

A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas

I¹ Fabio Fortunato Brasil de Carvalho I

Resumo: No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889. Atualmente, a temática é relevante, pois é inegável o papel da instituição em temas ligados à saúde. O objetivo do artigo é analisar a entrada da saúde no espaço escolar através de ações do Programa Saúde na Escola (PSE), classificá-las como práticas pedagógicas e, a partir daí, verificar se elas se alinham com a perspectiva da promoção da saúde. Para isso, são apresentadas cenas cotidianas das ações de saúde nas escolas para permitir a construção de um panorama. Conclui-se que essas ações alteram a dinâmica escolar e que algumas delas se aproximam do conceito de promoção da saúde ao utilizarem determinadas estratégias.

► **Palavras-chave:** promoção da saúde; práticas pedagógicas; saúde; escola.

¹ Doutorando em Ciências da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; Ministério da Saúde. Brasília-DF, Brasil. Endereços eletrônicos: fabiofbcarvalho@gmail.com, fabio.carvalho@saude.gov.br

Recebido em: 25/09/2014
Aprovado em: 22/05/2015

Introdução

Saúde e educação são constantemente evocadas quando a questão gira em torno das condições de vida. A interação entre elas, independentemente de onde ocorre – escola ou serviço de saúde – constitui um caminho importante para a conquista da qualidade de vida. A construção de práticas pedagógicas relacionadas a essa interação é um grande desafio frente às demandas que as escolas enfrentam.

Para a saúde, a aproximação é bem-vinda. Essas práticas pedagógicas podem ser uma estratégia para evitar que tais questões sejam “medicalizadas”, ou seja, dependentes da oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial (BARROS, 2002) ou vistas de uma perspectiva normativa e higienista. Assim, o que se pretende neste artigo é analisar a entrada da saúde nas escolas através de ações do Programa Saúde na Escola (PSE), classificá-las como práticas pedagógicas e, a partir daí, verificar se elas se alinham com a perspectiva da Promoção da Saúde (PS).

Fundamentação teórica

Concepções pedagógicas

É necessário discutir as concepções que subsidiam as ações de saúde como práticas pedagógicas, tornando-as claras para todos os envolvidos. Para Saviani (2005), as concepções pedagógicas são as diferentes maneiras pelas quais a educação é compreendida, teorizada e praticada, denotando o modo de operar e de realizar o ato educativo. Do ponto de vista da Pedagogia, as diferentes concepções podem ser agrupadas em duas grandes tendências: pedagogia tradicional e as concepções contra-hegemônicas (SAVIANI, 2005). Ressalta-se que diversas correntes de pensamento e práticas pedagógicas se aproximam mais de uma ou outra tendência.

Como exemplo da primeira, temos a tendência tecnicista, de base produtivista, e da segunda, a pedagogia histórico-crítica, na qual a prática social é o ponto de partida e de chegada da prática educativa. De forma geral, a tendência tradicional pode ser representada pela passividade do aprendiz, que não é considerado sujeito do processo de ensino-aprendizagem: apenas recebe informações de forma descontextualizada com sua realidade. Já as concepções contra-hegemônicas buscam a aprendizagem significativa através da contextualização das informações de acordo com a realidade vivida pelo aprendiz, para que este a compreenda para superá-la. O aprendiz é sujeito e partícipe do processo de aprendizagem.

Para Schall e Struchiner (1995), o fenômeno educativo possui dimensões: a) humana: o relacionamento humano e o crescimento/desenvolvimento do indivíduo são pressupostos do processo pedagógico, portanto os elementos afetivos e cognitivos são inerentes a sua dinâmica; b) técnica: relacionado aos aspectos objetivos, mensuráveis e controláveis do processo, assim como o conjunto de conhecimentos sistematizados na forma de métodos, técnicas e recursos instrucionais; c) político-social: a educação é um processo situado num contexto cultural específico, com pessoas que ocupam posições bem definidas na estrutura social.

Para essas autoras, as diversas concepções sobre educação e saúde são reflexos de diferentes compreensões de mundo. Assim, os valores que expressam a visão de mundo, de sociedade, da saúde, da educação e do ato educativo em si compõem a prática pedagógica dos envolvidos nas ações de saúde. Há na literatura formas diversas de nomear, classificar e descrever o conhecimento ligado à prática pedagógica. A opção por esses autores se deveu a acreditar que atendiam aos objetivos propostos neste artigo.

A saúde na escola

No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. No princípio do século XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma “raça” sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram centradas em ações individualistas, focadas na mudança de comportamentos e atitudes, sem muitas vezes considerar as inúmeras condições de vida da realidade na qual as crianças estavam inseridas (VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008).

Leonello e L'Abbate (2006) alertam que as práticas educativas em saúde tendem a reduzir-se a atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo. Ou, ainda, segundo Moura et al. (2007), a escola é identificada como espaço no qual tradicionalmente são desenvolvidos programas orientados pela pedagogia tradicional.

Políticas e programas com o objetivo de prestar assistência e abordar a saúde na escola ganharam espaço juntamente com a busca pela universalização dos

sistemas de ensino (VALADÃO, 2004), o que vislumbra o potencial para ações de PS na escola. Valadão (2004) afirma que, ao longo do século XX, novos componentes técnicos e científicos vão sendo agregados à concepção citada e ocorre um deslocamento progressivo da sua legitimação dos eixos da moral para uma aparente despolitização apoiada na ciência. Entretanto, a modelagem de comportamentos permanece como um objetivo central, e, no transcorrer do século XX, a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional, de lógica biomédica, para uma concepção ligada à PS na escola (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Apesar de as escolas não se sentirem responsáveis pela prática da saúde em seus ambientes, é inegável o seu papel em temas ligados à saúde por ser cenário propício para lidar com as questões que envolvem especialmente os alunos, inclusive em seu ambiente familiar e comunitário (TAVARES; ROCHA, 2006; FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005). Para Silva (1997), a escola poderá fornecer importantes elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável. Tavares e Rocha (2006) trazem a necessidade de estabelecer um espaço na escola onde seja suscitado o debate para maior compreensão da relação entre saúde e seus determinantes mais gerais, possibilitando processos de aprendizagem permanente para os envolvidos. As autoras defendem que as relações espaciais com outros cenários, como a família, a comunidade e os serviços de saúde, devem ser identificadas com as condições sociais e os diferentes estilos de vida por meio de condutas simples e da participação de todos.

Atualmente, a temática da saúde na escola recebe importante atenção de diversos organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNESCO, o que confirma sua relevância em âmbito mundial. No Brasil, o PSE foi instituído em 2007 e integra uma política de governo voltada à intersectorialidade que atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social. O PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde como parte de uma formação ampla para a cidadania e promove a articulação de saberes e a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral ao tratar a saúde e educação de forma integral.

A Promoção da Saúde na escola

A PS é um movimento surgido na década de 1980 no Canadá, o qual, posteriormente, alcançou escala mundial. Inicialmente definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002a), atualmente ela pode ser compreendida como “um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...] buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (BRASIL, 2014).

A PS amplia a compreensão de que a saúde não é apenas a ausência de doença, conceituação proposta pela OMS em meados da década de 1950, e avança na compreensão da saúde como um estado positivo, referindo-se a uma rede complexa de interdependências e inter-relações na qual não é possível estabelecer uma causalidade linear (FRAGA et al., 2013). Assim, a “saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...]”, ela “é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (BRASIL, 2002a, p. 19-20).

A saúde é, então, compreendida através desse conceito ampliado, brevemente caracterizado acima. Os determinantes e condicionantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais ganham espaço. Ainda que esteja muito presente a visão estrita relacionada à exclusividade do risco individual, da ênfase biologicista e da incorporação demasiada de tecnologias biomédicas, há também a ampliação das buscas de respostas para a construção e produção social, individual e coletiva da saúde.

No Brasil, as ideias sobre PS foram introduzidas através da VIII Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Constituição cidadã (CARVALHO, 2008). Tais eventos revelam um momento histórico, no qual o direito universal à saúde, o controle social mediante a participação e a busca da equidade tornam-se marcantes no discurso socio sanitário.

Segundo Buss (2001), é enorme o potencial das ações de PS na infância e adolescência. O autor afirma que esses são períodos do desenvolvimento humano nos quais se estabelecem o comportamento, caráter, personalidade e estilo de vida, e que o ambiente em que o jovem está inserido é um dos principais fatores influenciadores.

É preciso, então, ações generalizadas que provoquem transformações nos sujeitos, para que passem a atuar com gradações crescentes de controle nas situações a que são submetidos, isto é, que atuem como cidadãos. Nesse sentido, a PS coloca a educação (institucional ou não) como uma forma de desenvolver o exercício da cidadania, para, desse modo, fortalecer atitudes que melhorem as condições de saúde e vida (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Educação em saúde

A educação em saúde é um dos principais eixos estratégicos para a PS (FERREIRA, 2008; VALADÃO, 2004). Ela pode representar uma forma reducionista, cujas práticas têm caráter impositivo e prescritivo de comportamentos ideais, desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos, ou pode ter como objetivo participar de intervenções na realidade concreta de vida de cada sujeito, buscando a qualidade de vida, ou seja, ser uma educação para a cidadania (PEDROSA, 2006a; 2006b).

A Educação Popular em Saúde (EPS) representa essa última possibilidade, orientada pela construção compartilhada de alternativas para a compreensão e enfrentamento do processo saúde-doença-cuidado e para a conquista de melhores condições de vida. Busca-se uma intercessão entre o saber técnico dos profissionais de saúde, os de educação e o saber baseado nas experiências de vida dos sujeitos, com o objetivo de superar a mera divulgação de informações científicas sem que sejam investigadas e debatidas as condições para sua real implementação como hábito de vida, tornando-as uma opção para os sujeitos.

A relação e o diálogo são aspectos importantes para a EPS. Esta se orienta por modos alternativos e diferenciados de lutar em favor da autonomia, da participação, da interlocução entre os saberes e práticas e de projetos de emancipação, solidariedade, justiça e equidade, ao ressaltar as singularidades dos sujeitos e suas representações sociais sobre saúde e doença, direitos e cidadania (PEDROSA, 2006a; 2006b; STOTZ, 2004).

Intersetorialidade

A intersetorialidade é uma questão-chave para a PS, já que a complexidade das questões sociais encontradas na escola torna pequena ou nula a possibilidade de apenas um setor conseguir ser efetivo em sua resolução ou atenuação.

Os setores da educação, saúde e assistência social são constantemente envolvidos em ações que utilizam a intersetorialidade como ferramenta (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006; WHESTPAL; MENDES, 1998). Contudo, muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor. Em comum com as definições encontradas na literatura (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006; BRASIL, 2006; INOJOSA, 2001), destaca-se a importância da articulação de diferentes setores no planejamento, execução e avaliação de ações que tenham impacto positivo nas condições de vida.

Reconhecem-se, contudo, as complexidades. O caráter processual e complexo é representado pela dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores, pela necessidade de comprometimento e envolvimento setorial, pela falta de sustentabilidade das ações e pela inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais (MORETTI et al., 2010). Além disso, é necessária uma mudança nas formas de atuação, operação política e gestão das instituições e das pessoas que as integram (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006), bem como rupturas importantes nas concepções e práticas cristalizadas dentro de cada setor e as disputas políticas e de poder que suscitam altos níveis de conflito entre as diferentes áreas e atores envolvidos (VALADÃO, 2004; MONNERAT; SOUZA, 2011; JUNQUEIRA, 1997).

Magalhães e Bodstein (2009) lembram que a macronegociação e a formulação de propostas intersetoriais costumam ser um sucesso, já que nenhum setor se mostra desfavorável a iniciativas de desenvolvimento social. Contudo, as ações não possuem sustentabilidade devido a baixos níveis de adesão ao diálogo e pactuação de agenda.

Assim, é notório que muitas das ações necessárias para a consolidação da PS envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde. Assim, a intersetorialidade é essencial para atuar sobre questões estruturais da sociedade e que interferem no processo saúde-doença-cuidado. Ressalta-se que cada ação intersetorial tende a apresentar um caráter individual próprio, construído de maneira gradual e histórica (SANTOS, 2011), e que caberá aos atores sociais e instituições envolvidas uma conformação que favoreça o alcance dos objetivos previstos.

Aspectos metodológicos

O recurso metodológico utilizado neste artigo é o mosaico científico: ao apresentar cenas cotidianas das ações de saúde, é possível construir um panorama. Cada peça, apresentada num mosaico, contribui para nossa compreensão do quadro como um todo. Quando muitas peças já foram inseridas, podemos ver, mais ou menos claramente, os objetos e as pessoas presentes no quadro, e sua relação uns com os outros, conforme aponta Becker (1997). Esse autor informa que não há expectativa de que a pesquisa forneça todas as respostas ou mesmo tudo de qualquer uma das respostas, em especial ao se tratar de uma temática complexa como a dinâmica intersetorial entre saúde e educação.

Destaca-se que não se tratou de estudo avaliativo do PSE, mas da análise de ações de saúde nas escolas na perspectiva da PS. O campo de pesquisa foram as Secretarias de Educação e três escolas de ensino fundamental situadas nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Em 2012, eles contavam respectivamente com cerca de 860.000 e 796.000 habitantes. Havia 131.810 e 119.851 estudantes matriculados no ensino fundamental, e 16,5% e 26,8% de cobertura populacional estimada da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (IBGE, 2013; BRASIL, 2012). Optou-se por não identificar os municípios nas ações de saúde retratadas para preservar os participantes.

As escolas foram classificadas aleatoriamente, utilizando-se as letras A, B e C. No primeiro município, foi disponibilizado um calendário com as datas das ações de saúde na escola, a partir daí as instituições foram escolhidas aleatoriamente. No outro, a coordenação do programa sugeriu algumas escolas para a observação, e em apenas uma houve ação de saúde no período da pesquisa.

Foram realizadas a observação participante e entrevistas com profissionais de saúde e de educação, identificados pela letra P. Atribuiu-se a eles uma sequência numérica aleatória para preservar sua identidade. Tratou-se de uma abordagem qualitativa por estimular os participantes a pensar livremente sobre o tema, além de mostrar aspectos subjetivos e atingir motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea (DANTAS; CAVALCANTI, 2006).

O “lugar de quem fala” foi importante para a análise das entrevistas, já que a visão e experiência dos profissionais, em especial, relacionadas a práticas pedagógicas, podem ser diferentes, e a compreensão desses atores sobre as ações

de saúde na escola é relevante para a consolidação da PS. Outros atores sociais, como docentes, pais, alunos, funcionários da escola, entre outros, também exercem papel fundamental para a efetivação de ações de PS. Devido à limitação de tempo e recursos, porém, estes não fizeram parte desta pesquisa.

O procedimento de classificação se refere às cenas e acontecimentos das ações de saúde na escola como práticas pedagógicas. Assim, estas serão mais próximas da perspectiva da PS apresentada quando puderem ser caracterizadas como contra-hegemônicas e as dimensões humana e político-social forem privilegiadas, ou ainda como práticas de EPS.

A pesquisa adotou os princípios éticos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (nº196/96) e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Os participantes da pesquisa foram informados sobre a garantia da privacidade e sigilo das informações e sobre a divulgação dos resultados em trabalhos científicos, assinando posteriormente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise das ações de saúde como práticas pedagógicas

Destacam-se alguns pontos sobre as ações de saúde nas escolas: em um dos municípios, estas foram realizadas pelas equipes da ESF do território no qual as escolas se situavam; no outro, foi constituída uma equipe de saúde específica para o PSE. Em algumas delas, ocorreu a interação com a equipe de trabalhadores das escolas. As ações de saúde são planejadas pelas secretarias de saúde e a de educação, mas havia a possibilidade de a demanda vir da escola.

O planejamento ocorreu a partir da identificação de prioridades relacionadas à saúde da comunidade educativa e da comunidade em geral. As diretrizes gerais do programa foram seguidas e havia autonomia para optar pelas temáticas ligadas à saúde que atendessem às suas necessidades de acordo com a realidade da escola e da comunidade local.

Cena 1 – A abordagem do profissional de saúde

Na escola A, a coordenadora político-pedagógica procurou a coordenação do PSE na Secretaria de Educação com uma questão relacionada à sexualidade de jovens e adolescentes. A partir da detecção de muitos casos de pré-adolescentes apresentando a sexualidade de forma “exacerbada”, houve grande preocupação, já

que essa é uma temática ligada à saúde e que envolve questões morais, religiosas, éticas e legais, não permitindo uma abordagem descuidada. Uma profissional de saúde da assistência social¹ foi encaminhada à escola, esta trouxe uma primeira palestra para os alunos sobre uma temática não ligada à sexualidade. O objetivo era conhecê-los e se aproximar deles. A partir daí, foi criado um clima propenso à abordagem da temática ligada à sexualidade.

As ações de saúde podem ser uma palestra descompromissada com a realidade que cerca a escola e de vida dos alunos ou conversas nas quais seja estabelecida uma parceria com os alunos, de modo que o tema encontre relevância para estes. Segundo P1, no primeiro momento, a profissional buscou a familiarização entre ela e os sujeitos que seriam beneficiários de sua atuação. Num segundo momento, ela abordou a questão da sexualidade. Assim, não houve imposição dela e nem resistência dos alunos, já que foi caracterizada uma troca entre a profissional, com seu saber especializado, e os estudantes, com seu saber baseado nas suas vivências.

Essa ação de saúde, na avaliação dos envolvidos, obteve êxito, e houve grande satisfação por parte das profissionais da escola já que os alunos, que anteriormente se mostravam relutantes em aceitar qualquer atividade diferente, participaram efetivamente. Assim, a forma como se deu a entrada da profissional de saúde fez toda a diferença. Sujeitos e coletividades ainda são tratados como objetos de ações isoladas e fragmentadas. O discurso dos usuários é ignorado pelo saber médico; sua subjetividade, tratada por um especialista; e seus hábitos ou modo de vida são frequentemente submetidos à ordem médico-sanitária de regras uniformes (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

Tavares (2002) afirma que há um distanciamento entre as proposições de ações de saúde para crianças e adolescentes, em especial os mais pobres, e suas reais necessidades, já que não se consideram as condições de vida específicas aos diferentes grupos sociais. É possível afirmar que isso não ocorreu no caso citado, o que o aproxima do que defende Silva (1997) ao afirmar que a partir do levantamento das necessidades da comunidade, devem ser discutidas as prioridades e criadas novas estratégias para enfrentá-las.

Cena 2 - O imaginário dos beneficiários e as ações de saúde

Na escola B, a ação de saúde consiste nas medidas de peso corporal (PC), altura e pressão arterial (PA) em alunos do 2º ao 5º ano. Entram os alunos; são cinco

por vez. Uma aluna está com medo, diz para outro aluno ir à frente porque é homem. Afirma: “se tirar vacina vai doer”. Além das ações citadas, são realizadas a verificação auditiva e escovação dentária. É utilizado um otoscópio, limpo com álcool após cada utilização, um esfigmomanômetro, uma balança caseira, régua escolar e fita métrica presa na parede com esparadrapo. A fita está torta. A profissional da fonoaudiologia, ao não ouvir o nome do aluno, dito por ele, afirma: “você tem voz para gritar lá fora, não vai ter para falar seu nome?!!”

Muitos alunos olham do lado de fora da sala pela parede, que é vazada. Perguntam uns para os outros para que serve a ação de saúde. Dois alunos estão com medo e dizem um para o outro: “é você”, “não, é você”. Um desses alunos pergunta: “vai dar vacina?”. A profissional da fonoaudiologia responde: “vou, no bumbum, preparem-se”. Uma aluna que não está entre os beneficiários da ação entra na sala e pede para “tirar” a pressão; a equipe de saúde responde que o programa só atende crianças de até 13 anos. Alunos da educação infantil ganham escovas e pasta de dente, mas não há para todos.

A profissional da fonoaudiologia afirma que a triagem auditiva não ocorre por falta de condições. A enfermeira compara os dados de PC e altura com tabela de desenvolvimento pondero-estatural. Um aluno questiona quem fazia parte da equipe de saúde. Ele afirma: “você acha que algum médico nariz em pé que trabalha em hospital particular viria na escola?”. Alguns profissionais afirmam que trabalham em consultórios, hospitais e que há o profissional médico no programa. A profissional da fonoaudiologia diz que os alunos têm que ser tratados de igual para igual.

As ações de saúde na escola lidam com o imaginário pré-concebido sobre saúde e sobre o profissional de saúde, nesse caso, o profissional médico, denotando uma realidade na qual o contato com esses profissionais não é algo comum, quase exceção. O profissional de saúde precisa estar ciente disso e utilizar isso a favor dos objetivos da ação de saúde.

Ainda nessa escola, ao abordar a questão do tratamento dos alunos de igual para igual, referido pela profissional da fonoaudiologia, fica a reflexão de como isso se daria. O que ficou evidente é que se referia mais à linguagem e à forma de conduzir o atendimento do que a compreensão de que os beneficiários da ação de saúde são sujeitos do processo saúde-doença-cuidado. A profissional da fonoaudiologia se isenta de falar sobre estratégias pedagógicas porque isso é coisa

da escola; não há a percepção de que existe ou deveria existir uma importante ação pedagógica na ação de saúde.

Em relação à dinâmica escolar e as possibilidades da ação de saúde, fica evidenciado que a ação de saúde interferiu naquela e foi focalizada. O atendimento não foi ampliado para outros alunos, que não puderam se beneficiar da presença da equipe de saúde na escola. Negar a medição da PA alegando que todos irão querer: isso seria ruim? Se não há recursos para atender a todos naquele momento, que isso seja explicado e que atendam a um determinado número de alunos, e, com isso, ampliem o canal de intercessão entre a ação de saúde e a escola.

Assim, ainda que haja a necessidade de direcionar os recursos existentes, um procedimento simples como a medição da PA podia ser uma oportunidade de acolhimento da aluna, uma aproximação desta com os profissionais de saúde. Pode-se afirmar que o foco foi a ação assistencial e não a constituição de uma prática pedagógica.

O aluno, muitas vezes, retrata nos seus hábitos e costumes a realidade na qual está inserido, na família, na comunidade. Assim, quando vivencia um ambiente violento ou com lixo em locais impróprios, por exemplo, ele pode tender a reproduzir tais condutas. A escola é o lugar por excelência onde essa realidade deverá ser questionada e refletida, e as ações de saúde, quando associadas a práticas pedagógicas, podem ser o ponto de partida para esse processo. Não se trata de uma “visão romântica” do papel social da escola a partir da defesa desta e da educação formal como a resolução para questões sociais complexas como as citadas, mas a constatação de que programas, vinculados à saúde ou não, quando realizados dentro das escolas, podem fazer parte de um processo com o objetivo de mudanças locais, que não se esgotará na escola.

Cena 3 - Por quem e como a realidade (de quem) é apreendida?

Na escola C, segundo P2, o planejamento das ações de saúde foi realizado a partir de observações das condições e necessidades da comunidade na qual a escola está inserida. Contudo, quem observa tal realidade? Profissionais especializados de educação ou de saúde podem tender a vê-la apenas pela perspectiva das necessidades e carências e, assim, podem não reconhecer as potencialidades e possibilidades. Isso não quer dizer que os profissionais não possam realizar uma leitura da realidade assim como aqueles a quem querem

beneficiar com as ações de saúde, só traz à tona o fato de o lugar que ocupam na estrutura da sociedade interferir na avaliação.

Costa, Pontes e Rocha (2006) defendem a valorização da percepção que o cidadão tem acerca dos seus problemas, com sua identidade e sua prática social. Junqueira (2004) revela que a população deve passar a ser considerada como sujeito e não como objeto das ações de saúde. Com isso, ela passa a assumir um papel ativo colaborando na identificação dos problemas e na sua solução.

Wimmer e Figueiredo (2006) complementam defendendo que o profissional de saúde, o educador, etc. podem e devem apoiar a comunidade para que ela mesma vença as suas dificuldades, e estas não devem ser ditadas por um único setor, mas construídas numa discussão intersetorial que fortaleça um processo de tomada de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos na realidade cotidiana pela comunidade. Para isso, segundo os autores, é necessário que, além da capacidade científica, do domínio técnico e da ação política, tais profissionais tenham compromisso com o desenvolvimento de autonomia da comunidade. Ainda segundo P2, também houve a abertura para o surgimento de temas ou necessidades específicas com a equipe da ESF, pondo-se à disposição para tais casos quando ou se surgirem. Contudo, nesse caso, não houve participação dos beneficiários da ação de saúde no planejamento.

Apesar da grande responsabilidade do processo de educação em saúde, os professores não conseguem ver a saúde como uma questão que não envolve questões apenas relacionadas à higiene, alimentação e doenças. Na pesquisa de Fernandes, Rocha e Souza (2005), poucos foram os que conseguiram desenvolver uma conexão importante da saúde com as questões da qualidade de vida e da cidadania, temáticas mais abrangentes e complexas. Ainda para esses autores, cabe aos professores colaborar para o desenvolvimento do pensamento crítico do escolar, além de contribuir para que as crianças possam agir em favor de sua saúde e da coletividade.

São essenciais a formação e a qualificação docentes na expectativa de que estratégias de PS fomentem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e promovam mudanças individuais, coletivas e organizacionais necessárias (BRASIL, 2002b). As possibilidades de consolidação da PS são aumentadas quando há uma transformação dos indivíduos técnicos, com grande relevância para os da saúde, o que implica mudanças estruturais desde a área do ensino até

a vida profissional, com a educação permanente dos que já estão inseridos nela (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Assim, a equipe escolar é crucial em programas referentes à temática da saúde, e os profissionais de saúde e os demais membros da comunidade escolar também têm grande importância na construção da concepção ampliada de saúde através de práticas pedagógicas que tenham tal fim.

Cena 4 – Aproximando a ação de saúde à realidade dos beneficiários

Na escola C, a ação de saúde consistiu numa peça sobre saúde bucal, pesquisada através da internet. Houve ensaios, confecção do cenário e das roupas e também uma paródia de uma música do cantor Justin Bieber, transformada numa versão que falava sobre o que eles já tinham aprendido e deviam praticar – cuidar dos dentes todos os dias. Os alunos cantaram, dançaram e apresentaram para todas as crianças da escola, encontrando grande aceitação de todos.

Nesse caso, a atuação dos profissionais de educação permitiu uma considerável aproximação entre o tema relacionado à saúde e o cotidiano dos alunos. Independente de avaliações sobre a qualidade musical do cantor citado, é notório que ele encontrava aceitação das crianças. Através da paródia, o tema pôde ser trabalhado de forma lúdica, o que facilita a compreensão por parte dos alunos e a inserção de temas ligados à saúde ao cotidiano da escola.

A iniciativa tomou como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior dos beneficiários da ação (VASCONCELOS, 2001). Ao utilizar a proposta metodológica da construção compartilhada do conhecimento, a partir da utilização de um artista aceito, propiciou-se o encontro entre cultura popular (aqui entendida como aquela que os beneficiários da ação conhecem) e a científica (PEDROSA, 2006b), representado por condutas ligadas à saúde bucal, aproximando a ação da EPS.

Mas também, nessa escola, há ações que ocorrem apenas uma vez por mês e são apenas palestras sobre temas relacionados à saúde. Além de atendimento individualizado, P2 afirma que a Saúde através da equipe da ESF também utilizou estratégias pedagógicas voltadas para as crianças, a saber: apresentação de vídeos, trabalhos pedagógicos e momentos de conversa. Essa equipe de saúde recebeu apoio de P2 na pesquisa dessas atividades, o que demonstra uma complementaridade entre as ações de saúde e educação.

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

Considerações

Ressalta-se que as ações de saúde foram realizadas, em sua maioria, por profissionais de saúde que, em sua formação inicial, podem não ter teorizado, refletido e realizado práticas pedagógicas tal como os profissionais de educação. Ainda assim, é importante reconhecer que um olhar sobre as questões pedagógicas pode possibilitar transformações individuais e sociais, contribuindo assim para a formação de sujeitos éticos e cidadãos em busca constante de uma vida melhor (MOURA et al., 2007). Ao atuar em escolas, os profissionais de saúde podem utilizar as práticas pedagógicas como importante ferramenta.

Na cena 1, é possível afirmar que houve uma prática pedagógica contra-hegemônica, conforme enunciou Saviani (2005). Isso porque foi utilizada a estratégia de conhecer os beneficiários da ação de saúde e criar um ambiente propício à abordagem da temática ligada à saúde, caracterizando a já referida troca entre o saber especializado da profissional de saúde e o saber baseado nas suas vivências dos alunos, o que a aproxima da EPS. Nessa cena, as dimensões humana e político-social do fenômeno educativo (SCHALL; STRUCHINER, 1995) são privilegiadas.

Na cena 2, afirma-se que houve a constituição de prática pedagógica tradicional: a própria profissional de saúde afirma que estratégias pedagógicas não são responsabilidade da equipe de saúde, e, sim, da escola. Ressalta-se também que não houve a consideração dos beneficiários da ação de saúde como sujeitos, já que tratá-los de igual para igual, nesse caso, se refere apenas a uma forma de atendê-los, sem que falem ou “atrapalhem” o atendimento da profissional de saúde. Chama a atenção também a falta de condições para a realização da ação de saúde, seja na afirmação de que não ocorre a triagem auditiva, na negativa da medição da PA, além da falta de material de escovação para todos.

Também é possível afirmar que, na cena 3, não havendo participação dos beneficiários da ação de saúde e/ou seus responsáveis no planejamento, em especial quando há a prerrogativa da identificação da realidade daqueles, caracteriza-se uma prática pedagógica de cunho tradicional. Nas cenas 2 e 3, privilegia-se a dimensão técnica do fenômeno educativo, pois as ações de saúde ocorreram com seus métodos e técnicas, em detrimento das demais dimensões.

Na cena 4, a aproximação entre o tema relacionado à saúde e o cotidiano dos alunos –através de um cantor de grande aceitação por parte dos beneficiários da ação – permitiu que o tema fosse trabalhado de forma lúdica, o que o tornou mais interessante para eles. Assim, ao levar em conta o saber anterior dos alunos e propiciar o encontro entre sua cultura e o conhecimento técnico-científico, a ação pode ser conformada como uma prática pedagógica própria da EPS. Também se ressalta a complementaridade entre as ações de saúde e educação através de apresentação de vídeos e momentos de conversa com as crianças. Por isso, afirma-se que houve uma prática pedagógica contra-hegemônica. Nessa cena, a dimensão humana do fenômeno educativo foi destacada ao buscar a afetividade que os alunos direcionavam ao cantor.

Em ambos os municípios, não ocorreu a participação de representantes da comunidade escolar no planejamento das ações. A representatividade desta se deu no âmbito do conselho escolar, o que consideramos insuficiente. A participação dos profissionais das ESF se dá através de retroalimentação de informações das ações realizadas.

A intersetorialidade, em alguma medida, foi caracterizada com a assistência social, esporte e lazer, entre outros. Também são feitas parcerias com instituições privadas, instituições de ensino superior e associações e conselhos profissionais.

Destaca-se ainda que as ações de saúde realizadas nas escolas alteram a dinâmica escolar e que o profissional de saúde pode não estar preparado para a interação com os estudantes quando não estão nos serviços de saúde. Assim, a participação da comunidade educativa é importante em todas as etapas das ações de saúde nas escolas. Silva e Haddad (2006) apontam importantes desafios para a consolidação da escola como ambiente de PS: o processo político-institucional, ruptura do caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações geralmente desenvolvidas em programas de saúde escolar, transformação de metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais, entre outros.

Dada a complexidade de temas relacionados à saúde, à educação e à PS, não há que se esperar que as ações de saúde nas escolas consigam vencer, completa e definitivamente, os desafios apontados para se afirmar que obtiveram êxito. Assim, é possível afirmar que nas cenas 1 e 4 ocorreu, de alguma forma, a superação dos desafios citados e conclui-se que elas se aproximam do referencial da PS na escola conforme apresentado.

Referências

- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, v. 11, n. 1, p. 1-11, 2002.
- BECKER, H. S. A História de Vida e o Mosaico Científico. In: _____. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. 3º ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BRASIL. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 533-535, 2002b.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portal da Saúde*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 maio 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 15 mar. 2015.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde na infância e adolescência. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 1, n. 3, p. 279-282, set./dez. 2001.
- BYDŁOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e sociedade*, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.
- COSTA, A.M.; PONTES, A.C.R; ROCHA, D.G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A; MALO, M. (Orgs.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 96-115, 2006.
- CARVALHO, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008.
- DANTAS, M.; CAVALCANTE, V. *Pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco - Centro de Artes e Comunicação, 2006.
- FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 283-291, mai./ago., 2005.

- FERREIRA, M. S. *Agite antes de usar... A Promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo*. 2008. 264 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2008.
- FRAGA, A. B. et al. *Curso de extensão em promoção de saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2013. 144 p.
- FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.
- GONÇALVES, F. D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 181-92, jan./mar. 2008.
- INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*, n. 22, p. 102-110, 2001.
- IBGE. *Cidades*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 maio 2015.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, ago./dez. 1997.
- _____. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.
- LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 149-166, jan./jun. 2006.
- MOURA, J. B. V. S. et al. Perspectiva da Epistemologia Histórica e a escola promotora de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 489-501, abr./jun. 2007.
- MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009.
- MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da seguridade social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *R. Katál*. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.
- MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, jun. 2010.
- PEDROSA, J. I. S. Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006a. p. 41-48.

- _____. Promoção da saúde e educação em saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.) *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006b. p. 77-95.
- SANTOS, N. N. *A intersetorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil: O Caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos*. 2011. 166 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. 2011.
- SAVIANI, D. *As Concepções Pedagógicas na história da Educação Brasileira*. Texto elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil.” Campinas, 2005. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/artigos_pdf/Dermeval_Saviani_artigo.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.
- SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação no Contexto de HIV/AIDS: Teorias e Tendências Pedagógicas. In: CZERESNIA, D. et al. (Orgs.) *AIDS: Pesquisa Social e Educação*. São Paulo: Hucitec/Abrasco. p. 84-105.
- STOTZ, E. N. Os Desafios para o SUS e a Educação Popular: uma Análise Baseada na Dialética da Satisfação das Necessidades de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 284-301.
- SILVA, C. S. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I*. 1997. p. 14-20.
- SILVA, J. A. A.; HADDAD, F. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 272p. (Série Promoção da Saúde, n. 6)
- TAVARES, M. F. L. Da saúde escolar à escola saudável: construindo espaços de promoção da saúde. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. (Orgs.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos - RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002.
- TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M. Promoção da Saúde e a Prática de Atividade Física em Escolas de Manguinhos – Rio de Janeiro. BRASIL. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 272p. (Série Promoção da Saúde, n. 6).
- VALADÃO, M. M. *Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial*. 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) – Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, fev. 2001.

WESTPHAL, M.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Rev. Adm. Públ.*, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006.

Nota

¹ Destaca-se que a identificação da classe profissional dos envolvidos nas ações de saúde não está relacionada a nenhum juízo de valor sobre a atuação deles, ou seja, não há relacionamento com as atuações que se afastam da PS tal como defendida no texto.

Abstract

Health goes to school: health promotion in pedagogical practices

In Brazil, the health education actions for school children were present in official speeches from 1889, and currently, the issue of health in the school traces its relevance worldwide, because the role of schools in health related issues is undeniable. The goal of the paper is to analyze the input of health in schools and classify them as teaching practices. From there, see if they align with the prospect of Health Promotion. The methodological approach used in this article is to present the scientific mosaic scenes of everyday health actions and thus allow the construction of an overview of what happens when health goes to school. We conclude that health actions performed in schools and change the dynamic school that some actions are close to the concept of health promotion strategies.

► **Key words:** health promotion; pedagogical practices; health; school.