes culturais imbricados com a modelagem biomédica das práticas de saúde, que serão, nesse momento, um pouco mais pormenorizados. Ademais, serão destacados também os componentes inerentes à própria infância, tais como a imaginação e a criatividade, tendo em vista sua recorrência nos desenhos elaborados pelos sujeitos de estudo.

No que concerne às questões culturais destacam-se as produções de sentido que realçaram as práticas de automedicação existentes na comunidade pesquisada e a figura da enfermeira de touca (adereço que compunha o uniforme das enfermeiras no Brasil, até a década de 1970) como ícone representativo da construção da identidade profissional da enfermagem.

Para a Associação Médica Brasileira (2001), a problemática da automedicação em crianças é uma prática muito comum em nosso país e em outros também, se configurando como um problema de saúde pública mundial, pois acarreta uma série de distúrbios potencialmente graves que podem ocasionar inclusive a morte de crianças.

Para Silva et al (2011, p.1652), “Os medicamentos possuem forte valor simbólico para a população, transcendendo a sua atividade

terapêutica, o que contribui para maior consumo e uso irracional destes”. Esses autores reforçam ainda que atualmente os medicamentos são reconhecidos como instrumentos indispensáveis às ações de saúde, ocupando papel central na terapêutica, em detrimento de outros recursos disponíveis em nossa sociedade.

Conforme esses mesmos autores, os fatores relacionados ao modo e utilização do medicamento refletem-se na imagem socialmente criada, que emoldura o que pode ser entendido como ‘efeito terapêutico’. Isto porque tais substâncias fazem parte do complexo médico-industrial influenciando na percepção tanto dos profissionais de saúde quanto da população acerca dos conceitos de saúde e doença. Assim sendo, o medicamento não se apresenta sozinho – como substância química – mas está acompanhado por um conjunto de práticas socialmente referendadas, que inclui, entre outros: intenso aporte publicitário, com a finalidade de veicular informações sobre a suposta eficácia terapêutica dos medicamentos sobre os mecanismos patológicos. O que não está explícito, é o fato de que muitas das vezes tais informações são chanceladas por estudos científicos desenvolvidos por profissionais de saúde sob patrocínio de laboratórios farmacêuticos, para configurar uma forma de pensar que favoreça o consumo indiscriminado de medicamentos em nossa sociedade.

Da mesma forma, além das questões anteriormente citadas, as orientações recebidas no consultório médico, acerca dos cuidados medicamentosos, são frequentemente confrontadas com outras informações fornecidas por diferentes atores sociais, a saber: outros profissionais da área da saúde, parentes, vizinhos e, também, nos meios de comunicação social, ocasionando muitas vezes, a utilização inadequada de medicamentos.

Segundo estudo realizado por Pereira et al (2007), as principais situações de saúde que motivam a automedicação em crianças são tosse, resfriado comum, gripe, congestão nasal ou broncoespasmo (17,2%); febre (15%); cefaleia (14%); diarreia, “má digestão” e cólica abdominal (9%). Os analgésicos/antipiréticos e anti-inflamatórios não-hormonais são os medicamentos mais consumidos na automedicação, indicando que, de

maneira geral, o hábito de automedicação está principalmente associado ao tratamento sintomático da dor e de outros sinais e sintomas inespecíficos de inúmeras condições clínicas.

Nesse estudo, os autores mencionados anteriormente, observaram ainda que a automedicação é mais predominantemente praticada pelas mães, com frequência de 51%, enquanto apenas 7,8% dos pais adotaram essa prática com seus filhos. Tal atitude foi atribuída por esses autores ao papel social de cuidadora e provedora da saúde da família, tradicionalmente delegado às mulheres. Em segundo lugar, surgiu a orientação para a automedicação decorrente da consulta na farmácia com 20,1%, fato muito comum em nosso meio. E em 15,3% dos eventos decorreram da utilização de prescrições médicas antigas para a criança ou outro membro da família (PEREIRA et al, 2007).

Os resultados do estudo anteriormente citado confirmam, à semelhança de outras investigações, que a prevalência da automedicação em crianças é uma prática real e frequente no Brasil, independente do nível socioeconômico. A figura 10 e sua narrativa retratam de certa forma, o fenômeno da automedicação na comunidade pesquisada.

A banalização da automedicação enquanto prática social se constitui como fenômeno que merece atenção especial em nosso meio, uma vez que suas implicações estão fortemente atreladas a diversas complicações tais como: interações medicamentosas potencialmente graves, eventos alérgicos, administração de medicações em doses acima do nível de segurança farmacológico (superdosagens), mascaramento de sinais e sintomas das doenças, bem como o surgimento de dependência química oriunda do uso abusivo de medicamentos controlados. Essas situações, quando presentes podem ocasionar inúmeras complicações que culminam em diversos momentos na morte do indivíduo.

Preocupados com esse panorama Naves et al (2010, p. 1760) apontam a falta de orientações qualificadas nas farmácias de nosso país, como uma das causas da automedicação. Nesse sentido, esses autores reforçam que:

Ao reconhecer-se a extensão da rede de serviços que as farmácias podem representar, o principal desafio é a sua transformação em estabelecimentos de saúde, no qual o fornecimento de medicamentos seja uma de suas funções e não a única. Os farmacêuticos podem, também, assumir grande importância como educadores e como elo entre os usuários e os serviços de saúde e contribuir, em suas atividades, para que os medicamentos não sejam usados em substituição ao enfrentamento dos determinantes sociais e ambientais das doenças.

Figura 10: Produção simbólica referente à automedicação.

Sob esta perspectiva está evidente a importância do farmacêutico na promoção do uso racional de medicamentos, cabendo a este profissional assumir seu papel nas equipes de saúde como mediador nas questões relativas à farmacoterapia.

No que diz respeito a referência, feita pelos sujeitos de estudo, à touca como figura emblemática para a Enfermagem, os desenhos elaborados foram enfáticos ao correlacionar esse acessório como representação da enfermeira.

Sendo assim, conforme descreve SANTOS (2004, p. 83):

A alva touca de organdi, peça fundamental e permanente do uniforme, que coroava a cabeça sobre os cabelos presos, era o símbolo de maior efeito dramático da mística da enfermagem.

Usada desde o dia do ingresso da postulante no corpo discente da escola até o fim da vida profissional, distinguia a enfermeira de todas as outras mulheres, porventura presentes no mesmo cenário. Assim, a touca significava a pertença ao grupo e, por isso, conferia obrigações e privilégios a suas portadoras. Ao mesmo tempo, demarcava o espaço ocupado pelos agentes, dentro do grupo.

A figura 11 explicita claramente a representação da enfermeira por meio da touca.

Figura 11: Produção simbólica referente à representação da enfermeira: a touca e o seu glamour.

Buscando melhor inserção nos meios acadêmicos, as Escolas de Enfermagem, a partir da Reforma Universitária de 1968, foram modificando ou abolindo suas expressões simbólicas. Assim, a touca foi definitivamente abolida no decorrer dos anos 70.

Entretanto, a touca, enquanto insígnia da Enfermagem tem atravessado gerações e gerações, permanecendo "viva" no imaginário popular. Tal fato pode ser explicado pela presença de inúmeras

personagens de desenhos animados, filmes e programas de televisão trajando como indumentária acessória do seu uniforme a touca. Esta por sua vez sempre foi ostentada pelas estudantes de enfermagem assim como pelas enfermeiras diplomadas, como atributo de domínio próprio e devoção à causa da profissão. Até porque, a touca sempre esteve impregnada de forte valor simbólico, uma vez que representava a mística da profissão, definida como valor essencial, e constituía simultaneamente estratégia de igualdade e distinção do grupo (SANTOS, 2004).

Outra questão a ser abordada se relaciona com o senso crítico-reflexivo apresentado nos desenhos elaborados. Sob esses elementos cabe realçar que algumas produções simbólicas foram permeadas de críticas ao modelo hospitalar, ao descreverem um cotidiano retratado pela mídia, e em certos casos, vivenciado pelos próprios sujeitos de estudo e suas famílias. Com isso, emergiram nessas produções de sentido, a superlotação das unidades de saúde, a falta de profissionais de saúde, particularmente dos médicos nos cenários de assistência, a dificuldade que a população enfrenta para ter acesso aos serviços de saúde, incluindo também a demora na marcação de consultas eletivas.

É preciso deixar claro que essas questões relacionadas com a crise do sistema de atenção à saúde do nosso país estão muito impregnadas na população em geral, e também nas crianças, tendo em vista a influência da mídia, principalmente no que diz respeito ao discurso propagandístico jornalístico e eleitoral. Esse, invariavelmente busca, com o apoio de setores conservadores da sociedade, culpabilizar, ora as políticas de governo adotadas por seus oponentes, ora os profissionais de saúde, pela situação de caos estabelecida em muitas instituições de saúde. Nessa conjuntura, diversas personalidades da política nacional, respaldados pela mídia, têm minimizado a responsabilidade do Estado pelos problemas existentes nas unidades de saúde, desviando o debate para aspectos periféricos em contraponto ao cerne do problema.

Revestidos de um aparato ideológico, a retórica consagrada no discurso propagandístico se configura na visão “maternalista” vigente nas

políticas públicas, pautadas na premissa de que para melhorar o sistema de saúde a solução consiste na construção de novos equipamentos de assistência, tais como hospitais, maternidades e serviços de pronto-atendimentos. Entretanto, não se verifica nenhum esforço por parte das autoridades competentes, para se discutir o modelo de atenção que será dispensado às pessoas, grupos e coletividades nessas instituições. Como exemplo disso verifico que o carro chefe das diretrizes governamentais continua sendo o binômio mãe-filho, ao privilegiar o ciclo gravídico-puerperal como foco central das ações de saúde.

Essas contradições reforçam as iniquidades existentes contribuindo para a insatisfação da população com o atendimento prestado, tendo em vista a ineficiência de muitas dessas instituições para atender as reais necessidades da população brasileira.

Segundo Franco e Merhy (1997, p.44):

A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece. Este é um erro estratégico, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas.

Desta forma, torna-se necessário repensar amplamente os microprocessos do trabalho em saúde, a partir dos fazeres cotidiano de cada profissional e da esfera da micropolítica do trabalho nas instituições de saúde, potencializando as práticas interdisciplinares para romper com a estrutura centrada em procedimentos assistenciais.

Observa-se na produção simbólica seguinte (figura 12) a crítica explícita aos problemas vivenciados pelos usuários do SUS, que enfrentam dentre vários incômodos: a falta de profissionais de saúde; a demora no atendimento atrelada a longas filas de espera, assim como a superlotação dos cenários de atendimentos.

Figura 12: Produção simbólica referente à crítica ao modelo assistencial.

Nesse caso, um dos fatores que parece contribuir consideravelmente para o caos no atendimento de saúde é o financiamento insuficiente do SUS e que até hoje enfrenta problemas na sua regulamentação. Várias Conferências Nacionais de Saúde já abordaram essa questão construindo propostas concretas de financiamento que favorecem um maior aporte de recursos financeiros ao sistema, mas a regulamentação na forma de lei, por falta de vontade política, ainda não é uma realidade. Em que pese os pilares fundamentais do SUS, a saber: a universalidade, equidade, participação comunitária, descentralização político-administrativa, hierarquização e regionalização que associados às ferramentas de gestão voltadas para a humanização podem contribuir significativamente para minimizar essa situação.

As críticas que emergiram das produções simbólicas, mostram que ao contrário do que muitas pessoas ainda pensam, as crianças não são alienadas. Pelo contrário, as crianças são sujeitos sociais permeados de capacidade criativa, imaginação e porque não dizer senso crítico.

Segundo Mozzere Borges (2008), a possibilidade de criar está ligada ao contexto histórico, familiar, escolar e à riqueza de experiências vivenciadas pela criança. E, como atividade humana a criatividade é semioticamente mediada pela cultura.

Ao discutir a criatividade infantil, Winnicott (1975, p. 100) afirma que:

O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente em qualquer pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou velho – se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa (...). Está presente tanto no viver momento a momento de uma criança (...) que [flui] o respirar, como na inspiração de um arquiteto ao descobrir subitamente o que deseja construir.

Entretanto, Mitjáns Martínez (2004) ao tratar dessa questão, não apenas a partir do senso comum e do saber popular, mas também da literatura científica especializada, afirma que o pensamento propositivo de que a criança nasce criativa; e é o meio ambiente que a inibe ou a estimula, não é mais capaz de sustentar, uma compreensão absolutista do fenômeno da criatividade dada sua complexidade.

Nesse sentido, é preciso considerar as novas abordagens conceituais sobre o tema, tendo em vista que a concepções inatista e ambientalista da psicologia a cada dia têm perdido espaço para a concepção histórico-cultural; sendo essa última, mas aceita na atualidade por estudiosos renomados nessa matéria.

Sobre esta questão esse autor (Ibid., p.85) afirma que:

O enfoque histórico-cultural, como já vimos, quebrou esta concepção do psicológico especificamente humano como inerente a uma natureza humana universal, o que implica que a criatividade não pode ser vista como uma potencialidade psicológica com a qual o indivíduo nasce, mas sim como uma característica ou processo especificamente humano que é constituído nas condições culturais, sociais e históricas de vida de uma sociedade concreta.

Sendo assim, não poderia ser diferente com as crianças participantes desse estudo, pois as mesmas mostraram traços intensos de criatividade,

imaginação e senso crítico. Sob esta ótica, Caldin (2003) descreve o papel da literatura, enquanto instrumento de cidadania, na medida em que a leitura é capaz de desenvolver nas pessoas, principalmente nas crianças, um espírito analítico e crítico. Uma das formas encontradas pelos sujeitos de estudo para manifestar sua criatividade foi mediante a elaboração de desenhos em perspectiva. Para Costa et al (2007) a palavra perspectiva significa “ver através”, sendo identificada como um dos significados da palavra “perspicere”, originada do latim, em uma tradução literal da palavra grega optiké.

Esses autores (Ibid., p. 1) frisam ainda que:

A perspectiva não é a mera representação do espaço tridimensional, ela vai além de um simples recurso gráfico, transcendendo o nosso universo visual. O homem, quando aprendeu a desenhar em perspectiva realizou um dos seus maiores anseios relacionados com a percepção, transcrever com linhas e pontos o ambiente que o cerca. Foi o poder diante do espaço, o controle da representação de um objeto ou de um determinado ambiente. Constitui uma imagem gravada, registrada no papel como uma fotografia, que também o levou a transcender essa técnica, para representar realidades e mundos imaginários.

Costa et al (2007) afirmam ainda que o desenho em perspectiva possibilita a representação do pensamento e da visão. Sendo assim, desenhar em perspectiva segundo alegações desses autores (Ibid.) é fazer surgir uma nova forma de criação, proporcionando uma maravilhosa sensação de liberação do imaginário que se confunde com a arte do criar e do representar. Também é na perspectiva, que o desenhista conhece os elementos, os métodos e põe-se a desenhar guiado pela mente: esta, por sua vez, controlada pela criatividade, pelos conceitos da perspectiva e o desejo de representar a forma, transforma a obra imaginária em arte concreta.

Por meio do desenho em perspectiva me parece que a criança em idade escolar pode criar ainda ilusões, utilizando esse recurso gráfico para trazer a tona um mundo irreal, representado por imagens de sonhos ou fantasias. Neste ponto entra-se num mundo de imagens fora do mundo considerado real, um mundo imaginário, criado pela própria criança, de

acordo com sua emoção. Essa característica esteve presente em muitas produções simbólicas, configurando com isso a expressão máxima da inquietude existente nos pensamentos dos sujeitos de estudo.

A seguir é apresentada a produção simbólicas que exemplifica esses elementos, conforme descritos nas figuras 13.

Figura 13: Produção simbólica referente ao componente imaginativo na infância: a visão em perspectiva.

Percebe-se nesse desenho juntamente com o relato correspondente, diversos elementos de análise, tais como o processo de medicalização do fenômeno da gestação e parturição. Entretanto, será dada prioridade para discussão dos aspectos relacionados à criatividade e imaginação explicitadas nessa produção simbólica. O recurso da perspectiva é empregado nesse desenho para realçar os traços da gestante, permitindo ao observador visualizar a criança no ventre da mulher grávida, sendo inclusive delineadas algumas características femininas (cabelos longos) como alusão ao sexo do bebê. Como se pode notar, a perspectiva permitiu, nesse caso, ao sujeito de estudo, ir além da concepção do mundo real ou irreal, ao

favorecer a expressão intencional da realidade virtual por meio de imagens fruto da imaginação típica da infância.

Sendo assim, Costa et al (2007) reforçam que as imagens representadas pelos processos de perspectiva compõem-se de criações a serviço da criança-criadora; esta, por sua vez, permitiu-se tanto representar o mundo visto e considerado real quanto o mundo imaginado por ela, onde a ilusão ultrapassa a compreensão.

4.2.2.2 Subcategoria 2.2: “Os escolares e os significados sobre as práticas de promoção da saúde centradas no modelo higienista”

A presente subcategoria foi elaborada a partir das produções simbólicas coletadas, compreendendo as práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola, tomando como referencial o modelo higienista-sanitário. Foram elencados os desenhos e respectivas narrativas que melhor traduzem os significados atribuídos às práticas de promoção da saúde centradas no cuidado com o corpo, nas práticas de higiene corporal e nos personagens envolvidos nessas ações.

Seguem abaixo uma síntese dos pontos comuns encontrados nas produções simbólicas que versam sobre o modelo pautado na higiene escolar:

Quadro 3: Ações centradas no modelo higienista segundo as significações oriundas dos desenhos elaborados pelos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro.

Núcleo de Significação	Dimensão de Análise	Significações relacionadas às Práticas de Saúde	
		Conteúdo Principal	Discursos acerca dos Desenhos
2. Ações centradas no Modelo Higienista	a) Espaço social (ambiente)	Escola Banheiro Cozinha Parque de Recreação Refeitório Sala de Aula, Quadra Esportiva, Pátio, Secretaria, Consultório Médico.	“(…) a menina no banheiro escovando os dentes (…)” “(…) A menina no banheiro da escola lavando a mão (…)” “(…) A sala de aula (…)” “(…) Uma escola limpa e saudável (…)” “(…) O banheiro dos meninos e das meninas, a sala das professoras e o refeitório (…)”
	b) Recursos materiais / ações desenvolvidas	Quadro (lousa) de Giz Mesa e Carteira Escolar, Material Didático, Lixeira, Vassoura Pia, Chuveiro, Vaso Sanitário, Escova de Dente, Sabonete, Alimentos (frutas), Brinquedos do Parquinho, Bancada para Alimentação, Banho, Escovação Dentária, Lavagem das Mãos, Alimentação e Hidratação, Aulas, Palestras e Orientações sobre Saúde	“(…) Uma menina lavando a mão na pia (…)” “(…) Um menino comendo maçã (…)” “(…) O menino escovando o dente no banheiro da escola (…)” “(…) O bancário cheio de frutas (…)” “(…) a moça dando uma palestra no quadro negro (…)” “(…) Uma escola com três latas de lixo (…)” “(…) O pessoal da saúde falô que é importante a gente cuidá da nossa saúde (…)”
	c) Atores Sociais	O Próprio Escolar Os Amigos e Vizinhos Colegas de Turma, Merendeira, Professora Gari, Dentista, Médica e Enfermeira.	“(…) eu e minha amiga comendo alimentos saudáveis, sem frituras (…)” “(…) A merendeira preparando comida gostosa pra gente comer (…)” “(…) Uma professora dando aula sobre saúde (…)” “(…) A enfermeira no pátio da escola dando vacina nas crianças (…)”

Os dados apresentados no quadro 3 descrevem as produções simbólicas que retrataram os aspectos que configuram a “modelagem higienista” que foram apontados pelos escolares, tanto em relação às significações sobre saúde em geral, como em relação às práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola pesquisada. Sendo assim, esses elementos foram separadamente analisados, conforme disposto a seguir.

Espaço social (ambiente) concernente ao modelo higienista

No que diz respeito ao espaço social representado nas produções simbólicas sobre as ações de cuidado corporal, a maioria aqui elencada trata do cenário educacional (a Escola), enquanto componente importante para o desenvolvimento dessas ações.

Sendo assim, emergiram como produções: a figura da escola pesquisada em diversas perspectivas. É importante ressaltar que os desenhos demonstraram com riqueza de detalhes os ambientes nas quais as atividades educativas são rotineiramente realizadas, incluindo além das salas destinadas às aulas expositivas, outros ambientes tais como: refeitório, cozinha, banheiros, pátio, quadra esportiva, parque de recreação, secretaria escolar, consultório médico, dentre outras produções simbólicas menos frequentes.

Observa-se nos desenhos elaborados, o predomínio da estrutura espacial da escola, com destaque para alguns setores tais como a sala de aula, o refeitório, os banheiros e a fachada principal do CIEP. Estes foram os locais que emergiram com maior frequência nas produções. Da mesma forma, as narrativas apresentadas foram categóricas em reforçar o modelo higienista impregnado nas expressões realizadas pelos sujeitos de estudo, visto que as mesmas traçaram uma correlação direta entre as ações concernentes ao cuidado com o corpo, bem como as ações de higiene ambiental e as atividades relacionadas à saúde desenvolvidas na escola pesquisada.

Segue o desenho (figura 14) que exemplifica esta afirmativa, juntamente com sua respectiva narrativa.

Figura 14: Produção simbólica referente ao cenário Escolar.

Diante disso, os desenhos e narrativas apresentados configuram um conjunto de produções que vincularam o cenário escolar primordialmente às representações relacionadas à: higiene corporal, higiene bucal, alimentação, hidratação, limpeza ambiental, incluindo nesse contexto a coleta seletiva de lixo e limpeza das salas de aula. Foram registrados ainda desenhos que reportaram as práticas de exercícios físicos, assim como as atividades campanhistas dentre as quais se destacou a campanha de imunização contra a poliomielite.

Partindo dessa premissa cabe destacar que as produções de sentido que foram elencadas na presente subcategoria demonstraram a lógica da modelagem higienista ao privilegiar os componentes que empoderaram, ao longo da história, o discurso médico hegemônico sobre a educação, aprofundando a partir do século XX a ordem civilizatória imposta pela classe dominante à população pobre (ZUCOLOTO, 2007).

Para ratificar esse pressuposto, o autor anteriormente citado (Ibid., p.142) afirma que:

Nesse momento da história brasileira, os médicos viam as escolas, como lugares coletivos que contribuíam para a gênese e a disseminação de doenças que assolavam as cidades brasileiras.

Com essa perspectiva, percebe-se o surgimento da centralidade do componente biológico no cuidado à saúde nas fontes primárias coletadas, na medida em que as mesmas se referiram à escola como espaço social destinado ao cuidado do corpo. Diante disso, surgiu nos desenhos e relatos, uma verdadeira avalanche de registros que colocaram em evidência, principalmente, os seguintes ambientes: o banheiro, o refeitório e a quadra esportiva. As figuras 15 e 16 representam perfeitamente o ambiente escolar apresentado pelos sujeitos de estudo, por meio dos desenhos elaborados à mão livre.

Figura 15: Produção simbólica referente ao cuidado centrado na perspectiva higienista.

Nota-se no desenho e narrativa anterior que o escolar estabelece forte correlação entre os hábitos de higiene, alimentação e prática de exercícios físicos, com a manutenção da saúde, configurando com isso, o reforço do discurso higienista. Outra questão que merece destaque diz respeito ao fato de que as observações dos sujeitos de estudo, durante o recreio, mostraram que as atividades lúdicas, representadas pelos hábitos de pular corda, jogar damas e simplesmente correr pelo pátio, parecem favorecer a interação e o convívio harmonioso dessas crianças, constituindo-se como componentes fundamentais da cultura escolar da comunidade pesquisada.

Percebe-se que nessas produções emergiram com intensidade, os elementos que caracterizam a dinâmica de legitimação da apropriação médica da infância, o que culminou na incorporação da vertente medicalizadora no espaço escolar. Nesse sentido esse processo de higienização social ao qual as escolas foram submetidas foi marcado pela implantação de práticas autoritárias que permearam a retórica da educação no que diz respeito à interface estabelecida pelos defensores do discurso médico higienista e o modelo de higiene escolar idealizado para produzir efeitos de “verdade absoluta”, respaldando a visão campanhista / preventivista muito frequente na moldagem sanitária – até os dias de hoje – herdada, sobretudo, do modelo alemão de “polícia médica” (GIROLDO, 2012).

Ao estudar as origens históricas da medicalização das dificuldades relacionadas ao processo de escolarização de crianças de classes populares, pude perceber que essa visão medicalizante da escola abriu caminho para a patologização dos problemas decorrentes do processo de ensino-aprendizagem, dos quais se destaca, entre muitos, a questão do fracasso escolar.

Figura 16: Produção simbólica referente ao banheiro da escola.

As figuras 17, 18 e 19 reforçam as ideias apresentadas, pois os desenhos e relatos denotam o modelo higienista mediante a representação da higiene corporal e do ambiente, alimentação e da incorporação do discurso científico das ciências biológicas (microbiologia) que perpassam a noção de causa e efeito, relacionando os hábitos e modos de vida com a possibilidade do adoecimento da população.

Na figura 17 está explicitado ainda, além dos ambientes concernentes as práticas de higiene (banheiro) e alimentação (refeitório), a preocupação com a saúde, no que diz respeito ao controle de vetores, nesse caso, o mosquito da dengue. Essa preocupação é natural, tendo em vista a massificação das campanhas de prevenção e controle da dengue, muito difundida nos meio de comunicação; sem falar nas atividades educacionais voltadas para o tema, que foram objeto de discussão da comunidade escolar durante boa parte do período de coleta de dados.

Desta forma, as produções simbólicas registradas se constituem como um reflexo coerente das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cenário pesquisado e incorporadas pelos escolares no

cotidiano das relações sociais estabelecidas pelos indivíduos no contexto da escola.

Figura 17: Produção simbólica referente ao refeitório da escola.

Figura 18: Produção simbólica referente ao projeto de reciclagem do lixo escolar.

Da mesma forma, a figura 18 ilustra com riqueza de detalhes o projeto de coleta seletiva desenvolvido no cenário pesquisado, com a efetiva participação de toda comunidade escolar nesse processo. Infelizmente o modelo higienista privilegia demasiadamente os determinantes biológicos do processo saúde-doença. Esse modelo de atenção à saúde se ajusta às concepções ideológicas que representa tendo sua relevância resguardada na medida em que aponta para questões importantes do processo saúde-doença; mas deixa lacunas importantes que não são abordadas a contento das necessidades de saúde da população.

Dessa forma, o modelo higienista não permite espaço suficiente para a abordagem de outros aspectos pertinentes no processo de atenção à saúde das pessoas, como por exemplo, a cidadania, a autonomia, a sustentabilidade, a participação ativa da população e o controle social do sistema.

Figura 19: Produção simbólica referente às práticas de cuidado corporal.

O modelo hegemônico atual de atenção à saúde no espaço escolar é operacionalizado de forma fragmentada com organização por componentes

isolados e hierarquizados; orientado para condições agudas; voltado para indivíduos cujo sujeito é o paciente; e, enfoque majoritariamente apoiado na doença e seus determinantes biológicos (MENDES, 2011).

No entanto, há algum tempo que propostas de reorientação do atual modelo de saúde têm sido alvo de debates em nível nacional. Nesse particular, propostas de reorientação do modelo atual para uma atenção a saúde integral têm sido abordadas nos espaços de discussão. Na proposta de reorientação mencionada, o referencial adotado para modelo hegemônico atual passa a ser constituído de forma a contemplar como sujeitos não somente os usuários, mas também as equipes de saúde (gestores e profissionais), a população organizada e as equipes de outros setores ligados à saúde. Também nesse novo referencial os problemas de saúde (enquanto objeto principal da atenção) passam a ter uma abordagem multifacetada (determinantes, riscos e danos). De igual forma, as tecnologias médico-sanitárias utilizadas passam a ter um enfoque integrado com as de gestão e o *locus* da atenção de territórios-processos com populações adscritas. A organização dessa proposta de reorientação do modelo de atenção atual aponta para a perspectiva de atenção em redes (MENDES, 2011).

De acordo com Mendes (2011) a proposta de atenção em redes tem sido implementada por meio de sistemas integrados de saúde desde a primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos, com repercussão para outros países como Europa Ocidental e Canadá, e posteriormente para os demais países em desenvolvimento. No Brasil, o autor supracitado menciona que o assunto é tema recente, mais precisamente a partir do ano 2000 pela implementação de quatro redes regionais de atenção pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mais recentemente, desde 2008 o Ministério da Saúde tem estabelecido as redes de atenção à saúde e as linhas de cuidado mediante o estabelecimento de diretrizes para implantação (*Ibid.*). Ainda de acordo com esse autor, (*Ibid.*, p. 69-71) vários estudos em todo o mundo, inclusive ensaios randomizados, tem demonstrado que as redes de atenção à saúde têm melhorado os “resultados sanitários e

econômicos dos sistemas de saúde (...), na medida em que se constituem como uma (...) saída para a crise contemporânea” desse sistema.

Por outro lado, é necessário destacar a importância da escola, enquanto espaço privilegiado para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde. Isto porque a escola, por se constituir também como *locus* do cuidado em saúde, tem a responsabilidade de abordar às questões relativas a esse campo de conhecimento a partir da realidade local, privilegiando as ações interdisciplinares que possibilitem articulações que dialoguem amplamente com outras áreas do conhecimento humano.

Ratificando esta colocação, o Ministério da Educação (2010, p.08) ressalta que:

A saúde é qualidade de vida, estando associada aos direitos humanos, como: o direito ao trabalho, à habitação, à educação, à alimentação, ao transporte, ao saneamento básico, à cultura, à previdência, à assistência social e ao lazer. A escola comprometida com uma educação integral e integrada contribui significativamente para promoção de saúde, quando suas ações pedagógicas têm como horizonte a garantia desses direitos. Pensando desta forma podemos afirmar que toda prática de educação comprometida com o desenvolvimento integral também é uma prática de saúde.

Nesse sentido, a escola não pode se limitar a execução de ações de promoção da saúde somente em função das práticas pedagógicas tradicionais, muitas das vezes prescritivas e depositário-bancárias, uma vez que essas objetivam frequentemente apenas informar de forma verticalizada, os estudantes sobre temas de saúde em atividades pontuais, quase sempre centradas meramente no combate de doenças. Nessa perspectiva, a educação para saúde na escola deve promover a formação de crianças e jovens conscientes da importância da transformação das relações com o ambiente, com os outros e consigo mesmo.

É importante ressaltar que conforme preconiza a OMS (*Ibid.*) a educação para a saúde com um enfoque integral, quando baseada nas necessidades dos sujeitos, caminha na direção comprometida com as questões relacionadas com diferenças oriundas dos componentes culturais,

de gênero, etnia, entre outras, sendo, portanto capaz, de contribuir para uma vida mais saudável.

Entretanto, a realidade nas escolas de ensino fundamental em nosso país tem configurado um contexto muito diferente daquilo que é almejado, uma vez que segundo LACAZ (2010, p. 154), o discurso biomédico é ainda o priorizado no cenário escolar, influenciando significativamente os conteúdos oriundos das dimensões corporais que assumem uma conotação voltada apenas para os assuntos concernentes ao estudo da anatomia, fisiologia, órgãos e sistemas. Sob este prisma essa autora afirma ainda que “só há crença no palpável, no comprovável, no detectável, na verdade absoluta”, o que acarreta certo negligenciamento da interação humana, da vivência social e da sensibilidade como instrumentos poderosos no processo de ensino-aprendizagem.

LACAZ (2010, p. 154) ao estudar como o corpo humano é entendido e representado nos Parâmetros Curriculares Nacionais para o ensino fundamental, destaca ainda que:

as políticas públicas materializadas nos Parâmetros Curriculares Nacionais têm como compromisso a produção de determinados tipos de sujeitos, o que se configura como um processo complexo, conjugado a partir de interesses diversos e apoiado em vasta produção de verdades e poderes/saberes oriundos de múltiplos campos.

Nessa perspectiva, penso ser necessário mudanças no ensino fundamental, no que diz respeito aos aspectos relacionados com as temáticas que envolvem o corpo. Isto porque os modelos educacionais tradicionais têm se voltado para a utilização de recursos tecnológicos com a finalidade de adestramento dos alunos, em detrimento do emprego de metodologias problematizadoras que são mais comprometidas com as transformações sociais, abrindo espaço para a discussão e aprendizagem do corpo como componente essencial na construção da identidade do sujeito.

Por outro lado, é imperioso frisar que o sistema educacional do Brasil, vive apesar dos importantes avanços na última década, uma conjuntura de crise, marcada primordialmente pelo processo de sucateamento das escolas de ensino fundamental e os baixos salários oferecidos ao magistério.

Nesse sentido, Helene (2012, p. 01) preocupado com as repercussões negativas oriundas dos equívocos cometidos pelo Estado na área educacional, afirma que:

As consequências sociais, econômicas e culturais da crise de nosso sistema educacional são muito graves, em especial se considerarmos o que ocorre no restante do mundo. Nenhum país superou a barreira do atraso e do subdesenvolvimento sem desenvolver seu sistema escolar e não há razão para supor que será diferente conosco. Se parte dos atuais problemas econômicos e sociais pode ser atribuída ao que ocorreu com nosso sistema educacional na década de 1980, o que está ocorrendo desde 2000 terá reflexos importantes no perfil social, econômico e cultural nas próximas décadas.

Da mesma forma, Arelaro (2005) ao traçar um diagnóstico situacional do ensino fundamental no Brasil, apontou os impasses que esse nível de ensino vem enfrentando no Brasil, dando ênfase as questões que envolvem: 1) a implantação da escola fundamental de nove anos; 2) os debates sobre períodos e ritmos “pedagógicos”; 3) a sistemática centralizada de avaliação educacional, 4) o processo acelerado de municipalização; 5) a sistemática de financiamento adotada para esse nível de ensino; e, 6) o processo de (des)valorização dos profissionais da educação, tanto em termos de remuneração salarial como de formação profissional.

Sob esta ótica o autor anteriormente citado (*Ibid.*) apontou algumas tendências, tecendo críticas ao modelo de gestão educacional – menos democrática e mais “eficiente” – e ao processo de privatização dos sistemas de ensino no Brasil na medida em que as políticas educacionais têm incorporado à visão mercantilista sobre a educação.

Recursos materiais e ações desenvolvidas concernentes ao paradigma centrado no corpo

Em relação aos recursos materiais utilizados nas ações desenvolvidas no cenário pesquisado, a maioria das produções simbólicas retratou os componentes instrumentais (equipamentos pedagógicos) e procedimentais (higiene corporal, higiene bucal, higiene ambiental, alimentação, hidratação e práticas de exercícios físicos) que são realizados na escola.

Assim sendo, é premente destacar nesse momento da análise que os resultados referentes aos recursos materiais foram fortemente atrelados aos equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento das atividades educacionais. Desta forma, as produções de sentidos nessa subcategoria demarcaram um conjunto de expressões com características muito peculiares, uma vez que essas reproduziram com bastante propriedade diversos tipos de produtos utilizados em inúmeras situações pelas professoras e pelos estudantes, incluindo: o quadro de giz, mesa e a cadeira escolar, material para colorir (lápis de cor), material para higiene pessoal (o sabonete, a toalha, a escova de dente) e a indumentária das pessoas (uniformes dos estudantes). Surgiram ainda outros artefatos nos desenhos, tais como os equipamentos necessários para essas ações: o chuveiro, a bancada do refeitório, a torneira, a pia e o vaso sanitário. Percebe-se nos desenhos que os sujeitos de estudo ao se apropriarem dos signos do universo escolar, descreveram os objetos com os quais estão mais familiarizados.

Chama atenção nas produções simbólicas o destaque dado pelos sujeitos de estudo aos componentes que se relacionam com os cuidados corporais, muitas das vezes seguidos de relatos que deixavam claro a preocupação dessas crianças com a contaminação e consequente adoecimento.

Preocupado com essas questões Gondra (2005) refere que a higiene e a educação escolar, foram formuladas conforme os condicionantes institucionais da visão civilizatória, constituindo-se como marco organizador da cultura escolar, pautando-se no controle dos corpos e dos espaços, assim como da distribuição do tempo, da alimentação, do vestuário, da

sujeira, dos órgãos dos sentidos, da inteligência e das vontades e da própria formação moral.

A racionalidade médico-higiénica efetivou a lógica da “pedagogia das faculdades, em que o desenvolvimento do corpo, da inteligência e da moral deveria ser pautado nas prescrições consolidadas nas instituições e pelos representantes da razão médica” (GONDRA, p. 05).

Ademais, esse autor (*Ibid.*) associa o modelo higienista com as teorias marcadamente atreladas a visão de eugenia, descrevendo que essa seria um desmembramento da higiene, por meio do qual se proveria a humanidade dos mecanismos de escolha para reprodução, gestação, puericultura, educação física, intelectual e moral, com que os seres humanos alcançariam o esplendor de todas as suas possibilidades.

Por outro lado, como reflexo disso, são perceptíveis os desdobramentos desses modelos organizacionais que visam estabelecer de forma quase imperceptível por intermédio de rotinas, práticas, e mecanismos de controle, influências que perpassam as metodologias de ensino adotadas nas instituições de formação fundamental, os materiais e recursos pedagógicos utilizados nas práticas educativas e até mesmo o tipo de mobiliário empregado no cenário escolar.

Por isso, parece mais fácil compreender o porquê de inúmeros desenhos ressaltarem em detalhes minuciosos o banheiro e o refeitório da escola, bem como a esperada sensação de bem-estar oriunda dessas ações (higiene e alimentação). Com isso, verifica-se com clareza a representação das crianças em idade escolar acerca das práticas de promoção da saúde, baseadas principalmente em ações de cuidado corporal.

Da mesma forma, as narrativas desses desenhos também se coadunam e reforçaram o paradigma educacional ainda vigente, baseado no modelo de educação formal tradicional, que utiliza recursos metodológicos de cunho predominantemente expositivos e centrados na figura do professor. Por outro lado emergiram também produções de sentido que descreveram os recursos materiais relacionados às ações de cuidados corporais realizadas pelos sujeitos de estudo na escola. Esses desenhos

realçaram os elementos da cultura escolar que caracterizaram a reprodução dos dispositivos normativos amplamente massificados pela formalização de rotinas que padronizam o comportamento e consequentemente a relação da criança com seu corpo. Na verdade, é por intermédio da cultura escolar que as práticas de higiene encontram a possibilidade de reforço simbólico que podem ser explicados em diversos planos de produção e reprodução.

Figura 20: Produção simbólica referente aos recursos materiais empregados nas práticas de cuidado corporal.

As produções simbólicas (figuras 20 e 21), bem como os seus respectivos relatos, expressam claramente esses apontamentos. Nota-se que a figura 20 reúne em, uma única produção, diversos materiais que foram mais ilustrados pelos sujeitos de estudo: a escova de dente, a torneira, o lavabo e a o chuveiro.

Já a produção simbólica registrada na figura 21 traz ainda aspectos relacionados à higiene ambiental, se referindo especificamente à necessidade de manutenção da limpeza do banheiro e a prática de lavagem das mãos. É preciso destacar inclusive que diversas narrativas trouxeram à tona as dificuldades enfrentadas pela escola, em relação à conservação da limpeza desse ambiente por parte dos próprios alunos.

Figura 21: Produção simbólica referente à limpeza ambiental e lavagem das mãos.

Nos desenhos, são reproduzidos também, além das questões ligadas à alimentação e higiene corporal, os hábitos de limpeza dos espaços sociais da escola. É preciso frisar que as observações e interações de campo com os membros da comunidade escolar, evidenciaram que as professoras intensificavam as orientações sobre o descarte do lixo, principalmente nas dependências da sala de aula, o que se reflete nos desenhos e narrativas que destacaram as latas de coleta de lixo e a limpeza do ambiente enquanto ferramentas indispensáveis para a manutenção da saúde.

Por outro lado, no tocante aos quesitos procedimentais retratados pelos sujeitos de estudo nas produções simbólicas, destacam-se os elementos que realçaram as ações higienizadoras e educacionais, representadas nessa etapa da análise como ferramentas para operacionalização das práticas de saúde. Tais representações descreveram com bastante criatividade as atribuições dos estudantes, na medida em que realçaram os hábitos prescritivos realizados no cotidiano da escola.

Em relação às normas e rotinas prescritas no cotidiano escolar pesquisado, tais questões podem ser mais bem entendidas mediante as considerações de Habermas (1987), mais particularmente no que diz respeito ao que esse autor chama das bases de apoio das trocas intersubjetivas a que os indivíduos estão submetidos. Segundo esse autor (*Ibid.*) a crença nas verdades compartilhadas permite entender porque os significados atribuídos pelos sujeitos de estudo às práticas de promoção da saúde compartilham a ideia de saúde vinculada ao cuidado do corpo físico. De igual forma o pensamento de Habermas (*Ibid.*) sobre o acordo de regras e normas reconhecidas no contexto das práticas intersubjetivas lança luz sobre os acordos tácitos que permitem o pleno desenvolvimento das rotinas estabelecidas pela escola para a implementação das práticas de promoção da saúde.

Além disso, as experiências pessoais trazidas pelos sujeitos de estudo nas produções simbólicas referentes às práticas de promoção da saúde no cenário pesquisado parecem concordar com o pensamento de Habermas (*Ibid.*). Isto porque essas experiências são, de acordo com esse autor, nada mais do que manifestações de vivências subjetivas desses sujeitos.

Nesse sentido, é premente ressaltar que a sequência de figuras 16 até a 21 registra produções que descrevem diversas ações de promoção da saúde, a saber: alimentação, higiene corporal (banho), escovação dentária, lavagem das mãos, coleta de lixo e a realização de atividades físicas.

A alimentação foi uma ação frequentemente relatada pelos escolares, estando provavelmente relacionada às práticas de manutenção da saúde, como reflexo de experiências individuais e coletivas das crianças nessa faixa etária quer seja no contexto familiar quer seja no ambiente da escola. Até porque às campanhas anuais de conscientização acerca da importância da nutrição saudável são amplamente divulgadas e trabalhadas com os estudantes no cenário pesquisado pelo evento intitulado “semana da alimentação saudável”.

A higiene corporal que inclui o banho, lavagem das mãos e escovação dentária, enquanto representação emergente dos desenhos e depoimentos dos escolares, pode ser compreendida como mais um dos aspectos relacionados à influência do modelo higienista. Isto porque as práticas de promoção desenvolvidas pelas equipes do PSE, PSF e docente, se mostraram centradas no ensino de práticas de saúde direcionadas ao cuidado corporal. A produção simbólica seguinte (figura 22) traz a tona o enquadramento ideológico alinhavado na discussão nesse tópico da subcategoria.

Figura 22: Produção simbólica referente à alimentação na escola.

Na verdade, a questão da alimentação na escola se constitui como prática essencial para a manutenção da saúde e o desempenho escolar dessas crianças. Isto porque em muitos casos, a merenda escolar representa, considerando as condições socioeconômicas de parcela significativa da população brasileira, a única refeição nutritiva realizada pela criança durante boa parte do dia.

Considerando a influência do estado nutricional no desempenho escolar Passoni et al (2011, p. 64) ressaltam que:

A merenda escolar é um bem-estar proporcionado aos alunos durante sua permanência na escola e tem como principal objetivo suprir, parcialmente, as necessidades nutricionais dos alunos, melhorar a capacidade de aprendizagem, formar bons hábitos alimentares, manter o aluno na escola.

A alimentação na escola está diretamente relacionada ao estado nutricional e saúde da criança. Tanto que diversos estudos têm reforçado a importância da escola como espaço ideal para a incorporação de hábitos alimentares saudáveis, com a finalidade de prevenção de distúrbios nutricionais com especial ênfase na obesidade e doenças crônicas (MONDINI, 2007; Barlow, 2007).

Para Mondini (2007. p. 1826) as questões relacionadas à alimentação infantil precisam ser vislumbradas de forma bastante cuidadosa, uma vez que:

No período da infância, além de exercer pouco controle sobre o ambiente em que vive, como por exemplo, sobre a disponibilidade domiciliar de alimentos, a criança pode ainda sofrer forte influência do hábito alimentar e de atividade física de seus pais e familiares e estar sujeita às mudanças nos padrões ambientais e de comportamento por causa da sua inserção no ambiente escolar.

Nesse sentido, as diretrizes oriundas da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)⁴⁹ se coadunam com o Artigo 208, inciso VII da Constituição Federal que reforça a responsabilidade do Estado com a educação mediante a garantia de:

(...) atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.⁵⁰ (BRASIL, 2009c, p. 8)

Sob este prisma, o principal desafio da promoção de práticas alimentares saudáveis enquanto direito de cidadania, se traduz na incorporação dos princípios de universalidade, respeito aos hábitos

⁴⁹BRASIL. Ministério da Saúde: Política Nacional de Alimentação e Nutrição, 2012.

⁵⁰ Redação dada pela Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, seção 1, de 12 de novembro de 2009, p. 08.

alimentares, equidade, descentralização e participação social, conforme determinado no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Para que isso se materialize no ambiente escolar, o PNAE propõe em suas diretrizes, dentre outras estratégias, a formalização da educação alimentar no processo de ensino e aprendizagem; o incremento de práticas de promoção da saúde mediante a implementação de ações educativas que perpassem transversalmente a temática da alimentação saudável no currículo; bem como o estabelecimento de ações que apoiem o desenvolvimento sustentável, com ênfase na agricultura familiar mediante a implantação de hortas escolares (BRASIL, 2009d).

No que concerne às produções simbólicas relacionadas aos cuidados corporais, é importante destacar que os significados emergentes configuram as relações do corpo, enquanto lócus de práticas, discursos, sentimentos, interpretações e significados.

Nesse sentido, Foucault (2004) refere-se ao corpo como local privilegiado para o estabelecimento das relações de poder, coerções e domínios, invariavelmente permeados por experiências de confronto e resistência. O trecho descrito abaixo vislumbra um pouco as indagações desse autor (*Ibid.*, 2004, p. 146), ao afirmar que:

O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo (...) tudo isto conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio.

Os conceitos foucaultianos são convidativos para se refletir acerca das relações existentes entre a educação, o corpo e a medicina. Nesse sentido o modelo higienista serviu de suporte que deu capilaridade e credibilidade aos dispositivos normativos fundamentados no discurso médico para fomentar os princípios morais que nortearam as políticas educacionais no Brasil, desde o século XIX.

Ademais, a observação das interações sociais dos sujeitos de estudo durante o recreio (manifesta pelas brincadeiras de pular corda, correr e pular) ou nas aulas de educação física, bem como nos ensaios de danças folclóricas como, por exemplo, as danças de quadrilhas de São João, tipicamente vinculadas as festa juninas, demonstraram que a escola incentiva às atividades que favorecem a expressão corporal.

Entretanto, ainda predomina o legado do pensamento estruturalista que sempre buscou a associação entre estrutura e função e os elementos determinantes do desempenho pautadas na perspectiva positivista (Minayo, 2001). A partir desse pressuposto, pode-se compreender o predomínio da fisiologia no ensino do corpo humano, aonde muitos profissionais da área de educação e da saúde, acabam focalizando o corpo como uma máquina.

Em relação a verticalização dos métodos de ensino, suas limitações reforçam a necessidade de se pensar outras metodologias de ensino que retomem o papel da educação como forma de emancipação do indivíduo.

Desta forma, Barboza e Duarte (2007) ao ressaltarem a importância do pensamento educacional de Paulo Freire, discorrem sobre a magnitude da educação problematizadora enquanto um dos mecanismos propulsores do processo de transformação social. Para tanto, esses autores afirmam ser necessário à mudança do paradigma educacional centrado na figura do professor, para dar espaço a métodos de ensino que privilegiem a interação dialógica e a aproximação do binômio professor-aluno de forma que o processo ensino-aprendizagem possa ser contextualizado com a realidade que norteia a vida do educando. Nesse sentido, a postura do professor, em sala de aula e em outros espaços educativos, se caracteriza como elemento significativamente representativo para essa mudança de atitude. Sob esse conceito repousam as concepções de Freire, que ao defender a educação criativa e libertária, afirma que (*Ibid.*, 2007, p. 04):

Conscientes dessa nossa postura de formadores de opiniões, por meio do estímulo, da reflexão, da crítica e da troca de ideias. Devemos ter a consciência de que somos mediadores ou ainda mobilizadores que alavanca as mudanças sociais. Para tanto,

devemos ter por base um viés filosófico educacional que leve em conta os aspectos epistemológicos que abordam o conhecimento de forma interdisciplinar e respeitam o tempo de cada aluno, conduzindo-o há uma compreensão não somente à leitura de palavras, mas, sobretudo à leitura de mundo.

Sabemos que o homem é um ser histórico e social, dotado da habilidade de aprender por meio da interação com o seu meio, a partir de experiências circunscritas na unidade de tempo e espaço (Freire, 2011).

Assim sendo, é factível a ideia de que a “leitura de mundo precede a leitura da palavra”, ou seja, o educando já tem uma vida social que antecede a escola. Por isso, o mesmo já percebe e atua, no mundo, com base em suas experiências existenciais, que se configuram como a oportunidade de suas primeiras leituras de “textos”, palavras, letras, ou seja, experiências orais, ideais, pessoais e /ou coletivas – geralmente familiares (*Ibid.*, 1996).

Dessa forma, o que esse educando precisa é então do apoio de um educador que, na qualidade de facilitador do processo de ensino-aprendizagem, o estimule ou provoque ainda mais o desenvolvimento do seu raciocínio crítico.

É prudente realçar que as observações de campo revelaram que em muitos casos o cenário pesquisado desenvolve diversas práticas educativas com formato inovador. Dentre esses se destaca o projeto Sangari, que no município do Rio de Janeiro recebe o nome de Cientista do Amanhã.

Chama atenção às estratégias utilizadas pelo projeto em tela, que desenvolve, dentre outras ações: a integração curricular, a disponibilidade de material didático para alunos e professores, a disponibilidade de material para a realização de investigações em sala de aula, bem como a formação contínua dos educadores envolvidos no projeto e o acompanhamento sistemático de todo o processo. A figura 23 reforça as produções de sentido, emergentes das atividades de educação em saúde desenvolvidas no cenário pesquisado.

O que se pretende enfatizar são alguns pressupostos defendidos por Freire que se coadunam com a importância da pedagogia centrada na autonomia dos educando, uma vez que a mesma reafirma os princípios da

educação voltada para a cidadania. Sob esse prisma, educar exige respeito aos saberes e à autonomia dos educandos, reflexão crítica sobre a prática, reconhecimento e a assunção da identidade cultural, disponibilidade para o diálogo, bom senso, humildade, dentre outros atributos (FREIRE, 2011).

Figura 23: Produção simbólica referente à participação docente nas atividades de orientação para a saúde.

É preciso destacar que as observações de campo revelaram que os profissionais de educação, assim como todo o corpo de funcionários do cenário pesquisado, se mostraram extremamente comprometidos com a natureza do trabalho que desenvolvem. Da mesma forma, ficou evidente o nível de competência elevado e a postura exemplar desses profissionais no desempenho de suas funções laborais.

Contudo, apesar dos avanços evidentes no setor da educação nas últimas décadas, e das constatações aferidas nas observações oriundas das interações com a comunidade escolar, infelizmente, ainda há resquícios da metodologia de trabalho baseada no construtivismo, que geralmente

influencia alguns professores à adotarem uma postura mais conteúdista dentro de sala de aula.

As produções simbólicas demonstraram a importância que as ações educativas assumem na vida dessas crianças, na medida em que os ensinamentos são absorvidos por esses atores sociais. Nesse sentido, a utilização do conceito de *habitus*, desenvolvido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu (2005), e ratificado por Sarmento (2011), parece bastante apropriada nesse contexto, uma vez que segundo esses autores, o *habitus* primário é incorporado, pelo sujeito, na família e na escola.

Ademais, MIRANDA(2005) ao discorrer sobre o conceito de *habitus*, segundo a perspectiva de Bourdieu, afirma que o mesmo é estruturado com as experiências de socialização. Esse autor aponta ainda que a noção de *habitus* é cumulativa, ou seja: as determinações ou experiências estruturantes produzidas no começo da vida influem nas aquisições posteriores.

Desta forma, o *habitus* primário se incorpora no indivíduo, perpetuando-se até a vida adulta. Assim sendo, quando adultos, esses *habitus* irão refletir nas posturas adotadas por esses agentes sociais. Nesse caso, possibilitando a perpetuação da cultura do culto ao corpo e do combate a doença pelas vias modeladoras do determinismo higienista.

Atores Sociais que atuam no Cenário Escolar

No que concerne ao componente humano, as produções simbólicas dessa subcategoria demonstraram primordialmente os agentes envolvidos nos hábitos de cuidado corporal, com destaque para o próprio escolar.

Ademais, as produções simbólicas dessa categoria traçaram também o perfil de atuação dos profissionais de saúde e professores do cenário pesquisado ainda concatenado com o paradigma sanitário. É importante frisar ainda que nos desenhos e narrativas, aqui apresentados, a centralidade das ações recaiu sobre os próprios sujeitos de estudo.

Sendo assim, o registro gráfico e as narrativas tiveram como personagens principais, além do próprio escolar, os amigos, vizinhos e

colegas de turma. Coadunados com esses atores sociais, as narrativas descreviam um pouco do cotidiano das práticas de promoção da saúde na escola, como por exemplo, “eu vou comer, comer é muito bom pra saúde” - Tarsila do Amaral (11 anos); ou “tenha higiene na escola, lava a mão” – Lord Alfred Tennyson (9 anos); ou “não suje a escola para ela ficar limpinha” - William Turner (11 anos).

Essas produções simbólicas demonstraram de certa forma, o protagonismo dos sujeitos de estudo nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cenário pesquisado. Esse protagonismo tem papel importante na dinâmica que envolve as práticas de saúde no contexto do SUS, uma vez que o mesmo tem apostado em práticas inovadoras, que englobam dentre outros componentes a valorização dos sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva (BRASIL, 2008a).

Por outro lado, a incorporação das práticas de cuidado corporal por parte dos sujeitos de estudo parece estar fortemente relacionada à posição que esses escolares ocupam no campo cultural da escola, de forma a construir uma ideologia própria permeada por dispositivos normativos que capilarizam as noções de certo e errado bem como de padrões aceitáveis e inaceitáveis para manutenção da saúde. Os apontamentos de Miranda(2005, p. 92), a partir do referencial do *habitus* no campo do poder definido por Bourdieu, corroboram com essa ideia ao afirmar que:

as práticas dos diferentes agentes no campo cultural dependem da posição que ocupam em seu interior. Independente das consciências e vontades, essa posição impõe-se, fazendo-se ideologia própria e engendrando suas tomadas de posição (...).

A figura 24 ilustra perfeitamente as questões anteriormente levantadas, no que diz respeito ao protagonismo dos sujeitos de estudo.

Por outro lado, as produções simbólicas registraram também o surgimento de outros personagens do universo escolar tais como a merendeira, as professoras, o Gari. Emergiram ainda produções de sentido a respeito da presença da equipe de saúde do PSE, na medida em que os

sujeitos de estudo apontaram a figura do Dentista, da Médica e da Enfermeira. Nesse caso, foram verificados relatos elogiosos acerca da postura profissional e desempenho realizado pelos membros da equipe de saúde, principalmente a enfermeira.

Tendo em vista que as produções simbólicas reforçaram o protagonismo dos sujeitos de estudo, os profissionais de saúde foram de certa forma, retratados como figuras “facilitadoras da ação do cuidado”.

O papel dos professores como articuladores e facilitadores do processo ensino-aprendizagem, como um todo, assim como nas questões que envolvem a saúde, pôde ser inúmeras vezes identificado nas interações de campo. Ao adotarem essa postura, esses profissionais assumem uma posição estratégica, na dinâmica do cuidado das crianças no contexto do cenário escolar, na medida em que se constituem como elo entre os escolares e a equipe de saúde que atua nesse cenário.

Por entender a importância do professor nesse contexto, o Ministério da Educação (2010, p. 07) destaca a saúde como condição fundamental de cidadania e mudança social, enfatizando a necessidade da participação da equipe docente como aliada importante na efetivação de agenda de saúde nas escolas. Da mesma forma, esse ministério incentiva a mobilização de outros agentes nesse processo, ao frisar que:

A saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visem à ampliação de escolhas mais saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde, pelos quais se compreendem como objetivo a redução das vulnerabilidades e a ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades. Para tanto, é fundamental a articulação com os diversos setores da sociedade como: educação, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros, para o desenvolvimento de estratégias.

Ademais, são apontados também na citação acima, estratégias de articulação para o desenvolvimento de ações mais concretas e coadunadas com a realidade da população no contexto da escola. Tais estratégias visam

ampliar a abrangência das ações de saúde na comunidade escolar, na medida em que direcionam o foco de atuação para aspectos que perpassam a dimensão sociocultural das pessoas, grupos e coletividades.

Figura 24: Produção simbólica referente ao protagonismo do sujeito.

Da mesma forma, a escola tem um papel preponderante na formação cidadã, uma vez que possui papel decisivo no desenvolvimento de competências, com a finalidade de possibilitar às crianças, a aquisição de habilidades sociais e para a vida.

Tais habilidades devem buscar, em última análise à guisa dos pressupostos da Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, a valorização da vida dessas crianças, suas famílias e toda a comunidade escolar, bem como a dotação da autonomia para favorecer a tomada de decisões e escolhas saudáveis por esses atores sociais.

Para isso, o Ministério da Educação (2010) tem apostado na educação integral como estratégia capaz de desenvolver na comunidade escolar, dentre outros aspectos, o bem-estar coletivo, a autonomia e autoestima elevada. Sob esse prisma diversas atividades pedagógicas, devem ser desenvolvidas para oportunizar aos educandos o exercício da autonomia, da liberdade, do compromisso ético, do diálogo, da justiça, da autoridade, do respeito, da visão crítico-reflexiva, bem como a expressão adequada de pensamentos e sentimentos. Os desafios impostos por

mudanças culturais significativas nos estilos de vida da população, nas últimas décadas, têm se constituído um desafio, por exigir significativamente habilidades sociais nas relações interpessoais, englobando as dimensões pessoal, situacional e cultural (Del Prette e Del Prette, 2012; Bandeira et al, 2009; Paiva e Rodrigues, 2008).

A iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) em inserir o modelo de habilidades de vida nas escolas deve-se às mudanças ocorridas na sociedade nos últimos anos na cultura mundial, o que tem refletido nos estilos de vida de toda a população. Em decorrência de tais transformações as crianças da atualidade não têm demonstrado em muitas situações competência suficiente para o enfrentamento dos enormes desafios e pressões que o mundo contemporâneo têm dirigido às pessoas em geral. Isso tem exigido da escola um olhar mais cuidadoso e dedicado ao desenvolvimento dessas competências (BRASIL, 2010b). Entretanto, para Del Prette e Del Prette (2006, p.02) “possuir um bom repertório de habilidades sociais, não garante, por si só, um desempenho socialmente competente”. De acordo com esses autores (*Ibid.*, 2006), os conceitos de habilidades sociais e competência social não são equivalentes. Isto porque Cecconello e Koller (2000) definem competência social como a capacidade individual de interagir com os eventos de vida, tanto num sentido de resolução de problemas, como num sentido de auto-realização. Resumidamente, Cecconello e Koller (2000) partem da premissa que uma criança socialmente competente é capaz de ser sensível e empática com seus pares, de se engajar em atividades sociais positivas, formar relações de amizade e adaptar-se em situações de estresse, demonstrando com isso dotação de resiliência.

Por outro lado, é preciso ressaltar alguns aspectos culturais emergentes nas produções simbólicas que incluem os elementos da cultura nacional e local. Dada à complexidade dos resultados dessa pesquisa, em trechos anteriores da análise foram explicitados alguns componentes culturais imbricados com a modelagem higienista das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cenário pesquisado, que foram, nesse momento,

um pouco mais pormenorizados. Ademais, atendendo aos pressupostos de Sarmiento, destaquei também os componentes inerentes à própria infância, tais como as atividades lúdicas, tendo em vista sua recorrência nos desenhos elaborados pelos sujeitos de estudo.

No que concerne às questões culturais destacam-se as produções de sentido que realçaram as práticas de futebol como componente expressivo da cultura brasileira, estando desta forma amplamente inseridas, de forma sistemática, no âmbito escolar como conteúdo da disciplina de Educação Física. Segundo Araújo e Sousa (2007) a educação física exerce papel fundamental na formação da personalidade da criança, assegurando-a autonomia individual e integração social, ao mesmo tempo em que utiliza como meio no processo educacional os exercícios físicos, os jogos e os desportos, cuja finalidade é de contribuir para adaptação biológica e social dos seus praticantes. É importante destacar que o futebol, enquanto prática desportiva está presente no espaço escolar, assim como em toda a sociedade brasileira. Corroborando com essa afirmativa, as observações de campo mostraram comumente garotos empolgados e envolvidos com a prática prazerosa de jogar futebol, no pátio durante o recreio. Essa prática pôde ser verificada ainda nos terrenos baldios, praça, ruas e calçadas, configurando dessa maneira, o futebol como fenômeno social.

Figura 25: Produção simbólica referente aos aspectos culturais que influenciam nas práticas de promoção da saúde.

É interessante como o futebol brasileiro frequentemente exposto nas diversas modalidades da mídia, nos bares, nas esquinas dentre outros lugares de convivência é enaltecido por essa nação, assim como pelo resto do mundo. De acordo com Lucena (2001, p. 09): “o futebol, enquanto esporte coletivo teve um processo de desenvolvimento autônomo, nunca sistematizado de forma acadêmica ou escolar”. Para esse autor (*Ibid.*, 2001), o futebol possui uma virtude especial: “consagrar os brasileiros de todas as condições de vida”.

A figura 25 ilustra claramente a influência do futebol em nosso meio, ao trazer elementos que evidenciam a paixão pelo “clube do coração” manifesta pelos sujeitos de estudo ao explicitarem nos desenhos as camisas com os emblemas dos clubes de suas respectivas preferências.

Já a figura 26 traz à tona a perspectiva higienista, uma vez que essa produção simbólica põe em evidência os dispositivos que capilarizam os padrões e estilos de vida esperados para a manutenção da saúde. Nesse caso, tal afirmativa pode ser exemplificada pela comparação elaborada pelo sujeito de estudo ao estabelecer como “conduta padrão” o hábito de jogar futebol calçado, ao mesmo tempo em que tipifica como inadequada a postura de jogar futebol descalço. São narrados também, os possíveis efeitos oriundos dessas atitudes, na qual a primeira está intensamente associada aos efeitos protetores, enquanto na segunda possibilidade, foram descritos consequências negativas (contaminação e adoecimento) em função do padrão adotado.

Figura 26: Produção simbólica referente aos dispositivos normativos que configuram os padrões de comportamento humano.

As produções simbólicas destacaram também as atividades lúdicas no contexto escolar e comunitário. Os jogos de dama e a “pelada”, a empinada de pipa dos meninos, assim como a “pulada” de corda ou elástico das meninas, foram algumas das brincadeiras observadas durante o recreio, e registrada pelos sujeitos de estudo nos desenhos e narrativas.

É importante salientar que a brincadeira no cenário escolar se constitui como um momento de interação social para as crianças, fazendo com que por intermédio dessa atividade a criança e seu o grupo possam construir a compreensão sobre o mundo e as ações humanas (JALANTONIO et al, 2010).

Nem sempre o brincar se caracteriza como atividade espontânea, uma vez que, antes se constrói nas experiências de contato social, tendo como locus primário o ambiente familiar, depois se estende para os espaços informais das atividades grupais, para só então alcançar a escola. De certa maneira, o ato de brincar representa o elo de ligação entre a criança e a cultura na qual está imersa. Produz e responde indagações, abrindo caminho para experiências que seriam improváveis em outros contextos da vida.

As atividades lúdicas em grupo adquirem relevância no atual contexto da socialização da infância, tendo em vista que os vídeo-games e computadores ocupam hoje um lugar importante principalmente na vida das crianças e adolescentes, que passam horas isolados, “plugados na rede mundial” para interagir com essas máquinas. Frequentemente, acabam recebendo uma quantidade enorme de conceitos, valores e concepções, na maioria das vezes, de forma passiva e muitas vezes sem reflexão (BATISTA; ZANOLLA, 2006; MEDEIROS; SEVERIANO, 2011).

Por outro lado, é necessário frisar que a emergência significativa de inúmeros desenhos retratando os banheiros da escola, chama a atenção, até porque as narrativas de várias crianças, ratificadas por algumas professoras destacaram o desejo dessas crianças de tomarem banho na escola. Entretanto, as observações de campo evidenciaram a falta de infraestrutura mínima que oportunize as crianças a possibilidade de tomarem banho durante o período de permanência no ambiente escolar. Isto porque os banheiros não possuem as condições necessárias, incluindo chuveiros, vestiários, material de higiene pessoal tais como sabonete e toalhas, dentre outros recursos imprescindíveis, para que as crianças possam realizar a higiene corporal, principalmente após as aulas práticas de educação física.

Nesse sentido, as produções simbólicas assumiram caráter reivindicatório, uma vez que os sujeitos de estudo manifestaram sua insatisfação com a situação estabelecida, fazendo em alguns casos alusão ao “protótipo” do banheiro idealizado pela comunidade escolar. É preciso considerar a justeza dessas críticas, tendo em vista que em decorrência das condições climáticas existentes na localidade pesquisada, as temperaturas do ambiente frequentemente alcançam os índices mais elevados do município. Habermas (Minayo, 2001) clarifica essa situação ao reconhecer no sujeito a possibilidade da ação coadunada com a crítica social, que traz como consequência, a capacidade de sentenciamento sobre as ações, bem como permite ao sujeito a possibilidade de buscar a transformação da realidade social. Grosso modo, é exatamente isso, que as crianças, tentaram demonstrar em seus depoimentos e produções simbólicas.

4.2.2.3 Subcategoria 2.3: “Os escolares e os significados sobre as práticas de promoção da saúde: compreendendo o tema numa perspectiva sociocultural”

A presente subcategoria foi instituída para sustentar a análise das produções simbólicas, concernentes às práticas de promoção da saúde vislumbradas na perspectiva sociocultural. Nesse sentido, foram elencados os desenhos e narrativas que melhor traduzem os significados atribuídos às práticas centradas na convivência comunitária, que fogem da modelagem hegemônica e aos personagens tipicamente envolvidos nessas ações. Assim, as abordagens alternativas aos modelos tradicionais, são aqui entendidas de forma genérica como uma visão mais ampliada sobre a saúde.

Seguem abaixo uma síntese dos pontos comuns encontrados nas produções simbólicas que versam sobre o modelo pautado no contexto de vida das pessoas:

Quadro 4: Compreensão da saúde numa perspectiva sociocultural segundo as significações oriundas dos desenhos elaborados pelos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro.

Núcleo de Significação	Dimensão de Análise	Significações relacionadas às Práticas de Saúde	
		Conteúdo Principal	Discursos acerca dos Desenhos
3. Ações centradas na Perspectiva Sociocultural	a) Espaço social (ambiente)	Comunidade Estruturada O Lar da Criança O Meio Ambiente, a Praça do Bairro Escola	“(…) A comunidade de Vila Moretti, que é limpa e organizada (…)” “(…) A tia na escola sentindo paz (…)” “(…) O menino na comunidade jogando bola (…)”
	b) Recursos materiais / ações desenvolvidas	Bola, Patins, Skate, Gangorra, Balanço, Escorrega O Cuidado pelo Ser Humano e pela Natureza, Bem-Estar (aspectos psicoemocionais: sentimentos e atos como rir, brincar, sentir paz, alegria, tranquilidade) Educação como Elemento de Transformação As Interações Humanas	“(…) Crescer melhor, sentindo feliz (…)” “(…) Ter amigos e conquistar as pessoas (…)” “(…) A gente brincando, rindo na tranquilidade (…)”“(…) Estudar faz bem à saúde: estudem! (…)” “(…) Saúde é cuidar um do outro (…)”
	c) Atores Sociais	A Família, Os Amigos, Os Integrantes da Comunidade O Próprio Escolar Colegas de Turma A Professora O Boneco Falante A Minhoca Feliz	“(…) As crianças brincando na praça (…)” “(…) A menina brincando com as amigas (…)” “(…) Eu ajudando minha família. Eu amo ajudar minha mãe (…)”

Os dados apresentados no quadro 4 descrevem as produções simbólicas que retrataram os aspectos que configuram a compreensão da saúde numa perspectiva sociocultural explicitada pelos escolares, em relação às significações das práticas de promoção da saúde desenvolvidas.

É importante frisar que ao contrário das produções de sentido elencadas nas subcategorias anteriores, que reproduziram “clichês médico-sanitários”, essa subcategoria buscou explorar as produções de sentido que responderam de forma peculiar a esses clichês, na medida em que não os reproduzem e algumas até brincam com os mesmos. Na verdade, percebe-se que os desenhos e narrativas apresentados nesse momento da análise caminham no sentido inverso desse circuito de linguagem, ao estabelecerem uma significação própria. Sendo assim, esses elementos foram separadamente analisados, conforme disposto a seguir.

Espaço social (ambiente) concernente à visão ampliada de saúde

No tocante ao espaço social presente nessa subcategoria a grande parte das produções simbólicas sobre as ações de saúde e reportou ao cenário comunitário, enquanto componente principal de desenvolvimento dessas ações.

Sendo assim, emergiram como produções as figuras de diferentes ambientes, tais como: a praça do bairro, o parquinho, o campo de futebol e os domicílios dos sujeitos de estudo. É importante salientar que os desenhos refletiram com riqueza de detalhes a visão dos escolares estabelecendo relação direta dos aspectos que envolvem a questão da saúde com os ambientes de convivência da comunidade escolar pesquisada.

Observa-se nas produções simbólicas, o predomínio do entorno da comunidade pesquisada, com destaque para as qualidades e atributos que reforçam a importância da convivência familiar (o lar), a estrutura comunitária existente, principalmente em relação à oferta de serviços, tais como: saúde, educação, saneamento básico e coleta de lixo, proteção e segurança, bem como de infraestrutura físico-ambiental que inclui pavimentação urbana, paisagismo e urbanismo, a praça, a quadra esportiva

e a preservação do meio ambiente. Estes foram os locais que emergiram com maior frequência nas produções. Da mesma forma, as narrativas apresentadas foram categóricas em refletir os anseios dessas crianças em relação a espaços de convivência (praça, parquinho, entre outros), tendo em vista o contexto no qual as mesmas vivem.

Segue o desenho (figura 27) que melhor caracteriza estas afirmativas, juntamente com sua respectiva narrativa.

Figura 27: Produção simbólica referente aos espaços de convivência.

É preciso lembrar que o cotidiano dos sujeitos de estudo, é em muitos casos, marcado pela violência, carência de diversos recursos e dificuldade de acesso a diversos equipamentos de bem-estar social dentre os quais se destacam os de lazer e diversão.

Imbuída dessa compreensão, Iamamoto (2004, p.17) afirma que “na atualidade, a ‘questão social’ diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado”. Sob essa ótica, essa questão exprime as desigualdades econômicas, políticas e culturais, mediadas por disparidades existentes nas relações de gênero e étnico-

raciais, assim como nas realidades regionais, determinando idiossincrasias no acesso aos bens e serviços sociais a que essa população está sendo imposta.

Entretanto, diversos esforços têm sido empreendidos, a partir da implementação das políticas sociais, em nosso país para modificação desse panorama. Na saúde, esse movimento de mudança compreende a ampliação do próprio conceito de saúde que implica, segundo Mângia (2011, p.i) na:

construção de processos assistenciais multidimensionais, centrados nas necessidades das pessoas e articulados ao seu contexto sócio-relacional. Ancorado nas diretrizes da integralidade, equidade e participação social o Sistema Único de Saúde tem mostrado a importância da luta pela manutenção e fortalecimento das Políticas Sociais e do desenvolvimento de estratégias de ação complexas, na busca de contribuir para a redução das extremas desigualdades sociais presentes em nossa realidade.

Para Fernandez e Mendes (2007), a ampliação do conceito de promoção da saúde, a partir dos pilares da autonomia e emancipação, deu-se por insatisfação de diversos setores da sociedade civil organizada e por profissionais de saúde inconformados com as abordagens higienistas e normatizadoras centradas mormente na prevenção de doenças.

Ainda em relação ao ambiente, sua importância na promoção da saúde precisa ser reforçada na medida em que este enquanto resultante da dinâmica de interação dos sujeitos, pode favorecer ou dificultar a operacionalização das práticas voltadas para a saúde.

Há, também, que se pensar no ambiente e sua utilização como uma forma de expressão político-econômica que revela a “história de biopoderes” (FOUCAULT, 2004). Assim, o espaço social se constitui como o local estabelecido pelos atores sociais, para mediante a dinâmica social, refletir os complexos fenômenos sociais oriundos do tensionamento entre os sujeitos, na luta por seus interesses e necessidades objetivas e subjetivas.

Sob essa ótica, diversos espaços sociais, dentre eles: a escola, a igreja, o comércio, as áreas de lazer (praças, jardins, parques), os serviços

de saúde, as organizações não governamentais (ONGs) e as associações de moradores, ganham destaque, pois se revelam em espaços sociais da vida cotidiana promissores no que diz respeito ao desenvolvimento das práticas de promoção da saúde.

Entretanto, é preciso frisar que a dinâmica desses espaços revela as assimetrias e a constante construção e reconstrução da realidade. Dessa forma, ao tomar esses espaços sociais para análise da promoção da saúde ficam evidentes os conflitos e interesses, frutos das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem entre indivíduos e grupos sociais. Por isso, é preciso, entender os espaços sociais como cenário de disputas de projetos e poderes, nos quais há embates de concepções e conceitos. Nesses espaços, os sentidos e significados das práticas em saúde transitam entre a autonomia dos sujeitos na construção da promoção da saúde e a responsabilização individual que fortalece a medicalização social nas concepções das pessoas sobre a saúde.

Considerando as condições socioambientais, a abordagem social em saúde deve: 1) possibilitar à população as condições de acesso à rede de serviços e a benefícios assistenciais; 2) identificar famílias e indivíduos com direitos violados, a natureza das violações, as condições em que vivem, estratégias de sobrevivência, procedências, aspirações, desejos e relações estabelecidas com as instituições; 3) promover ações de sensibilização para mobilização da sociedade e divulgação do trabalho realizado, na busca do estabelecimento de parcerias em projetos que visem à garantia dos direitos sociais e necessidades de inclusão social; e, 4) promover ações para a reinserção familiar e comunitária (SEMAS, 2012).

Outro aspecto positivo a ser considerado nessas produções de sentido, não se concentra no ponto de vista quantitativo dos desenhos elaborados. Apesar de minoritárias, as mesmas demonstram, ao contrário do que muitas pessoas pensam, que as crianças em idade escolar possuem um senso crítico intenso, ainda que em processo de amadurecimento.

A inferência realizada pelos escolares a um modelo de certo modo inovador foi observada em pouquíssimas expressões produzidas, nos

levando a reflexões acerca das questões culturais, os modos e as condições de vida que estão imbricadas nesse contexto, tendo em vista que a maioria das pessoas incorpora ao longo da vida o modelo hegemônico de atenção a partir da realidade que vivenciam.

Em relação às políticas públicas voltadas para a atenção escolar, algumas estratégias têm sido utilizadas para coadunar o alcance de tais políticas com a realidade social da comunidade escolar. A territorialização e distritalização são exemplos clássicos dessas estratégias que buscam, de certa forma aperfeiçoar os modelos de gestão e atenção à saúde.

Assim sendo, à luz dos princípios da territorialidade, é possível ampliar a temática da saúde na escola, realizando uma leitura do contexto social em que a comunidade escolar está inserida. Com isso, torna-se possível vislumbrar as condições e características do território escolar compreendido pelo entorno imediato em que se situam o cenário e os sujeitos pesquisados, dando visibilidade aos costumes, história do local, relações entre as pessoas, recursos naturais, instituições e organizações que estão presentes, acesso a equipamentos de educação, saúde, transporte e emprego (BRASIL, 2010b).

Cumprido ressaltar que a análise dessas condições e características deve ser feita mediante estudo do entorno imediato onde os escolares estão inseridos, sob a perspectiva da identificação de fatores potencialmente prejudiciais à qualidade de vida, bem como das relações que se estabelecem entre as potencialidades e limitações da coletividade local (BRASIL, 2010b). Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolvem alguns dos determinantes que podem favorecer a melhoria das condições de vida, daí a importância de se conhecer profundamente a realidade vivenciada pelas pessoas, grupos e coletividades.

No que concerne ao processo de distritalização em saúde, sabe-se que esse vem sendo implementado como eixo central das mudanças dos modelos de gestão e atenção. Nesse sentido, ganha destaque nesse processo os determinantes geográficos, populacionais, socioeconômicos,

culturais e epidemiológicos que passam a ser considerados para a gestão e o planejamento das ações de saúde direcionadas ao entorno da localidade, compreendido nessa abordagem como o distrito sanitário. Nesse sentido, é importante ressaltar que a regionalização e a distritalização devem ser entendidas como um processo permanente, contínuo e dinâmico, que implica na negociação e pactuação entre gestores e gerentes dos serviços do SUS, com a ampla participação e controle social; e deve ter como meta a progressiva construção da disponibilidade de serviços e ações com vistas à satisfação efetiva das demandas e necessidades de saúde da população da região ou distrito sanitário (ALMEIDA, CASTRO E VIEIRA, 2002).

Nesse sentido, a distritalização deve compreender em sua perspectiva de ação a identificação, análise e compreensão do processo saúde-doença em conjunto com os determinantes das condições de vida existentes no contexto da realidade da comunidade local, para favorecer a articulação de ações de diversas naturezas voltadas para os anseios e necessidades da população. Isto implica num processo dinâmico, progressivo e flexível, na medida em que as competências definidas para cada elemento integrante do sistema de saúde são orientadas na abordagem da integralidade da atenção à saúde.

Considerando as afirmativas descritas em relação ao espaço social, a produção simbólica seguinte (explicitada na figura 28) descreve alguns equipamentos sociais tidos como importantes para a comunidade pesquisada. Além disso, a narrativa do sujeito de estudo nesse desenho estabeleceu relações de significado a cada um dos equipamentos sociais figurados na produção simbólica.

Chama a atenção na narrativa do sujeito de estudo o destaque que o mesmo deu em relação à família ao realçar a centralidade que as relações próprias do ambiente familiar assumem na vida das pessoas.

Figura 28: Produção simbólica referente aos equipamentos sociais.

Recursos materiais e ações desenvolvidas concernentes ao paradigma alternativo

Em relação aos recursos materiais envolvidos nas ações retratadas pelos sujeitos de estudo, a maioria das produções simbólicas, se atentou para os componentes instrumentais (dispositivos e equipamentos) que são concernentes às interações humanas estabelecidas na dinâmica comunitária.

Assim sendo, é premente destacar nesse momento da análise que os resultados referentes aos recursos materiais foram fortemente atrelados principalmente aos insumos necessários ao desenvolvimento das atividades lúdicas. Assim, as produções de sentidos nessa subcategoria demarcaram um conjunto de expressões com características muito peculiares, uma vez que essas reproduziram com bastante propriedade diversos tipos de produtos utilizados em inúmeras situações recreativas ilustradas pelos escolares, incluindo: a bola, os patins, o skate e a corda. Surgiram ainda outros artefatos nos desenhos, tais como: o escorrega, o balanço, a bicicleta e a gangorra, dentre outros equipamentos de diversão do parquinho.

Chama atenção nos desenhos o destaque dado pelos sujeitos de estudo aos sentimentos e interações humanas, que muitas das vezes deixavam clara a compreensão de saúde atrelada ao bem-estar psicossocial. Isto pode ser caracterizado também pelas expressões explicitadas nas narrativas que realçaram os sentimentos positivos, tais como: sorrir, brincar, sentir paz, tranquilidade e alegria, bem como a importância da amizade e do cuidado pela natureza e pelo ser humano.

Por isso, as produções simbólicas ressaltaram o cotidiano por meio dos jogos de futebol, os encontros na praça, bem como as sensações agradáveis oriundas desses momentos de lazer e diversão. Com isso, verificou-se perfeitamente a representação que as crianças em idade escolar possuem acerca da relevância desses elementos tendo em vista suas próprias necessidades. Em que pese o fato de que em muitos casos, as condições de vida, os laços familiares e demais fatores que promovem o bem-estar da comunidade, encontram-se, por diversos motivos, fragilizados.

Da mesma forma, as narrativas desses desenhos reforçaram o entendimento da educação enquanto ferramenta indispensável no processo de emancipação do sujeito e transformação da realidade social. Na quase totalidade das produções elaboradas pelos sujeitos de estudo, os recursos materiais explicitados estavam invariavelmente associados às atividades lúdicas desenvolvidas geralmente coletivamente, pelos membros da comunidade escolar nos espaços sociais públicos. Com isso, o emprego dos materiais e equipamentos descritos nessa subcategoria trouxe à tona a concepção de saúde desacoplada dos modelos hospitalocêntrico e higienista-sanitário, que se mostraram hegemônicos nas subcategorias anteriores. As produções simbólicas seguintes (figuras 29 e 30) expressam claramente esses apontamentos.

A apreensão de novos pressupostos só é possível a partir de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, mediante a mudança do paradigma da atenção à saúde. Com bases em critérios que capilarizem com maior impacto as necessidades de saúde dos sujeitos, torna-se exequível o estreitamento da interface entre o sujeito, a família e a

comunidade, dando maior visibilidade aos aspectos socioculturais que interferem na qualidade de vida da população.

Figura 29: Produção simbólica referente aos sentimentos positivos oriundos das interações humanas com o meio ambiente.

Ademais, é importante frisar que a integralidade das ações em saúde abrange a ampliação da escuta das histórias individuais e coletivas, bem como suas condições de vida e necessidades em saúde, nas quais as pessoas são consideradas protagonistas na construção e produção da saúde, tanto na dimensão individual como coletiva (BRASIL, 2010b).

Essa perspectiva pode fazer com que a família passe a ser o cerne precípua da atenção, sendo compreendida a partir do ambiente onde vivem esses atores sociais. Isto permite a ampliação da atenção à saúde da criança no contexto da escola repercutindo favoravelmente nos modos de vida da comunidade escolar, marcados muitas vezes por provações e enfrentamentos.

Figura 30: Produção simbólica referente ao papel da educação para a transformação da realidade social.

Por outro lado, no tocante as ações retratadas pelos sujeitos de estudo nas produções simbólicas, destacam-se os elementos que realçaram as atividades, relações e interações humanas, vislumbradas nessa etapa da análise como elementos fundamentais para operacionalização das práticas de promoção da saúde na escola.

Segundo Minayo (2001) ao se apropriar da tese de Kosic, a práxis é a grande mediadora entre o indivíduo, a natureza e a sociedade, se constituindo como a esfera do ser humano, criador da realidade objetiva. Nesse sentido, toda atividade humana não pode ser pensada apenas como uma atividade exterior às pessoas, pois na verdade, cada ação humana configura a incorporação prático-espiritual do mundo, transformando os processos objetivos, na medida em que são atribuídos sentidos que transformam a realidade, na direção de suas subjetividades. Assim, o ser humano cria sentido à vida comum e em sociedade, determinando a dinâmica das mudanças que envolvem a dimensão cultural, econômica e política do mundo.

Ao se desenvolver as ações de promoção da saúde na escola é importante que estejam presentes nessas ações os princípios da intersetorialidade, tendo em vista que a complexidade da realidade social requer a articulação de saberes e experiências no planejamento, desenvolvimento e avaliação das políticas públicas, com vistas ao alcance dos resultados esperados (BRASIL, 2010b).

Sob esse prisma, a promoção da saúde exige o desenvolvimento de uma perspectiva integral na abordagem da atenção à saúde abarcando ferramentas intersetoriais que promovam a saúde como uma estratégia mais ampla de ação para o enfrentamento dos problemas sociais que incidem sobre a saúde das populações. Tais ferramentas favorecem o impulsionamento de diferentes setores da sociedade para o desenvolvimento de ações compartilhadas, visando à construção coletiva de uma nova forma de compreender e abordar a temática da saúde (BRASIL, 2010b).

A articulação intersetorial das ações de saúde propicia a sustentabilidade das práticas de promoção a partir da conformação de redes de corresponsabilidade voltadas para identificação das potencialidades e limitações da comunidade local, com vistas à resolução dos problemas encontrados mediante o estabelecimento de vínculos de diálogo e mobilização por parte de todos os envolvidos (BRASIL, 2010b).

Em relação às potencialidades do cenário estudado, as ações intersetoriais devem ampliar a integração de esforços, englobando além da Unidade Básica de Saúde (UBS), hospitais, universidades, ONGs, pontos de cultura, igrejas, praças, campos de futebol, entre outros equipamentos sociais, de forma a congregar as condições necessárias para a melhoria da qualidade de vida da população que vive no entorno do território.

No que concerne às limitações existentes na comunidade escolar pesquisada, as ações intersetoriais devem orientar a adoção de estratégias com a finalidade de minimizar os riscos potenciais da região que incluem: pontos de tráfico de drogas, avenidas com trânsito intenso, lixões, entre outros lugares que merecem a atenção do poder público para saneamento

das iniquidades geradas pela falta de investimentos, por décadas, nas áreas sociais (BRASIL, 2010b).

Outra estratégia igualmente importante para a promoção da saúde é o suporte social, entendido por Silva (2009) como instrumento de trabalho da atenção básica, visando melhorar a qualidade de vida e autonomia de grupos e indivíduos acerca das experiências de vida.

Para a autora anteriormente citada, o suporte social é composto por um conjunto de ações solidárias:

podendo ser realizadas por diversos atores próximos dos que estejam necessitando desse suporte, como parentes, amigos, pessoas da comunidade, voluntários, membros de entidades religiosas, associativas, e outras, e também pelos membros das equipes de saúde da família. (*Ibid.*, p. 120)

Da mesma forma, o suporte social inclui o fornecimento de informações, a prestação de apoio emocional, bem como a oferta de suporte instrumental, que se caracteriza pela mobilização de recursos técnicos e / ou materiais que auxiliam no cuidado às pessoas, e em alguns casos, às suas famílias (*Ibid.*, 2009).

Diante dos apontamentos realizados, torna-se essencial destacar a importância dos modelos de atenção denominados aqui como modelos “contrahegênicos”, uma vez que buscam alternativas concretas para equacionarem a problemática estabelecida no setor saúde. A reflexão acerca dos modelos assistenciais remete-se, grosso modo, aos processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde.

Entretanto, o que se pretende enfatizar nesse momento é a necessária reorganização do cuidado à saúde, tanto do ponto de vista individual, como também coletivo, para a viabilização das alternativas construídas a partir de perspectivas que privilegiem de forma harmoniosa os determinantes sociais do processo saúde-doença, criando os meios propícios: a humanização, o acolhimento, a atenção à saúde baseada em linhas de cuidado, a descentralização e equidade, bem como a consolidação

e ampliação das práticas voltadas para valorização da vida e dos direitos de cidadania.

Atores Sociais que atuam no Cenário Comunitário

No que concerne ao componente humano retratado nas ações comunitárias, as produções simbólicas traçaram um panorama de integração dos sujeitos de estudo com os demais membros da comunidade escolar pesquisada. Sob esse olhar, foram destacadas pelos escolares as experiências relacionadas aos momentos de convivência familiar e comunitária. Desta forma, emergiram nas produções de sentido principalmente a Família, os amigos, o próprio escolar, os colegas de turma, a professora, bem como alguns personagens fictícios advindos da imaginação e criatividade dos sujeitos de estudo, a saber: o “boneco falante” e a “minhoca feliz”.

Ao lançar um olhar sobre o “sujeito coletivo da saúde pública”⁵¹ a partir do contexto da comunidade pesquisada, reflexões acerca de alguns temas tais como o protagonismo dos sujeitos, a participação social, o papel da família e as habilidades sociais e para a vida podem ser facilmente vislumbrados. Contudo, considerando que esses temas já foram discutidos em outras categorias analíticas, os mesmos não serão revisitados nesse momento da análise.

Entretanto, é oportuno frisar outras temáticas emergentes que permitem reflexões acerca de desdobramentos importantes para as ações de promoção da saúde. Dentre essas temáticas destacam-se a questão de gênero, a inserção social e as percepções dos sujeitos que responderam de forma peculiar aos clichês médico-sanitários, uma vez que não os reproduziram, assim como estabeleceram com os mesmos uma relação lúdica.

⁵¹ Entende-se nessa Tese como o sujeito coletivo da saúde pública “a sociedade”, que segundo as reflexões de Minayo (2001), está intrincada por conflitos de interesses sociais e políticos, assim como apresenta núcleo de conformação mediado por mecanismos de identificação e consenso. Essa compreensão sobre o sujeito pretende resgatar os aspectos sociológicos que certamente exercem papel preponderante no processo saúde-doença, na medida em que por meio das condições objetivas e subjetivas que gera, projeta na realidade social reflexões que acabam por definir os conceitos sanitários, os níveis e os padrões de vida almejados.

É necessário ressaltar que algumas produções simbólicas evidenciaram o reconhecimento das desigualdades existentes nos modos de vida concernentes ao cuidado à saúde, partindo da perspectiva de que homens e mulheres cuidam de sua saúde de formas diferentes no decorrer da vida. Dessa forma, a leitura da realidade expressa pelos sujeitos de estudo, suscita reflexões acerca da dinâmica social que produz culturalmente padrões de sujeitos masculinos e femininos marcados pela incorporação de atitudes e posturas polarizadas em características tipificadas pela diferenciação sexual. Tal dinâmica acaba, grosso modo, favorecendo o processo de feminização do cuidado à saúde.

Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005) essa feminização do cuidado a saúde está incorporada no discurso social que veicula, reforça, contesta e/ou produz determinadas formas de conceber e de viver feminilidades e masculinidades.

Nesse caso, esses autores (*Ibid.*, 2005) afirmam ainda que homens não se cuidam como deveriam e se distanciam do cuidado, predispondo-se a riscos, uma vez que culturalmente a disposição e a habilidade para cuidar são atribuições definidas como características femininas, o que também coloca homens casados na posição de seres a serem cuidados e protegidos por suas mulheres.

Da mesma forma, segundo esses autores (*Ibid.*, 2005) os homens são mais competitivos e isso os torna mais tensos, ansiosos e propensos a diversos distúrbios de saúde, dos quais se destacam as doenças cardiovasculares e os problemas decorrentes de acidentes e violências.

Nesse sentido torna-se importante compreender a dimensão de gênero como parte das políticas de saúde atentando não para as diferenças nas condições de saúde resultantes exclusivamente da diferença biológica entre homens e mulheres. Na verdade o que se pretende é realçar os determinantes sociais que interferem nos processos de adoecimento, tais como a naturalização da agressividade como um atributo masculino e da fragilidade e submissão como características femininas, por exemplo,

influenciando negativamente nas condições de vida e de saúde da população (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Para Ferraz e Kraiczuk (2010) ao longo dos vinte anos de consolidação do SUS, a questão de gênero tem sido incorporada nas políticas públicas do setor de diversas maneiras. Como exemplo dessa incorporação, três políticas específicas são emblemáticas no cenário atual da atenção à saúde em nosso país, a saber: 1) a Política de Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/AIDS, com destaque para o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) e Outras DST; 2) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; e, 3) a Política de Atenção Integral à Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT).

Em relação à política de DST e AIDS, o avanço na discussão dessa temática é relevante no âmbito do SUS na medida em que a mesma tem sido fortalecida pelo aumento significativo “do conhecimento das relações entre gênero, sexualidade e saúde que adveio da emergência da epidemia” (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 73). A noção de vulnerabilidade trouxe importante avanço nessa questão na medida em que se baseia nos fatores que favorecem a proliferação da pandemia de HIV/AIDS. Nesse sentido, destacam-se os fatores sociais, culturais e políticos, geradores de desigualdades e de exclusão social que são à base de sustentação da infecção pelo vírus e ao mesmo tempo tornam limitadas as abordagens preventivistas fundamentadas exclusivamente na cognição e responsabilização individual (*Ibid.*).

Ademais, durante os anos 90 ocorreu o fortalecimento das discussões acerca da necessidade de políticas de saúde voltadas para a população masculina, num enfoque de gênero em resposta as “barreiras socioculturais e institucionais que determinam diferentes desfechos de saúde quando se comparam as populações de homens e mulheres” (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 75). Para Schraiber, Gomes e Couto (2005), o desenvolvimento da temática da masculinidade no campo dos estudos de gênero e saúde

reforçou, dentre outros aspectos a entrada de novos olhares para objetos antigos no campo da saúde de mulheres e homens e a reiteração do entrelaçamento existente entre saúde, cidadania e direitos humanos. Nessa temática, Ferraz e Kraiczky (2010) enfatizam que os homens de uma forma geral resistem a buscar cuidados preventivos quer seja por questões culturais (que dissociam o valor de masculinidade e a fragilidade que a doença representa), quer seja pelo fato de que os horários disponíveis para atendimento nos serviços de saúde como um todo coincidem na maior parte com o horário de trabalho.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem vem estabelecer, então, como objetivo principal:

promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (Brasil, 2008b, p.31).

As ações dessa política visam basicamente o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina (com destaque para as questões de saúde sexual, reprodutiva, bem como para os aspectos relacionados à sociabilidade masculina) e a redução dos altos índices de morbimortalidade associados, principalmente a causas externas, consumo abusivo de álcool e outras drogas, detecção precoce e tratamento dos tumores e doenças dos aparelhos digestório, circulatório e respiratório (Brasil, 2008b).

Ainda na década de 80, uma série de estudos sobre os significados subjetivos, culturais e sociais da vivência da sexualidade trouxeram à tona a diversidade sexual existente na sociedade, fornecendo elementos que viriam a contribuir tanto para a questão da epidemia de HIV/AIDS, como para a construção da política de atenção integral à saúde da população LGBT (BRASIL, 2010c). Segundo Lionço (2009), os agravos à saúde dos

segmentos de LGBT são determinados fortemente pela questão social por intermédio de frequentes violações de direitos a estes cidadãos que, segundo essa autora, são desprovidos da possibilidade de existência ocasionada pela asseguuração dos padrões morais hegemônicos no campo da sexualidade.

Apesar dos avanços constatados nos campos político, científico e ideológico, devidamente materializados pela formulação de políticas públicas voltadas para a atenção da população masculina, o que se identifica na comunidade pesquisada é que o impacto das mesmas, na realidade social da localidade, não é percebido pelos sujeitos de estudo.

A figura 31 apresentada a seguir reforça a questão de gênero descrita pelos atores sociais nas produções simbólicas.

Figura 31: Produção simbólica referente à questão de gênero.

Em relação aos atores sociais, cabe tecer algumas reflexões acerca da noção do “sujeito coletivo da saúde” no contexto da comunidade pesquisada a partir do referencial de Minayo (2001). Segundo essa autora, a área da saúde coletiva precisa ser entendida como um território ou campo

de conhecimento, de poder, assim como de identificação e de referência grupal.

Por isso, é necessário reconhecer o “sujeito coletivo da saúde”, como elemento constitutivo da sociedade, que atua de forma efetiva, favorecendo a transcendência e ultrapassagem dos limites setoriais, na medida em que estabelece relações de interdependência com as políticas públicas sociais, macro e microeconômicas. Da mesma forma, é preciso lembrar que a saúde envolve as relações comportamentais, individuais e coletivas, bem como as ações institucionais (MINAYO, 2001).

Ademais, considerando a complexidade e dinamismo social, os padrões de saúde sofrem influência decisiva do conjunto de valores e crenças, que podem tanto favorecer, como dificultar as conquistas da coletividade. Ao se apropriar das reflexões de McKeown e Lowe (1984), Minayo (2001) demonstra claramente que as transformações decorrentes do saneamento, das melhorias das condições de vida e de moradia e, por conseguinte, a melhoria da qualidade de vida oriunda das intervenções das políticas públicas e setoriais, promoveram mais a saúde da população, em comparação à performance advinda do desenvolvimento da ciência e das intervenções médicas.

Ainda nesse contexto que visa compreender a sociedade como complexo sujeito coletivo da saúde, segundo os pressupostos da Conferência de Ottawa (1996) e demais eventos subsequentes promovidos pela OMS, os estilos de vida, o ambiente e as novas descobertas no campo da biologia têm muito mais impacto sobre a saúde da população, em comparação com o sistema de saúde (MINAYO, 2001).

Nesse sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de ações simbólicas de promoção da saúde para discutir de forma transdisciplinar as práticas de saúde coletiva no contexto da população como um todo, e no particular da comunidade escolar. Por outro lado, considerando os apontamentos de Sarmento, mais uma vez a criatividade infantil foi expressa pelas produções simbólicas que brincaram com os clichês medico-sanitários, na medida em que tais desenhos e narrativas não reproduziram a

concepção hegemônica apresentada nas demais subcategorias. A dimensão lúdica expressa nas produções simbólicas traz a tona os significados contidos nos desenhos e narrativas que de certa forma romperam com o paradigma hegemônico ao estabelecerem uma posição divergente, reflexiva e até mesmo questionadora.

O exercício reflexivo acerca das práticas de promoção da saúde certamente favorece a construção de caminhos e possibilidades na direção de modelos de atenção contrahegemônicos no campo da saúde. Por isso, é fundamental o papel de posturas crítico-reflexivas, pois as mesmas permitem a inflexão necessária ao estabelecimento das relações entre os fenômenos e seu contexto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para um melhor entendimento dos apontamentos realizados neste capítulo, o mesmo foi dividido em três momentos. Inicialmente destaquei as conclusões oriundas das observações de campo acerca das práticas de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade pesquisada, à luz das políticas públicas setoriais, dos modelos de atenção explicitados pelos sujeitos de estudo e da cultura escolar.

Em seguida, as reflexões se direcionaram para as produções simbólicas, com ênfase nos significados atribuídos às práticas de promoção da saúde a partir do contexto de vida dos sujeitos de estudo.

Por último, utilizei a metáfora da teia me apropriando do pensamento de Geertz para ilustrar esses significados atribuídos pelos escolares, conforme apresentado mais adiante na figura 32.

Ademais, a leitura etnográfica ainda que inacabada, possibilitou a apreensão do sistema de codificação cultural que norteia as práticas de promoção da saúde na escola estudada. Desta forma, seguindo a lógica da figura 32, são apresentadas na figura 33 as possibilidades de ressignificação dessas práticas, tomando por base novos significados, bem como a valorização da dimensão sociocultural vislumbrada pelos escolares nas produções simbólicas.

É necessário frisar que nesse estudo busquei vislumbrar as práticas de promoção da saúde, tomando por base a compreensão dos aspectos concernentes à responsabilização, nos âmbitos individual e coletivo, na formação de hábitos, tais como: situações, oportunidades e escolhas nos modos de levar a vida.

Nesse sentido, é preciso reconhecer as inconsistências e contradições existentes entre a concepção de saúde e os modos de vida defendidos por diversos estudiosos do campo da saúde coletiva, com especial ênfase para o processo de medicalização da sociedade.

A presente pesquisa abre espaços para reflexões sobre os sentidos e significados das práticas de saúde levando-se em conta que cidadania e a emancipação humana são valores intrínsecos aos projetos de promoção da saúde.

5.1 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA CULTURA ESCOLAR

Os resultados dessa investigação trazem à tona a conclusão de que, no contexto da comunidade escolar de Vila Moretti, as práticas de promoção de saúde, se encontram articuladas tanto do ponto de vista programático, como do contexto da cultura local e da própria escola.

Contudo, a implantação do PSE nesse cenário se encontra fragilizada em relação a algumas diretrizes desse programa que versam sobre: integralidade; controle social; monitoramento e avaliação permanentes. Da mesma forma, o enfoque extremamente biologicista das práticas de saúde acaba por reduzir o alcance dessas práticas, nas dimensões social, cultural, ambiental, psicológica e até mesmo política.

Na perspectiva programática, são evidenciados avanços importantes na Saúde do Escolar, particularmente se considerada a efetiva implantação do PSE local, a forte adesão da direção da escola ao referido programa, as parcerias interinstitucionais estabelecidas entre os componentes da comunidade escolar e as inovações na abordagem de temas, especialmente os emergentes.

Entretanto, limitações são percebidas na implantação do PSE da localidade pesquisada, tais como o sucateamento dos serviços, a fragilização dos vínculos empregatícios, as dificuldades de compreensão e

contextualização dos problemas da comunidade escolar para além das questões biológicas, e dos aspectos curativos que visam essencialmente o controle de doenças.

Parece que, salvo melhor juízo, tais limitações favorecem o surgimento de lacunas operacionais representadas pela ausência de discussões na comunidade pesquisada sobre as questões de gênero, sexualidade na adolescência, direitos reprodutivos e prevenção de DST's, *bullying*, prevenção de acidentes na infância, orientação sobre cidadania (tais como, direitos da criança e do adolescente com base no ECA), a problemática da homofobia e outras formas de preconceitos, entre outros assuntos.

Parece claro que fatores como a inserção da escola em projetos do governo municipal que favorecem a interface saúde-doença e a própria inserção dessa temática no projeto pedagógico da escola são muito importantes, mas isoladamente não conseguem dar conta do todo. Isto principalmente considerando os diversos fatores intervenientes de ordem cultural que fragilizam a aquisição de hábitos de saúde pela comunidade.

Os resultados que dão conta do primeiro objetivo dessa Tese levam à conclusão de que a cultura local de Vila Moretti influencia fortemente a apreensão das práticas de promoção da saúde por parte das crianças. Sendo assim, os pressupostos de Geertz acerca da interpretação da cultura são apropriados para compreensão das ações de saúde desenvolvidas na comunidade escolar, na medida em que essas práticas são originárias das experiências dos escolares no contexto local.

Sendo assim, sob a ótica das bases programáticas, posso inferir possíveis caminhos para a melhoria da implantação do PSE em Vila Moretti. Em algumas propostas de modificação, a intervenção pode estar mais ligada ao papel do Estado, e em outras, cuja realidade pode ser transformada pela comunidade, a intervenção pode ser viabilizada pelo processo de empoderamento da mesma para tal.

Diante do exposto, para que as ações de promoção de saúde estabelecidas pelo Estado alcancem as reais necessidades da população

local, os profissionais de saúde que atuam na ESF e no PSE, devem aproximar as diretrizes governamentais ao contexto da comunidade em que atuam.

O que se pretende com isso são o envolvimento e a participação de todos os atores sociais diretamente envolvidos nesse processo, em contraposição aos modelos verticais de atenção à saúde, muito comumente adotados pelas políticas públicas no Brasil que induzem aos profissionais à mera execução de tarefas prescritivas. Ao invés disso, o profissional de saúde deve atuar como um facilitador do modelo de atenção à saúde para permitir aos usuários do PSE a aquisição de conhecimentos que favoreçam a autonomia desses grupos na tomada de decisões. Assim, caberá a esses profissionais realizar a leitura e decodificação da realidade e dos modos de vida de cada localidade para assim favorecer a efetiva troca de informações, estabelecendo parcerias para promover estratégias de ações mais ajustadas ao encontro das necessidades da coletividade em tela.

A partir dessa compreensão da cultura local e seus determinantes, acredito que o profissional de saúde tenha condições de manter uma interlocução com os grupos sociais sob sua responsabilidade, com vistas à mediação e aliança de saberes que permita, por sua vez, o estabelecimento de estratégias de ação. Tais estratégias deverão servir de base para auxiliar a comunidade, nas tomadas de decisão que permitam o alcance dos objetivos propostos, em que pese a realidade apresentada, a livre manifestação da vontade dessa coletividade e os recursos disponíveis.

É premente que a escola crie espaços para a reflexão sobre as práticas de promoção da saúde nela desenvolvidas. Esses espaços se constituíram como uma oportunidade para a comunidade escolar desenvolver um pensamento coletivo, para um modelo que objetive a integralidade das ações de saúde em detrimento de práticas reparadoras geralmente isoladas que são pautadas na esfera curativa de controle biológico do corpo e do processo saúde-doença.

Essas ações integradas de saúde poderiam, com a participação comunitária, fortalecer o controle social do SUS, há muito conclamado nas

conferências de saúde, permitindo que as ações de promoção da saúde, possam ser efetivamente pactuadas entre gestores, profissionais de saúde e principalmente usuários.

Sob o ponto de vista social é mister que as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no cenário pesquisado abarquem, de forma mais aprofundada, a importância que as condições de vida e acesso aos bens e serviços de qualidade têm para o desenvolvimento pleno da saúde da comunidade, tais como educação, saneamento básico, emprego e renda, transporte, segurança pública, melhoria de condições de moradia, maior proteção aos idosos e às crianças, inclusão de populações excluídas, bem como a atenção para o sofrimento social, entre outros.

5.2 OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ESCOLARES ÀS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E O COTIDIANO DA COMUNIDADE ESCOLAR

Significados concernentes ao modelo biomédico

No tocante ao espaço social representado nas produções simbólicas que tratam do ambiente hospitalar, os resultados vislumbraram diversas instituições de saúde que desenvolvem as práticas assistenciais pautadas no paradigma curativo centrado na doença e no tecnicismo.

Em relação aos recursos materiais utilizados, as produções simbólicas trouxeram à tona os instrumentais relacionados aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, geralmente invasivos, realizados pelos profissionais de saúde. Essas ações de saúde foram retratadas em diversos cenários da prática hospitalar, destacando alguns procedimentos, a

saber: vacinação, administração de medicamentos e as práticas de educação em saúde, entre outros.

Ainda no tocante as produções de sentido que vislumbraram as ações de saúde desenvolvidas no modelo biomédico, torna-se necessário frisar a supervalorização dos recursos e aparatos tecnológicos para a execução das práticas de saúde.

Por outro lado, destacam-se questões referentes à importância da qualificação profissional para a melhoria da qualidade da atenção dispensada a população, com destaque para a maximização de um conjunto de habilidades que têm por objetivo otimizar a atuação do componente humano nas práticas de promoção da saúde.

A emergência dos atores sociais no contexto dessas produções simbólicas ocorreu a partir da perspectiva do apagamento do sujeito considerando-se a influência do discurso e da prática médica na sociedade contemporânea. Tal afirmativa é clarificada a partir do destaque dado à equipe de saúde, pelos sujeitos de estudo nos desenhos e narrativas apresentados.

Ademais, a análise das produções simbólicas a partir da perspectiva da infância, conforme preconiza Sarmiento, permitiu a discussão de aspectos emergentes que colocaram em evidência dentre outras problemáticas, a questão da banalização da prática de automedicação na comunidade pesquisada, a carência de recursos humanos em saúde, assim como a superlotação das unidades de atendimento à saúde. Tais situações foram retratadas pelos escolares, tendo como substrato o contexto de vida dos sujeitos de estudo, que reúne, entre outros aspectos, as experiências vivenciadas cotidianamente por essas crianças nas instituições de saúde, bem como a incorporação do discurso midiático, acerca da crítica ao modelo de atenção hegemônico, veiculado em diversos meios de comunicação.

Significados concernentes ao modelo higienista

Em relação ao espaço social representado pelo cenário da escola pesquisada, os resultados dessa pesquisa evidenciaram também os

diversos espaços que compõem a referida instituição educacional, estabelecendo as relações existentes entre esses ambientes e o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde direcionadas ao paradigma preventivista e campanhista.

Em relação aos recursos materiais utilizados, as produções simbólicas trouxeram à tona os instrumentais relacionados às práticas de promoção da saúde, geralmente ligadas às ações de cuidado corporal, realizados pelas crianças, no contexto da rotina escolar. Essas ações de saúde foram retratadas em diversos cenários da prática cotidiana, destacando algumas atividades, a saber: alimentação, hidratação, banho, entre outros.

Ainda no tocante as produções de sentido que realçaram as ações de saúde desenvolvidas no modelo higienista, torna-se necessário frisar que os resultados desse estudo evidenciaram o papel preponderante assumido pela educação formal e tradicional em relação às práticas de promoção da saúde executadas no cenário investigado.

Por outro lado, os resultados apontaram para a importância da educação problematizadora como ferramenta de emancipação e cidadania, com destaque para o ensino das habilidades sociais com a finalidade de preparar as crianças para o enfrentamento dos problemas da vida, conforme preconizado pela OMS através das diretrizes estabelecidas na Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde.

A presença dos atores sociais no contexto dessas produções simbólicas ocorreu a partir da perspectiva de resgate do protagonismo do sujeito em que pese ainda a influência do discurso higienista nesse processo. Tal afirmativa é exemplificada a partir do destaque dado às práticas de cuidado corporal, abordadas nos desenhos e narrativas colocando os escolares na centralidade dessas ações de promoção da saúde.

Ademais, as produções simbólicas reforçaram a questão da cultura medicalizante vivenciada no ambiente escolar, assim como a importância do esporte e das atividades lúdicas como instrumentos socializadores na

localidade. Desta forma, percebi a existência de problemas na infraestrutura da instituição pesquisada, no que concerne aos espaços destinados à higienização dos sujeitos de estudo. Tais situações foram retratadas pelos escolares, tendo como “pano de fundo” o cotidiano dessas crianças, que reúne, entre outros aspectos, as brincadeiras e jogos que ocorrem durante o recreio, as rotinas estabelecidas pela escola, bem como a conduta assumida pelos membros da comunidade escolar nas interações sociais.

Significados concernentes ao modelo sociocultural

No que concerne o espaço social representado nas produções simbólicas pela comunidade de Vila Moretti, os resultados apresentados demonstraram ainda os ambientes que compõem a referida localidade, estabelecendo às relações existentes entre o cenário comunitário e o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde direcionadas às necessidades e condições de vida dos sujeitos de estudo.

Em relação aos recursos materiais utilizados, os dados coletados trouxeram à tona os instrumentais relacionados às interações sociais associadas principalmente às ações recreativas, realizadas no contexto da comunidade. Essas ações de saúde foram retratadas em diversos locais da prática cotidiana, destacando algumas atividades, a saber: o cuidado pela natureza e pelo ser humano, as brincadeiras e jogos realizados no parquinho e na praça do bairro, entre outros.

Ainda no tocante as produções de sentido que identificaram as ações de saúde desenvolvidas na perspectiva sociocultural, torna-se necessário frisar que os resultados desse estudo evidenciaram o papel preponderante assumido pela participação social e autonomia dos sujeitos na construção da promoção da saúde no cenário investigado. Destaca-se também a importância da territorialização, distritalização e intersetorialidade como estratégias para aprimoramento dos modelos de gestão e atenção à saúde, entre outras questões.

A evidência dos atores sociais no contexto da comunidade ocorreu a partir das práticas intersubjetivas que capilarizam a centralidade das ações

de saúde coletiva no sujeito juntamente com a comunidade. Daí decorre a necessária reorganização dos serviços e das práticas profissionais em busca dos princípios da integralidade. Ademais, a análise das produções simbólicas a partir da perspectiva da infância permitiu a discussão de aspectos emergentes, tais como: a questão de gênero e a transdisciplinaridade nas práticas de saúde coletiva no contexto da comunidade escolar. Tais situações foram retratadas pelos escolares, tendo como “foco” a realidade de Vila Moretti, que reúne, entre outros aspectos, os espaços frequentados pelos sujeitos de estudo, assim como aqueles que não o são, por dificuldade de acesso ou até mesmo inexistência na localidade.

5.3 À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS:

RESSIGNIFICANDO AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CENÁRIO ESCOLAR

A presente investigação buscou apreender os significados atribuídos pelas crianças às práticas de promoção da saúde desenvolvidas na escola. O olhar semiótico e de estranhamento, possibilitou a compreensão dos diversos códigos culturais e da maneira como os mesmos se relacionam na construção da teia de significados, revelando como os atores sociais pensam as práticas de promoção da saúde no contexto da comunidade escolar pesquisada. Considerando que o homem, a partir do olhar de Geertz, é um ser inacabado, acredita-se que por intermédio das relações sociais e de novas interações o mesmo possa construir novos significados da teia cultural que tece ao redor de si mesmo.

As práticas de promoção da saúde significadas pelos sujeitos de estudo são estruturadas a partir de vários códigos culturais construídos pelos agentes sociais com base nas condições de vida existentes. Contudo,

os resultados dessa pesquisa mostraram que no centro da teia situam-se as práticas de saúde voltadas para o controle biológico do corpo e prevenção de doenças. A valorização dos aspectos biológicos do processo saúde-doença, em detrimento das questões socioculturais, se constitui como substrato para as interações humanas que determinam o modelo de atenção hegemônico vislumbrado na realidade da comunidade pesquisada. Sendo assim, na figura 32, encontram-se ilustrados esses significados, formando o sistema de codificação cultural no qual elas se estruturam. Esses códigos estão amarrados uns aos outros, formando a teia de significados apreendida, juntamente com as repercussões desse modelo de atenção à saúde das crianças no contexto da escola.

Penso que esses significados são produto das interações sociais que surgem na medida em que a comunidade escolar vivencia as práticas de promoção da saúde no cenário pesquisado. A metáfora da teia procura explicitar como os escolares reproduzem o padrão cultural a partir do emaranhado de significados sustentados pela práxis cotidiana. A centralidade do paradigma biomédico nas ações de saúde é representada pelas práticas voltadas para a prevenção de doenças e controle normativo do corpo. Nesse sentido, as produções simbólicas realçaram o papel das instituições de saúde como cerne principal dessas práticas.

Ademais a modelagem hospitalocêntrica trouxe como pano de fundo a descrição detalhada dos procedimentos técnico-científicos geralmente dolorosos e invasivos, realizados pela equipe de saúde. Essa questão permite um olhar crítico sobre a influência dos dispositivos sociais engendrados na comunidade escolar, para viabilizar o discurso dominante acerca dos mecanismos de normatização dos corpos dos escolares.

Os resultados mostraram ainda a atuação dos profissionais de saúde no contexto do ambiente hospitalar, traduzido principalmente pela figura do médico e da enfermeira, ao mesmo tempo em que evidenciou aspectos relacionados ao processo de medicalização dos fenômenos naturais pela sociedade, como por exemplo: o fracasso escolar, assim como a dinâmica do parto e nascimento no contexto da contemporaneidade.

Da mesma forma, a evidente supervalorização da tecnologia médica atribuída pelos sujeitos de estudo como principal ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência expõe claramente a dinâmica social que privilegia os aspectos curativistas e reparadores em detrimento da abordagem voltada para ações que concretizem na prática os princípios da integralidade, humanização e autonomia do sujeito, entre outros.

Cabe ainda destacar a emergência do modelo higienista, representado na teia pelos significados concernentes aos cuidados de higiene corporal desenvolvidos no ambiente da escola pesquisada.

Figura 32 – Significados atribuídos às práticas de promoção da saúde pelos escolares⁵²

⁵² Figura adaptada para essa Tese utilizando-se a figura proposta por RODRIGUES, Elisa da Conceição. **“Perdeu a veia”: os significados da prática da terapia intravenosa em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2008. Orientador: Romeu Gomes.

Essa teia representa os significados que foram atribuídos pelos escolares a partir de sua leitura do atual modelo hegemônico de saúde.

Percebe-se nessa representação gráfica que a teia demonstra de forma ilustrativa o processo dinâmico que ocorre com o sistema de códigos dos sujeitos de estudo. Em qualquer lugar da teia (em cujo centro estão as práticas de saúde focadas na doença), os significados estão entrelaçados influenciando e sendo influenciados mutuamente uns pelos outros, mantendo o padrão cultural que estrutura as práticas de saúde na escola e repercute de diferentes maneiras no cuidado dos escolares.

O que quero enfatizar em relação à dinâmica existente entre os diversos significados atribuídos pelos escolares é que, por exemplo, ao partir do termo “doença” a mesma pode ser entendida pelos sujeitos como ligada inicialmente ao lugar onde é tratada (“Hospital”) e aos profissionais que dela cuidam (“Figura do médico e da enfermeira”). Contudo, outros pontos da teia são afetados por essa mesma linha de significação quando, por exemplo, o local e os profissionais que tratam da doença são correlacionados ao tratamento (“Dor, sofrimento e morte”) ou ao conjunto de orientações fornecidas para o cuidado de sua saúde (“Normatização do corpo”).

Ademais, a partir dos resultados coletados, posso inferir que os significados acerca das práticas de promoção da saúde são culturalmente apreendidos desde a infância, sendo constantemente reelaborados e reproduzidos durante toda a vida, porém mantendo certo padrão. Daí decorre a perpetuação da visão medicalizante da nossa sociedade.

Por outro lado, na figura 33 encontram-se ilustrados os significados atribuídos às práticas de promoção da saúde a partir dos anseios e necessidades da comunidade escolar. Nessa segunda teia, a centralidade das ações de saúde é representada por significados relacionados às questões distintas da teia anterior e que estão mais voltadas às relações interpessoais, afetividade, meio ambiente, valores morais, lazer, cultura, suporte social, dentre outros.

Nesse sentido, as produções simbólicas realçaram o papel da família, da comunidade e das relações sociais em detrimento do hospital e dos

serviços de saúde, na medida da ênfase dada aos sentimentos e interações humanas. Assim, os sujeitos de estudo relacionaram a saúde com o bem-estar psicossocial, caracterizado pelo realce dos sentimentos positivos (sorrir, brincar, sentir paz, tranquilidade e alegria) e pela importância da amizade e do cuidado pela natureza e pelo ser humano.

Desta forma, o cotidiano das crianças foi retratado pelos jogos de futebol, encontros na praça, bem como pelas sensações agradáveis oriundas desses momentos, em que pese o papel relevante desses aspectos na construção da significação do tema saúde.

Figura 33 – A resignificação das práticas de promoção da saúde pelos escolares

Sendo assim, os significados atribuídos nessa perspectiva, estão focados nas expectativas das crianças por um modelo alternativo que abarque plenamente as necessidades da coletividade em que vivem.

Da mesma forma que na teia anterior, tomando por base alguns significados das práticas de saúde no contexto da comunidade, ilustrados pelos cenários da praça e parquinho, pode-se perceber a interligação destes ambientes com os equipamentos utilizados pelos escolares (“Gangorra, balanço, escorrega”) nas interações sociais com outros agentes (“Colegas da turma”). Partindo desse olhar sobre a teia, essas interações sociais (“Experiências pessoais e coletivas”) ao produzirem experiências positivas, geram sentimentos de tranquilidade, paz, alegria e consequentemente bem-estar oriundos da dinâmica de valorização da convivência familiar e comunitária. Cabe destacar que a ressignificação com base nos achados desse estudo foi possível haja vista que os sujeitos puderam interagir com os significados, perceber e avaliar seus anseios e necessidades a partir dos padrões culturais que estruturam as práticas de promoção da saúde na escola. Com isso acredita-se fortemente que esses sujeitos têm o potencial necessário para se tornarem agentes ativos de mudança, na medida em que tal potencial seja devidamente trabalhado.

Acredito, pois, que os resultados dessa Tese poderão ser de grande valia nas mais distintas áreas, quer seja para investigadores da temática, quer seja para profissionais de saúde que estejam desenvolvendo suas atividades em campo. Na verdade, busquei por intermédio dos desenhos e narrativas, realizar uma leitura interpretativa da cultura escolar, a partir da visão da criança, evitando-se com isso, qualquer aproximação epistemológica e metodológica com a perspectiva adultocêntrica. Desta forma, ao dar voz às crianças em idade escolar, a presente investigação trouxe para o debate científico, questões ainda pouco exploradas no campo da saúde coletiva, em especial, na área de saúde do escolar.

A compreensão dos significados atribuídos por escolares acerca das práticas de promoção da saúde descritas nessa pesquisa deixam legado para a pesquisa na área da saúde coletiva, na medida em que os aspectos que não puderam ser aprofundados nessa Tese podem ser desenvolvidos a partir de novas pesquisas, particularmente as que estejam relacionadas à reorganização do cuidado à saúde escolar e de pesquisas aplicadas à

implementação de novas práticas de interação e relação entre os profissionais de saúde e comunidade escolar.

Os resultados dessa Tese me fizeram refletir também sobre o papel da universidade brasileira, não somente no que tange à formação de recursos humanos e produção de conhecimentos, mas principalmente no que diz respeito à sua efetiva inserção no cenário escolar, em que pese as diferentes realidades regionais. Acredito que um dos caminhos possíveis para viabilização desse processo perpassa pela implementação de ações extensionistas de cunho permanente, numa perspectiva de interação dialógica, implicando na busca de parcerias locais com os atores sociais da comunidade escolar que estejam mais mobilizados para a articulação das condições necessárias ao movimento de mudança.

Para os profissionais que vivenciam a atenção à saúde escolar, espera-se que a presente Tese possa ser uma ferramenta que suscite reflexões acerca de problemas que os mesmos vivenciam no cotidiano da atenção às crianças no contexto da escola. Ademais, espera-se que essa Tese possa se constituir como auxílio não necessariamente para oferecer respostas prontas, mas possibilidades e caminhos para àqueles que buscam melhorar a atenção prestada a essas crianças, famílias e comunidades, tomando por base, a inquietude pela inovação, sensibilidade, solidariedade e aprimoramento constante.

6 REFERÊNCIAS

ADORNO, R. de C. F.; VASCONCELLOS, M. da P.; ALVARENGA, A. T. de. Para Viver e Pensar Além das Margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da Saúde Pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.86-94, 2011.

ADORNO, R. de C. F.. Theorizing about the other. Vulnerable groups and strategies for social inclusion in public health policies: a brief account of Brazilian case. **International Journal of Migration, Health and Social Care**, Londres, v. 8, n. 1, p. 4-11, 2012.

AKERMAN, M.; BOUSQUAT, A. Mapas de Risco de Violência. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n.4, 1999.

ALMEIDA, E. S. de; CASTRO, C. G. J. de; VIEIRA, C. A. L. **Distritos sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 2002.

ANDRÉ, M. E. D. A. de. **Etnografia da Prática Escolar**. 16ª ed. São Paulo: Papirus, 2009.

ANJOS, J. L. dos; SANETO, J. G. **Educação Física e Marcel Mauss**: contribuições antropológicas. Disponível em:
<http://www.efdeportes.com/efd152/educacao-fisica-e-marcel-mauss.htm> .
 Acesso em: 30 nov. 2012.

ARANTES, R. C. *et al.* Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista de APS - Atenção Primária à Saúde** , v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008.

ARAÚJO, D. M. E.; SOUSA, L. R. M. O Futebol na Escola: uma abordagem cultural. *In*: ENCONTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ÁREAS AFINS, 2., 2007, Teresina. **Anais...** Disponível em:

<[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/def/arquivos/files/O%20FUTEBOL%20NA%20ESCOLA%20UMA%20ABORDAGEM%20CULTURAL\(1\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/def/arquivos/files/O%20FUTEBOL%20NA%20ESCOLA%20UMA%20ABORDAGEM%20CULTURAL(1).pdf). Acesso em: 21 set. 2010.

ARELARO, L. R. G. O ensino fundamental no Brasil: avanços, perplexidades e tendências. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 92, p. 1039-1066, Especial - Out. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica no Brasil**. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/index.htm> Acesso em: 12 ago. 2012.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Automedicação [editorial]. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 269-295, 2001.

BANDEIRA, M. *et al.* Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. **Psicologia em Estudo**, Paraná, v. 11, n. 3, p. 541-549, 2006.

BARBOZA, R. J.; DUARTE, A. C. de S. Paulo Freire: o papel da educação como forma de emancipação do indivíduo. **Revista Científica Eletrônica de Pedagogia**, Garça (SP), v. 5, n. 9, jan. 2007.

BARLOW, S. E. Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. **Pediatrics**, Vermont,, v. 120, n. Supplement 4, p.S164-S192. dec. 2007.

BARROS, J. de M. Os desafios da participação popular no orçamento participativo no município de São Gonçalo. **Linhas**, Santa Catarina, v. 5, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1238/1051> . Acesso em: 6 out. 2012.

BATISTA, B. M.; ZANOLLA, S. R. S. Jogos Eletrônicos e Massificação Infantil – um estudo da relação entre o conteúdo dos jogos violentos e os aspectos ideológicos do sistema capitalista a luz da Teoria Crítica. In: CONGRESSO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO DA UFG - CONPEEX, 3., 2006, Goiânia. **Anais eletrônicos do XIV Seminário de Iniciação Científica**. Goiânia: UFG, 2006. 1 CD-ROM.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BOURDIEU, P. **Esboço de auto-análise**. São Paulo: Companhia das Letras. 2005.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção I, p. 9.273 a 9.275.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 196. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. 2002b . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400022&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 22 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400022>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de**

compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília; Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** Portaria nº 687 MS/GM, de 30/3/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST.** Brasília. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4ª Ed, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (Princípios e Diretrizes). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, agosto de 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Educação em Saúde: Conceito.** Disponível no endereço:
<http://bvsm2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=54>
Acesso em 21 ago. 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 96 p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24).

BRASIL. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de pareceres técnico-científicos. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

BRASIL. Constituição (1988) Emenda Constitucional nº 59. de 11 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2009c. Seção 1, p. 08. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=8&data=12/11/2009>. Acesso em: 19 mar. 2013.

BRASIL, Ministério da Educação. **Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE**. Resolução/CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009e.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais** - Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cadernos Pedagógicos mais Educação Promoção da Saúde**. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE (Programa Saúde na Escola)** – Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.655, de 23/12/2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Disponível em <http://www.trt3.jus.br/informe/calculos/minimo.htm>. Acesso em: 04 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde; 2012b.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Thesaurus Brasileiro da Educação**. Disponível em: http://pergamum.inep.gov.br/pergamum/biblioteca/pesquisa_thesauro.php?resolution2=1024_1. Acesso em 27 fev. 2013.

BERLINGUER G. **Medicina e política**. Hucitec, São Paulo, 1978.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de mães e estudantes de enfermagem**. 1997. 210 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CADERNOS DE ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/cadernosbpfinal.pdf>>.

Acesso em: 08 ago. 2010.

CALDIN, C. F. A Função Social da Leitura da Literatura Infantil. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, Florianópolis, v. 8, n. 15, p. 47, 2003.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. [1ª reimpr.]. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CATRIB, P. R. V. M. **As Estratégias da Equipe de Enfermagem frente à Criança com Doenças Infecciosas e Parasitárias: O Caso de um Setor Especializado de um Hospital Geral**. 2009. 215 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.5, n.1 Natal jan./jun. 2000.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2009.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. *In*: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. de A.; MARSIGLIA, R. M. G. (Org.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final

da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).
Brasília, DF, 2008.

COSTA, I. F.; ALVES, M. C. A.; SILVA, M. J. A. **O Desenho em Perspectiva na Representação do Real e do Imaginário**. Disponível em: <http://www.degraf.ufpr.br/artigos_graphica/ODESENHOEMPERSPECTIVA.pdf>. Acesso em 14 mai. 2007.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Paraná, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z A P. **Habilidades Sociais**: conceitos e campo teórico-prático. 2006. Disponível em: <<http://www.rihs.ufscar.br>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

ELIAS, N. **Teoria simbólica**. Oeiras: Celta, 1994.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org). **Promoção da saúde e gestão local**. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf> . Acesso em: 27 dez 2012.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 70, 2010.

FONTES, R. de S.. **Estudo colaborativo**: uma proposta de ação inclusiva. Araraquara, SP: Junqueira & Marin, 2009.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. História de la medicalización del hospital en la tecnología moderna. *In*:

Medicina e história: el pensamiento de Michel Foucault. Washington: OPS; 1978.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 12ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 20ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família, PSF:** Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. Documento disponível em: www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf. Acesso em: 22 fev. 2013.

FRANZESE, C. Mudanças recentes no Estado brasileiro - a reforma do modelo nacional desenvolvimentista – entre a garantia de direitos e a abertura do mercado. *In*: ALBUQUERQUE, M. do C, (Org.). **Participação popular em políticas públicas:** espaço de construção da democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis, 2006. Disponível em: <http://www.youblisher.com/p/265859-PARTICIPACAO-POPULAR-NAS-POLITICAS-PUBLICAS/>. Acesso em: 6 out. 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança:** um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 2011.

GADOTTI, M. **Pensamento Pedagógico Brasileiro.** São Paulo: Ática. 1990.

GARDNER, H. **Gribouillages et dessins d' enfants. Leur Signification.** Hayen: Mardaga, 1990.

GEERTZ, C. **O saber local:** novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, Vozes, 1997.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. 1ª ed. [Reimpr.], Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. [10ª Reimp.]. São Paulo: Atlas, 2007.

GIROLDO, R. Higienismo na Ficção Científica Brasileira: da utopia à distopia. **Revista Eletrônica Literatura e Autoritarismo**, Santa Maria (RS), n. 12, p. 1-16, 2012. Disponível em: http://w3.ufsm.br/grpesqla/revista/num12/art_09.php. Acesso em: 15 dez. 2012.

GONDIM, G. M. M. Do conceito de risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.87-119.

GONDRA, J. G. Artes de Civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 23., 2005, Londrina. **Anais...**Londrina, 2005.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**. [online], São Paulo, v.13, n. 35, p. 139-146, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a14.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2012.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus Editora, 1987.

HELENE, O. A atual crise educacional. **Jornal da Ciência**. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Janeiro de 2012. Disponível em:< <http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=68542>. Acesso em: 8 ago. 2012.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

IAMAMOTO M. V. **As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. Texto base da conferencia magistral do XVIII Seminario Latino-americano de Escuelas de Trabajo Social. San José, Costa Rica, 12 de julio de 2004, originalmente publicado nos Anais do referido Seminário: MOLINA, M. L. M. (Org.) La cuestión social y la formación profesional en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San José, Costa Rica: ALAETS/Espacio Ed./Escuela de Trabajo Social, 2004, p. 17-50.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Escolas Promotoras de Saúde— Fortalecimento da Iniciativa Regional Estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington, D.C: OPAS, 2006.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, n. 8, v. 1, p. 31-48, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n1/04.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2012.

JALANTONIO, R. *et al.* Atividades de brincadeiras tradicionais: uma proposta em programas intergeracionais. **Lecturas: Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, v. 15, n. 151, dez. 2010. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd151/brincadeiras-tradicionais-em-programas-intergeracionais.htm> >. Acesso em 22 fev. 2013.

KOSMINSKY, E. “Aqui é uma árvore. Aqui o sol; a lua. Aqui um montão de guerra”: o Uso do Desenho infantil na Sociologia. **Cadernos Ceru**, São Paulo, s. 2, n. 9, p. 83-100, 1998.

LACAZ, C. P. da C. **O corpo (in)visível nos parâmetros curriculares nacionais – ensino fundamental**. 2010. 178 p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

LAKATOS, E. M.. **Metodologia Científica**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez; 1995.

LEAVELL, H; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. Mc-Graw-Hill: São Paulo, 1976.

LIONÇO T. Atenção integral à saúde e diversidade no processo transexualizador no SUS: avanços, impasses e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.. 43, v. 63, p. 43-63, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 nov. 2012.

LOPES, C. R. Risco, conceito fundamental em permanente discussão **RADIS - Comunicação em Saúde**, n. 106, p. 12-16, jun. 2011.

LOPES NETO A. A. Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 81, n. Suplemento 5, p. S164-S172, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 nov. 2012.

LUCAS, E. A. J. C. F. **A Prevenção e o Controle das Infecções Hospitalares na Terapia Intensiva Neonatal: Propostas Governamentais, Institucionais e Estratégias Adotadas pelos Profissionais da Saúde**. 2001. 222 p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LUCENA, R. **Futsal e a iniciação**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

MACIEL-LIMA, S. M.; RASIA, J. M.. As Imagens não Falam por si Mesmas: um estudo sociológico da equipe do transplante hepático. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 42-51, 2012.

MALVASI, P. A. **Interfaces da vida loka: um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo**. 2012. 287 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. . São Paulo.

MÂNGIA, E. F. A dimensão social das intervenções técnicas: saúde e cidadania. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. i, maio/ago. 2011.

MARTINS, M. L. P. *et al.* O exercício da participação popular e o controle social: um estudo a partir das pré-conferências municipais de assistência social de Londrina. *In*: SIMPÓSIO LUTAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA, 3., 2008, Santa Catarina. **Anais...** Disponível em: < <http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/terceirosimposio/marialucimar.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2012.

MATEOS, S. B. Participação Popular - A construção da democracia participativa. **Desafios do Desenvolvimento**. Brasília, v. 8, n. 65, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2503:edicao-no-65&catid=1&Itemid=5>. Acesso em: 6 out. 2012.

MATTHEWS, J. Drawing and painting. **Children and visual representation**. , 2nd Ed. Londres: Chapman Pub., 2003.

MCKEOWN, T.; LÖWE, C. R. **Introducción a la medicina social**. Siglo XXI, México. 1984.

MCPHERSON M. *et al.* A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics** [Internet], Vermont, v. 102, n. 1, p. 137-140, jul. 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9714637>. Acesso em: 14 ago. 2012.

MEDEIROS, M. D.; SEVERIANO, M. de F. V. **Jogos Eletrônicos e Subjetivação: reflexões a luz da Teoria Crítica**. Instituto UFC Virtual. 2011.

MELLO, S. B. A humanização sob o ponto de vista do gestor de saúde.

Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 167-171, jul./dez. 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY E E, ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social**. Pesquisa Social –Teoria, Método e Criatividade. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª Ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S.. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

MIRANDA, L. **Pierre Bourdieu e o campo da comunicação: por uma teoria da comunicação praxiológica**. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2005.

MITJÁNS MARTÍNEZ, A. O outro e sua significação para a criatividade: implicações educacionais. *In*: **O outro no desenvolvimento humano. Diálogos para a pesquisa prática profissional em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig, 2004.

MOLINA, A. Humanização da Assistência à Saúde: Bases Teórico-Filosóficas e Sugestões Pragmáticas. **Bioética e Ética Médica**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais2002/dezembro/pag_8.htm> Acesso em: 23 jan. 2013.

- MONDINI, L., *et al.* Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1825-1834, ago. 2007.
- MOREIRA, P.L; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 11, n. 6, p. 757-62, nov./dez. 2003.
- MOZZER, G. N. S.; BORGES, F. T. A criatividade infantil na perspectiva de levvigotski. **Revista Inter Ação**, Goiás, v. 33, n. 2, jul/dez. 2008.
- MULLER, F. Infâncias nas Vozes das Crianças: Culturas Infantis, Trabalho e Resistência. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 95, p. 553-573, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em 20 ago. 2011.
- MUNHOZ, D. B. *et al.* Neoliberalismo e Estado Mínimo: repercussões na atenção à saúde no Distrito Federal. **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília (DF), v. 20, n. 3, p.271-276, jul.-set. 2009. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol20_3art08neolib.pdf>. Acesso em: 6 out. 2012.
- NAVES, J. de O. S., *et al.* Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. Suplemento 1, p. S1751-S1762, 2010.
- NUNES, D. C. As crianças e o conceito de morte. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.11, n. 3, 1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição da Organização Mundial de Saúde. *In*: **Conferência Internacional de Saúde**. New York: OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição da Organização Mundial de Saúde. *In: Conferência Internacional de Saúde*. New York: OMS, 1948.

PAIVA, F. S. de; RODRIGUES, M. C. Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p.0-0, dez. 2008. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2012.

PASSONI, C. M. S.; LUZ, P. A. da; PONTES, R.; SLOMPO, R. B. Influência da merenda escolar no estado nutricional estado nutricional e merenda escolar. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v.1, n. 4, p. 64-77, 2011.

PEREIRA, F S *et al.* Automedicação em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 5, p. 453-458, 2007.

PINHEIRO, G. M. L.; *et al.* A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

PINHO, V. P. de. Sistema de informações para a gestão local de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, 1995. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901995000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 out. 2012.

QUINTANA, A; *et al.* A Vivência Hospitalar no Olhar da Criança Internada. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá (PR), v. 6, n. 4, p. 414-423, out./dez. 2007.

RABINOW, P. **Antropologia da Razão – Ensaios de Paul Rabinow**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

REBELO, P. A. de P. **Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1996.

RIESSMAN, C. K. **Narrative Analysis**. Qualitative Research Methods Series, nº 30. Newbury Park, CA: Sage, 1993.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Saúde Escolar**: projeto piloto das EPS. [2000?]. Disponível em: <<http://200.141.78.79/dlstatic/10112/138480/DLFE-3212.pdf/SaudeEscolarprojetopilotodasEPS.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 4.373 de 14 de junho de 2006. Cria o transporte especial para deficientes físicos que dependem de tratamento contínuo nas unidades públicas de saúde e credenciadas pelo poder público e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 28 jun. 2006, p.3.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Educação. **ESCOLAS DO AMANHÃ**. [2009a?]. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sme/exibeconteudo?article-id=2281501>>. Acesso em: 27 set. 2012.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Bairros Cariocas. Rio de Janeiro: IPP, 2013. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairroscariocas/index_bairro.htm>. Acesso em: 15 abr. 2013.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Educação. **PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS**. [2009b?]. Disponível em: <<<http://www.rio.rj.gov.br/web/sme/exibeconteudo?article-id=2320278>>>. Acesso em: 27 set. 2012.

RODRIGUES, E. da C. **“Perdeu a veia”: os significados da prática da terapia intravenosa em uma unidade de terapia neonatal do Rio de**

Janeiro. 2008. 165 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SANCHES, I.; TEODORO, A. Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v. 8, n. 8, p. 63-83, 2006.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.

SANTOS, T. C. F. Significado dos emblemas e rituais na formação da identidade da enfermeira brasileira: uma reflexão após oitenta anos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 81-6, 2004.

SARMENTO, M. J. Conhecer a infância: os desenhos das crianças como produções simbólicas. *In*: MARTINS FILHO, Altino José; PRADO, Patrícia Dias (Org.). **Das pesquisas com crianças à complexidade da infância**. Campinas, SP: Autores Associados. 2011.

SCHOR, N. *et al.* Adolescência, vida sexual e planejamento reprodutivo de escolares de Serra Pelada, Pará. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-53, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002>. Acesso em: 14 nov. 2012.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-541, 1997.

SEMAS. Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio Preto. **Técnicos da Assistência fazem capacitação em Abordagem Social - SEMAS.**

Disponível em: <<http://www.semas.riopreto.sp.gov.br/Noticia.aspx?Id=329>> .

Acesso em : 20 jan. 2012.

SFEZ L. **La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie.** Éditions du Seuil, Paris, 1995.

SILVA; A. L. da; MACEDO, A. V. L. da S.; NUNES, A. (Org). Crianças indígenas. **Ensaio antropológico.** São Paulo: Global, 2001.

SILVA, D C; ALVIM, N A T; FIGUEIREDO P A. Tecnologias leves em Saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, 2008.

SILVA, I. M. *et al.* Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. Suplemento 1, p. 1651-1660, 2011.

SILVA, M. M. F. da. **Promoção da Saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir de sua formação e da sua prática.** 2009. 187 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOARES, L. T. R. O impacto das políticas neoliberais sobre a situação de saúde, o Brasil no contexto da América Latina. *In*: Associação Brasileira de Enfermagem. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48: a Enfermagem, os 70 anos da ABEn e as perspectivas para o próximo milênio. **Anais...** Salvador, Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo, 1996. p.178-189.

SODELLI, M. **Aproximando sentidos: formação de professores, educação, drogas e ações redutoras de vulnerabilidade.** 2006. 230 p. Tese (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

STEINBERG, S. R.; KINCHELOE, J. L. **Kinderculture. The corporate construction of childhood.** Boulder: Westview Press, 1997.

SULAIMAN, S. N.; TRISTÃO, V. T. V. Educação Ambiental e Sociologia Ambiental: Interlocuções com a Teoria da Reflexividade. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 6, n. 2, jul./dez. 2009.

TEIXEIRA, E. Participação popular e poder local - um exercício de cidadania. **Caderno CRH**, Salvador, v. 6, n. 18, 1993. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=351>> . Acesso em: 6 out. 2012.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.

VALADÃO, M. M.. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública).. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar e a Realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WHOQOL Group. **What Quality of life?** World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996 ; 17(4) : 354-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization.** Geneva: World Health Organization, 1946.

ZUCOLOTO, P. C. S do V. O Médico Higienista na Escola - As origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 136-145, 2007.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Formulário de coleta de dados dos desenhos⁵³

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
 Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
 Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Projeto – “OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA INFÂNCIA: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil”

FORMULÁRIO I - COLETA DE DADOS DOS DESENHOS

Pesquisador: **Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas**

Código do Escolar: _____ Data: ____ / ____ / 201____
 Nome do Escolar: _____
 Idade: _____ Sexo: _____

Pergunta 1 (1º desenho): Expresse pelo desenho o que você pensa ou o que vem a sua cabeça quando eu falo a palavra saúde.

Pergunta 2 (2º desenho): Expresse pelo desenho o que você pensa ou o que vem a sua cabeça quando eu pergunto sobre o que é feito na escola sobre o tema saúde.

Campo de Inserção do desenho digitalizado:

Impressões do pesquisador sobre o desenho:

⁵³ Este formulário foi aplicado duas vezes para cada escolar, tendo em vista que os mesmos foram orientados a realizar 2 desenhos, conforme explicitado nas perguntas 1 e 2.

Apêndice 2 – Formulário para a entrevista não diretiva

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Projeto: “OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA INFÂNCIA: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil”

Pesquisador: Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas – Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA NÃO DIRETIVA

I – Código: _____

Data: ____ / ____ / 201__

1. Identificação da criança:

1.1. Nome _____

1.2. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

1.3. Sexo: a. () Masculino b. () Feminino

2. Entrevista:

(a) Fale o que significam os desenhos que você fez:

Desenho 1) _____

Desenho 2) _____

Apêndice3 - Questionário de avaliação sociodemográfica

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Pesquisa sobre as Condições Sociais de seu filho (a).
(circulação restrita)

Preenchível pelo Responsável da Criança

**Este é um questionário que tem perguntas que vão servir para avaliar
as condições de vida de seu filho (a).**

INSTRUÇÕES

Responda após ler devagar cada pergunta até o final, e todas as opções de resposta.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
 Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
 Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Projeto: “OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA INFÂNCIA: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil”

Pesquisador: Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

1 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

I – Código: _____ **Data:** ____ / ____ / 201__

1. Identificação da criança:

- 1.1. Nome _____
- 1.2. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ 1.3. Sexo: a. ☐ Masculino b. ☐ Feminino
- 1.4. Qual é a cor ou raça da criança?
 a. ☐ branco b. ☐ negro c. ☐ pardo / mestiço
 d. ☐ amarelo e. ☐ indígena
- 1.5. Endereço onde a criança mora: _____
- 1.6. Bairro: _____ 1.7. Cidade: _____
- 1.8. Telefone de Contato: _____
- 1.9. A criança é adotada? a. ☐ Sim b. ☐ Não

2. Identificação dos Pais da criança:

- 2.1 - Qual é a situação do casal?
 a. ☐ casados b. ☐ separados c. ☐ namorados d. ☐ companheiros
 e. ☐ divorciados f. ☐ viúvo(a) g. ☐ outro

2.2 - Dados sobre a MÃE da criança:

- 2.2.1 - Nome: _____
- 2.2.2 - Data de nascimento: ____ / ____ / ____
- 2.2.3 - Grau de Instrução:
 2.2.3.1 - A mãe da criança lê e escreve? a. ☐ Sim b. ☐ Não
 2.2.3.2 - Qual é o grau de instrução da mãe da criança?
 a. ☐ não frequentou escola
 b. ☐ Alfabetização de adultos
 c. ☐ Ensino Fundamental incompleto (1ª a 7ª série)
 d. ☐ Ensino Fundamental completo (1ª a 8ª série)
 e. ☐ Ensino Médio incompleto (2º grau incompleto)
 f. ☐ Ensino Médio completo (2º grau completo)
 g. ☐ Ensino Superior incompleto
 h. ☐ Ensino Superior completo
 i. ☐ Pós-Graduação (Especialização / Mestrado / Doutorado)
- 2.2.4 - Trabalha fora a. ☐ Sim b. ☐ Não
- 2.2.5 - Profissão: _____
- 2.2.6 - Quanto tempo (em horas) fica fora de casa? _____

2.3 - Dados sobre o PAI da criança:

- 2.3.1 - Nome: _____
- 2.3.2 - Data de nascimento: ____ / ____ / ____
- 2.3.3 - Grau de Instrução:
 2.3.3.1 - O pai da criança lê e escreve? a. ☐ Sim b. ☐ Não
 2.3.3.2 - Qual é o grau de instrução do pai da criança?
 a. ☐ não frequentou escola
 b. ☐ Alfabetização de adultos
 c. ☐ Ensino Fundamental incompleto (1ª a 7ª série)
 d. ☐ Ensino Fundamental completo (1ª a 8ª série)
 e. ☐ Ensino Médio incompleto (2º grau incompleto)
 f. ☐ Ensino Médio completo (2º grau completo)
 g. ☐ Ensino Superior incompleto
 h. ☐ Ensino Superior completo

- i. () Pós-Graduação (Especialização / Mestrado / Doutorado)
 2.3.4 - Trabalha fora a. () Sim b. () Não
 2.3.5 - Profissão: _____
 2.3.6 - Quanto tempo (em horas) fica fora de casa? _____

3 - Dados sociodemográficos da família:

- 3.1 - É vinculado a algum dos programas sociais abaixo? Se não, pular para o item 3.3
 a. () Cesta básica b. () Cheque cidadão c. () Bolsa escola
 d. () Bolsa família e. () Outros Quais? _____
 3.2 - Quanto ganha (em dinheiro) neste programa? _____
 3.3 - Recebe ajuda de alguém da família? a. () Sim b. () Não
 3.4 - Quem ajuda? (diga o grau de parentesco) _____
 3.5 - De que forma é essa ajuda?
 a. () Alimentos b. () Dinheiro c. () outro tipo de ajuda
 d. () Roupas e. () Remédio
 3.6 - Renda familiar:
 Some todos os salários/ganhos brutos (sem descontos) das pessoas que moram na sua casa e trabalham, inclusive o seu, indicando a renda familiar bruta ou o salário total:
 a. () Até 1 salário mínimo (R\$ 622,00⁵⁴)
 b. () Entre 1 até 3 sal. mín (R\$ 622 a R\$ 1.866,00)
 c. () Entre 3 até 5 sal. mín (R\$ 1.866,00 a \$ 3.110,00)
 d. () Entre 5 até 7 sal. mín (R\$ 3.110,00 a R\$ 4.354,00)
 e. () Entre de 7 até 10 sal. mín (R\$ 4.354,00 a \$ 6.220,00)
 f. () Acima de 10 sal. mín. (mais de \$ 6.221,00)

3.7. Marque com um X a quantidade de itens que existem em sua casa

QUANTIDADE DE ITENS					
Itens	0	1	2	3	4
Televisão em Cores					
Radio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada Mensalista					
Aspirador de pó					
Maquina de Lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

3.8. Marque com um X quem é o(a) chefe de família:

CHEFE DE FAMÍLIA	
PAI da criança	
MÃE da criança	

Se outra pessoa é o(a) chefe de família, indique quem: _____
 (por exemplo: AVÔ da criança)

4 - Condições de habitação da família

- 4.1 - Qual é a condição do imóvel que ocupa?
 a. () Próprio b. () Alugado c. () Cedido (emprestado) d. () Pensão, Hotel ou similares
 e. () mora na casa de familiares ou outras pessoas. f. () Outro Qual? _____
 4.2 - Quantos cômodos têm em sua casa (sala, quarto, cozinha e banheiro)? _____
 4.3 - Quantas pessoas moram na casa incluindo você e seu filho? _____
 4.4 - Quem cuida da criança? _____
 4.5. Qual é a fonte de abastecimento de água na sua casa?
 a. () Rede geral / CEDAE b. () Poço ou nascente (na propriedade)

⁵⁴ DECRETO nº 7.655, de 23/12/2011, publicado no DOU em 26/12/2011. Documento disponível em <http://www.trt3.jus.br/informe/calculos/minimo.htm>, acessado em 04/03/2013.

- c. () Outra Qual? _____
- 4.6. Como chega a água que você utiliza na sua casa?
- a. () Canalizada em pelo menos um cômodo
- b. () Canalizada só na propriedade ou terreno
- c. () Não canalizada
- 4.7 Qual é o destino do esgoto da sua casa?
- a. () Rede geral b. () Fossa c. () Vala d. ()
Despejo em rio, lago ou mar
- e. () Outra forma de despejo Qual? _____
- 4.8 Como é feito o recolhimento do lixo da sua casa?
- a. () Coletado pela COMLURB b. () Colocado em caçamba da COMLURB
- c. () Queimado (na propriedade) d. () Enterrado (na propriedade)
- e. () Jogado em terreno baldio f. () Jogado em rio, lago ou mar
- g. () Tem outro destino Qual? _____

Assinatura do Responsável pelas Informações

Apêndice 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você e seu filho(a) estão sendo convidados(as) como voluntários(as) a participarem da pesquisa: “OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA INFÂNCIA: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil” coordenada pelo Pesquisador (Doutorando) Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas e sua equipe.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

- a) O motivo que nos leva a estudar o problema se baseia nos diversos estudos na área da saúde que evidenciaram modificações no estilo de vida da população, determinando padrões de comportamento que favorecem ao surgimento de várias doenças. Desta forma, o desenho é uma excelente estratégia (maneira) para extrair das crianças em idade escolar suas crenças, valores e percepções, opiniões sobre vários temas relacionados ao seu dia-dia, inclusive quando o tema se refere à saúde e a doença.
- b) O objetivo principal dessa pesquisa é analisar os significados que as crianças atribuem as práticas de promoção da saúde realizadas no contexto da escola e a influência dos hábitos, modos e condições de vida nas práticas de cuidado à saúde. Por isso, utilizaremos a expressão livre de sentimentos na criança em idade escolar por meio do desenho.
- c) Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma: 1) a realização de dois desenhos e/ou pinturas elaborados à mão livre em papel e tinta / lápis de cor / caneta hidrocor pelo(a) seu filho(a); 2) realização de entrevista não-diretiva com as crianças após a confecção dos desenhos pelas mesmas, para complementar as informações fornecidas nos desenhos elaborados; e, 3) preenchimento de um questionário de avaliação sociodemográfica, pelos pais e/ou responsáveis. É importante destacar que a realização dos desenhos e da entrevista não diretiva ocorrerá em uma sala de aula cedida pela direção da escola para esta finalidade. O pesquisador juntamente com sua equipe de auxiliares de pesquisa se compromete pelo atendimento, acompanhamento, recebimento das crianças encaminhadas para a pesquisa, bem como se responsabilizarão pelo retorno dessas crianças para a sala de aula. É importante informar que todo o processo de coleta de dados

será supervisionado diretamente por um funcionário designado pela direção da escola (professor e / ou funcionário administrativo).

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: a pesquisa não têm nenhuma finalidade supérflua, vexatória ou fiscalizatória tanto para você e seu filho(a) como para a escola e profissionais que nela trabalham. Não há riscos relacionados aos procedimentos desta pesquisa. Porém, no caso de seu filho manifestar algum desconforto durante a coleta de dados, tais como: se recusar a elaborar o desenho, desistir durante o procedimento ou se recusar a explicar o significado do desenho, será respeitada a autonomia de decisão da criança. Cabe destacar que a equipe de pesquisadores esclarecerá às crianças envolvidas no estudo sobre os procedimentos adotados, mediante uma linguagem acessível e adequada à sua faixa etária. Com isto a equipe pretende valorizar e respeitar o desejo ou não da criança em participar da pesquisa, ainda que a mesma possua autorização de seus pais e/ou responsáveis. Para evitar possíveis desconfortos poderão ser utilizadas atividades recreativas para facilitar o relaxamento e descontração do(a) seu filho(a). A pesquisa tem como principais benefícios, avaliar as percepções do seu filho a partir dos sentimentos expressos por ele por meio dos desenhos, contribuindo para a reflexão dos profissionais de saúde e de educação que atuam direta e/ou indiretamente na promoção da saúde de crianças em idade escolar. Os resultados desta investigação científica serão de finalidade exclusiva para análise e divulgação dos resultados da pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você e seu filho(a) são livres para recusarem-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade e de seu filho(a) com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa (cópia do desenho e da entrevista) serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome e do seu filho(a) ou o material que indiquem a participação de vocês não serão liberados sem a sua permissão. Você e seu filho(a) não serão identificados(as) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Doutorado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você. Uma cópia do relatório final da pesquisa será entregue a direção da escola do seu filho(a);

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA. Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O professor orientador Doutor Rubens de Camargo Ferreira Adorno certifica-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o doutorando Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas no telefone – (21) 2293-8899; ramal 224 ou o professor orientador Doutor Rubens de Camargo Ferreira Adorno no telefone (11) 30834117 Fax: (11) 30850240 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, de 2ª à 6ª feira / das 09 às 15 H.

Declaro que concordo em participar com meu filho(a) desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Sendo assim, confirmo meu entendimento e autorização pelo abaixo assinado:

Nome completo da criança (letra de forma):	
Escola:	
Turma:	Série:
Professor(a):	
Nome completo do Responsável (letra de forma):	
TELEFONES PARA CONTATO:	
Residencial:	Trabalho:
Celular:	Outros:
(Nº do Documento de Identidade):	(Nº do Documento do CPF):

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

OBSERVAÇÃO: Este documento será assinado em duas (02) vias pelo responsável legal da criança e pelo pesquisador, sendo a 1ª via entregue imediatamente à sua assinatura para o responsável. A outra via ficará com o doutorando responsável pelo estudo.

ANEXO

Anexo 1 – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/128/10

28 de junho de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, em sua **5ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **25/06/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2051**, intitulado **"CONSTRUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA POR UMA COMUNIDADE ESCOLAR: ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES ATRAVÉS DO DESENHO"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca Lucas**, sob orientação do(a) Professor(a) **Rubens de Camargo Ferreira Adorno**, considerando que as pendências anteriormente apresentadas foram atendidas. Protocolo de pesquisa **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP

Ilm.º Sr.

Prof. Assoc. Rubens de Camargo Ferreira Adorno
Departamento de Saúde Materno Infantil
Faculdade de Saúde Pública da USP

CURRÍCULO LATTES

Autor – Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca ... Página 1 de 21

Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca Lucas

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8137202747043367>
Última atualização do currículo em 13/04/2013

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (1997) e Graduação em Medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia (EMC) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO (2004). Possui Mestrado em Enfermagem pela EEAN/UFRJ (2001) e Doutorado em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo - USP (2013). Atualmente é Professor Assistente da EEAN/UFRJ. Tem experiência na assistência, ensino e pesquisa particularmente nas áreas de Políticas Públicas com ênfase nas Práticas de Promoção da Saúde, Cultura da Infância, Semiologia e Semiotécnica, atuando principalmente nos seguintes temas: Determinantes Clínicos, Epidemiológicos e Psicosociais da Saúde do Escolar e Produção Simbólica na perspectiva do Desenho Infantil. Na área de pesquisa, possui projeto desde 2006 com financiamento de bolsas de iniciação científica pela FAPERJ. Na área de extensão, possui projeto desde 2006 com financiamento da UFRJ. Na área de gestão, possui experiência em chefia de departamento de ensino da UFRJ. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca Lucas
Nome em citações bibliográficas	LUCAS, Eduardo A. J. C. F.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2009 - 2013	<p>Doutorado em Ciências - Programa de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Os Significados das Práticas de Promoção da Saúde na Infância: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil, Ano de obtenção: 2013. Orientador: Rubens de Camargo Ferreira Adorno. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Saúde Coletiva; Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Medicina Preventiva. Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana; Saúde e Serviços Sociais.</p>
1999 - 2001	<p>Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Título: A Prevenção e o Controle das Infecções na Terapia Intensiva Neonatal: Propostas Governamentais, Institucionais e Estratégias Adotadas pelos Profissionais de Saúde, Ano de Obtenção: 2001. Orientador: Maria Antonieta Rubio Tyrrell.</p>

Orientador – Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Rubens de Camargo Ferreira Adorno)

Página 1 de 27

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7427719296567082>
Última atualização do currículo em 03/04/2013

Professor Associado III na Universidade de São Paulo, possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (1977), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1992) Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1992).), e Livre Docente pela mesma universidade em 1997, vem atuando na linha de pesquisa "Saúde Pública, Ciências Sociais e Sociedade Contemporânea" que procura trazer a contribuição da Pesquisa Social para o campo da Saúde, através do referencial das Ciências humanas e Sociais, buscando construir um tratamento teórico para as "vulnerabilidades contemporâneas" que possam se expressar a partir dos contextos que se constituem no capitalismo tardio e articulam os contextos globais, nacionais e locais, dos marcadores sociais, do cotidiano e das mudanças que ocorrem na vida das populações. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Rubens de Camargo Ferreira Adorno
Nome em citações bibliográficas	ADORNO, R. C. F.; Adorno, Rubens de Camargo Ferreira

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil, AV. DR. ARNALDO Nº 715 CERQUEIRA CÉSAR 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617971 Fax: (11) 30850240
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1997	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Qualidade de Vida e Formas de Vida Ameaçadas: a saúde e o cenário contemporâneo, Ano de obtenção: 1997. Palavras-chave: Sociedade Contemporânea; Reflexividade Social; Exclusão Social; Saúde Pública. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia da Saúde.
1989 - 1992	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A Trajetória do Movimento e da Participação: A Conduta dos Atores Sociais na Saúde, Ano de obtenção: 1992. Orientador: Aracy Witt de Pinho Spínola. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Movimento Social e Saúde; Participação e Saúde; Municipalização e Saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia da Saúde.
1987 - 1992	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Educação Em Saúde, Conjuntura Política e Violência do Transito: O Caso da Cidade de São Paulo, Ano de Obtenção: 1992. Orientador: Marcia Faria Westphal. Palavras-chave: Metodos de Educação; Prevenção de Acidentes; Violência do Transito. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Promoção Em Saúde.
1986 - 1986	Especialização em Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 1150h). Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, USP - FSP, Brasil.
1973 - 1977	Graduação em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.