

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE HUMANIDADES E DIREITO
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

RAFAEL DE SOUZA OLIVEIRA

SAÚDE E ESCOLA: UM ESTUDO DO COTIDIANO

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2013

RAFAEL DE SOUZA OLIVEIRA

SAÚDE E ESCOLA: UM ESTUDO DO COTIDIANO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Universidade Metodista de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa: Políticas e Gestão Educacionais

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Leila Alves.



São Bernardo do Campo —2013

FICHA CATALOGRÁFICA

O14s Oliveira, Rafael de Souza
Saúde e escola: um estudo do cotidiano / Rafael de Souza
Oliveira. 2013.
117 f.

Dissertação (mestrado em Educação) --Faculdade de
Humanidades e Direito da Universidade Metodista de São Paulo,
São Bernardo do Campo, 2013.

Orientação: Maria Leila Alves

1. Promoção da saúde - Escolas 2. Cotidiano escolar
3. Cidadania (Educação) I. Título.

CDD 379

A dissertação de mestrado sob o título “SAÚDE E ESCOLA: UM ESTUDO DO COTIDIANO”, elaborada por RAFAEL DE SOUZA OLIVEIRA foi apresentada e aprovada em 19 de setembro de 2013, perante banca examinadora composta por Prof^a. Dr^a. Maria Leila Alves (Presidente/UMESP), Prof^a. Dr^a. Roseli Fischmann (Titular/UMESP) e Prof. Dr. João Cardoso Palma Filho (Titular/UNESP).

Prof^a. Dr^a. Maria Leila Alves
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Roseli Fischmann
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Programa: Pós-Graduação em Educação

Área de Concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Políticas e Gestão Educacionais

Este trabalho foi realizado com o auxílio da bolsa CAPES/PROSUP modalidade 1.

“Seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, primeiro, o ser humano não se inscrevesse ou não se achasse predisposto a participar de um movimento constante de busca e, segundo, se buscasse sem esperança.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

A Deus, que concede ao ser humano sabedoria e conhecimento, por meio da razão, a fim de que viva em plenitude.

À minha amada esposa, pela compreensão e companheirismo.

Aos meus pais e familiares, pelo amor, apoio e suporte.

À Prof^a. Dr^a. Maria Leila Alves, minha orientadora, pelos agradáveis momentos de construção do conhecimento.

Ao Prof. Dr. João Palma, pelas imensuráveis colaborações a esse trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Roseli Fischmann, coordenadora do programa, pelas ricas oportunidades de experiência acadêmica, e, na sua pessoa, a todas as professoras e professores do Programa de Pós-Graduação em Educação que contribuíram direta e indiretamente para minha formação.

Aos colegas de caminhada, pela amizade e colaboração.

À Márcia Pereira, assistente de coordenação, pelo suporte e atenção.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo fomento dessa pesquisa.

RESUMO

A busca por melhores condições de vida da população passa pela escola, uma vez que ela desempenha um papel fundamental na Promoção da Saúde. Nesse sentido, a saúde em sua concepção integral foi o eixo desse trabalho, que buscou acessar a realidade social concreta do cotidiano da escola a fim de explorar o campo, buscando verificar os entraves para o atraso em desenvolvimento humano verificado em um país tão rico. A fim de alcançar esse objetivo lancei mão do estudo do cotidiano articulando as condições objetivas e as representações dos professores em torno das questões da Saúde na escola. O estudo histórico-crítico conduzido forneceu elementos para a reflexão realizada, mostrando que algumas representações de um determinado grupo de docentes estão alicerçadas em raízes antigas, que se assentam no movimento higienista do século XIX. Este encontrou na escola o campo ideal de doutrinação de seus ideais. Essas raízes sustentam o paradigma biomédico hegemônico na atualidade. O estudo empírico, realizado em uma escola estadual do município de Ribeirão Pires, revelou um cotidiano fragmentado, homogeneizado e hierarquizado. Fatores de oposição à cotidianidade também foram identificados e podem sinalizar mudanças posteriores em atividades superiores, como a legislação educacional. Esse estudo permite, assim, que políticas públicas possam ser elaboradas a partir da realidade do campo, pois é do cotidiano (atividades cotidianas) que surgem as grandes decisões e os instantes dramáticos de decisão e ação (atividades superiores).

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde, cotidiano escolar, educação para cidadania

ABSTRACT

Seeking for quality of life undergoes the school, once it has a fundamental role on Health Promotion. So, the health, in its holistic concept, was the axis of this study, which sought to access the social concrete reality of the school everyday life in order to explore the field, seeking to verify the obstacles to the delay observed in human development in a such rich country. Pursuing to achieve this, I chose the study of everyday life in a lefebvrian perspective, articulating objective conditions and the representations of professors on the issue of health in school. The historical-critical study conducted in this work provided evidence for the reflection performed, showing that some teachers' representations are grounded in old roots, which are based on the hygienic movement of the nineteenth century. This movement found the school as the ideal field for indoctrination of its ideals. These roots sustain the hegemonic biomedical paradigm today. The empirical study, conducted in a public school in Ribeirão Pires, SP, revealed a fragmented, homogenized and hierarchical everyday life, denominated everydayness. Factors opposed to everydayness were also identified and may signal further changes in superior activities, such as educational legislation. This study thus allows that public policy can be drawn from the reality of the field, since it is from the everyday (everyday activities) that big decisions and dramatic moments of decision and action (senior activities) arrive.

KEYWORDS: Health Promotion, everyday school life, education for citizenship

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 QUESTÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS	17
1.1 CONCEITOS NA INTERFACE SAÚDE-EDUCAÇÃO	17
1.1.1 Saúde.....	17
1.1.2 Interface Saúde-Educação	24
1.2 METODOLOGIA: UM ESTUDO DO COTIDIANO	34
1.2.1 Pesquisa Qualitativa na Interface Saúde-Educação	34
1.2.2 Problematização e Objetivos da Pesquisa	35
1.2.3 Procedimentos Específicos.....	36
1.2.4 Algumas Considerações Teóricas sobre o Estudo do Cotidiano	38
2 SAÚDE E ESCOLA: UMA ABORDAGEM HISTÓRICA	44
2.1 RAÍZES EUROPEIAS	44
2.2 MORALIZAÇÃO SANITÁRIA DO BRASIL – UM IDEAL	45
2.2.1 Discurso da “Nova Elite”	45
2.2.2 Discurso Médico-Higiênico	46
2.3 PEDAGOGIA DA HIGIENE	47
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A RACIONALIDADE MÉDICA	48
2.5 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR	50
2.6 ESCOLA NOVA, HIGIENISMO E SANITARISMO	52
2.7 HIGIENISMO E EUGENISMO	56
2.8 HIGIENE ESCOLAR: EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E LEI	58
2.9 RESSURGIMENTO DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA.....	61
2.10 DECADÊNCIA DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA.....	63
2.11 DISCURSO OFICIAL X PRÁTICA SOCIAL.....	65
2.12 UM NOVO OLHAR PARA A SAÚDE ESCOLAR.....	67
2.13 SAÚDE COMO UM TEMA TRANSVERSAL	68
2.14 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	69
3 NOSSA ESCOLA E SEU COTIDIANO	72
3.1 A ESCOLA E SEU TEXTO SOCIAL	72
3.1.1 O entorno	72
3.1.2 Situação institucional	73
3.1.3 O momento institucional	75
3.1.4 Instalações.....	78
3.2 SUBJETIVIDADE DOCENTE	78
3.2.1 Da Coordenadora	79
3.2.2 Da Professora de Ciências	81
3.2.3 Da Professora de Educação Física	82
3.2.4 Do Professor de História	83
3.2.5 Da Professora de Biologia	84
3.3 ARTICULAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES OBJETIVAS E AS REPRESENTAÇÕES	86
3.3.1 Saúde? Fala com a professora de Ciências.....	87
3.3.2 Eu só vejo a sala de aula!.....	89
3.3.3 Eu sei o que é saúde, e daí?	90
3.3.4 A gente é bem desamparado.....	91
3.3.5 A “burrocratização” da saúde na escola	93
3.3.6 A gente fala, mas tem a família lá... ..	96
3.3.7 O problema dos alunos é afetivo	98
3.3.8 Sexualidade. A escola é lugar disso?.....	102
3.3.9 Eles não têm higiene	105
(IN)CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112

INTRODUÇÃO

Questões referentes à saúde foram sempre objetos da preocupação das diversas sociedades. No entanto, um grande atraso é ainda observado na conquista de melhor qualidade de vida para as populações, principalmente, dos países periféricos. Economicamente, o Brasil é a sexta maior potência do planeta. Considerando-se o IDH, por outro lado, é escandalosamente a 86ª nação nessa análise. No contexto da América Latina é o 20º melhor IDH. (G1, 2011)¹

Apesar de ter logrado consideráveis índices de melhora dos indicadores de saúde pública, o Brasil, por se tratar de um país de dimensões continentais, continua apresentando graves problemas escondidos nos números e porcentagens divulgados. As diferenças econômicas e sociais seguem marcantes na sociedade e famílias pobres AINDA sofrem com o problema, por exemplo, das doenças infecciosas e parasitárias (DIPs).

A superação desse quadro a fim de conquistar melhores níveis de qualidade de vida no país esbarra em dois movimentos históricos que são apontados por Minayo ao refletir sobre a colaboração da antropologia para as ciências de saúde. Para ela,

aceitar as evidências de que as doenças não são somente entidades biológicas uma vez que também estão relacionadas em diversos graus aos modelos de vida, às ofertas pluralistas de tratamento e cura, à presença muito maior da sociedade no controle das intervenções médicas e epidemiológica tornam o campo da saúde muito mais aberto para receber a contribuição das ciências sociais. No entanto, é preciso evidenciar dois movimentos históricos que tendem a problematizar essa interação. (MINAYO, 2009, p.200)

O primeiro movimento histórico a que Minayo se refere é a ideologia baseada na “reflexão negadora da questão do social”. Esse pensamento é

¹ G1 – Brasil, 2011. Brasil ocupa 84ª posição entre 187 países no IDH 2011. Disponível em <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/11/brasil-ocupa-84-posicao-entre-187-paises-no-idh-2011.html> Acessado em: 14/03/2011

decorrente das descobertas da bacteriologia e contribui para a ênfase curativa e terapêutica da medicina ocidental.

É claro que o avanço científico propiciado pela bacteriologia foi e é importante para a humanidade. A questão que se coloca para reflexão no plano das ideias e das práticas é a postergação dos fatores econômicos, sociais, culturais e subjetivos na construção das enfermidades e na promoção da saúde, reduzindo esses fenômenos a entidades ou processos biológicos apenas, deixando para trás uma longa tradição da medicina social que mostrou pleno vigor na metade do século XIX. Hoje, a fragmentação produzida pelo reducionismo biomédico leva a que, dentro de um hospital, se reduza uma pessoa doente quase que unicamente a seu corpo, simples objeto de manipulação e de intervenções. (MINAYO, 2009, p.201)

Para essa autora, desde o final do século XX, estamos sendo confrontados pelas tentativas de pensar saúde como um processo biologicamente determinado apenas. Medidas preventivas não tem sido o foco das pesquisas na área de saúde, que estão voltadas para o desenvolvimento de técnicas medicamentosas, cirúrgicas e eletrônicas direcionadas para o enfrentamento de doenças isoladas. Um manual do Ministério da Saúde aponta essa tendência, ao indicar que a melhoria da qualidade da assistência médica, principalmente no que diz respeito ao correto diagnóstico e tratamento dos pacientes, associada ao encaminhamento e adoção das medidas de controle indicadas em tempo hábil, desempenha um papel importante na redução de uma série de doenças infecciosas e parasitárias. (BRASIL, 2004, p.16)

O segundo movimento, para Minayo, que tende a eliminar o sujeito histórico situado na área da saúde é o do tecnicismo da clínica e da epidemiologia, cujo refinamento cria ilusão da verdade dos números, dos dados e dos modelos. Na área de saúde, os arroubos de evidenciar verdades e objetividade fazem esquecer as perguntas fundamentais e de situar os problemas das pessoas nas dinâmicas de seus contextos, de suas vidas, de suas relações e representações. Por causa disso, os estudos tecnicistas acumulam dados sobre a realidade, tratam enfermidades como entes externos aos pacientes que as sofrem, diminuindo a eficácia dos contatos humanos necessários na área da saúde.

Assim sendo, as contribuições das ciências biomédicas e sociais devem ser entendidas como colaborativas. Contribuições variadas e plurais devem ser integradas nas estratégias políticas, de gestão, de diagnósticos e nas terapêuticas.

Entendendo que a área da saúde é um campo pluridisciplinar em disputa de poder e de legitimação, conclui Minayo que entre o paradigma médico (hegemônico para todas as profissões das ciências da saúde) e a antropologia existirão sempre relações possíveis: complementares, conflituosas ou de negação, dependendo dos contextos, problemas e atores em interação. (MINAYO, 2009, p.204)

Partindo dessas considerações de Minayo gostaria de introduzir esse trabalho. Entendo que a educação pode colaborar significativamente para a superação do triste quadro supracitado. Nesse sentido, essa dissertação insere-se nesse contexto de articulação de dois campos supostamente independentes - saúde e educação, mas essencialmente inseparáveis.

O interesse pela pesquisa nessa temática não poderia decorrer de uma simples opção, mas sim de um engajamento nas atividades sociais como metodista, desempenhando por vários anos atividades de liderança na Federação Metodista de Jovens da Igreja Metodista; tanto quanto de uma formação humanista, seja na esfera religiosa, seja na esfera acadêmica.

Ao ingressar no curso de Medicina Veterinária da Universidade Federal Fluminense não poderia imaginar os caminhos que percorreria. Cabe aqui memorizá-los.

Nas primeiras aulas do curso de veterinária, assim como de outros cursos, os alunos sempre são questionados sobre a motivação para a realização do curso. No nosso caso, as repostas convergiam para três possibilidades: sonho de infância, desejo de transformar o mundo e a possibilidade de não trabalhar diretamente com seres humanos. Havia ainda uma quarta motivação – não gostar de matemática. Esta última já era tão óbvia que não chegávamos a utilizá-la para justificar a escolha pelo curso.

Pessoalmente, as três justificativas se aplicavam à minha trajetória. O contato com animais durante a infância já havia gerado o interesse por cuidar deles. As frequentes informações sobre a extinção e a iminência de extinção de diversas espécies também haviam despertado esse ideal de mudar o mundo, preservando

essas espécies, assim como seus *habitats*. E, não ter que lidar com gente era uma grande motivação também para o curso. Afinal, desde criança tinha visto meus pais de desgastarem na difícil tarefa de cuidar do ser humano. Sou filho de pastor metodista. Consequentemente, eu não queria isso para mim.

Acredito que aos 17 anos essa posição é justificável. Afinal, o sistema educacional brasileiro impõe aos seus jovens uma escolha complexa e arriscada em uma fase de imaturidade para as ‘decisões da vida’. No entanto, com o passar dos anos e o convívio acadêmico, passei a ver a veterinária com outros olhos. Entendi seu caráter social ao preocupar-se não só com a sanidade animal, mas também com a saúde humana. Logo percebi que era impossível cuidar dos animais sem lidar com o homem, uma vez que pensar em saúde no seu conceito amplo envolve não olhar somente o paciente, mas o ambiente ao seu redor. Entendi que se não fosse através dos seres humanos, não poderia salvar as espécies ameaçadas de extinção, muito menos o planeta.

A responsabilidade do médico veterinário vai além do consultório clínico e chega à mesa da população que se alimenta de proteína animal; à casa da família que convive com animais domésticos, ou mesmo aqueles que nos espaços públicos estão susceptíveis às “pragas” do ambiente urbano; aos bolsões de pobreza desse país que ainda não dispõem de saneamento básico e ainda expõem seus moradores ao contato com parasitas e doenças infecciosas há muito já eliminadas de países conhecidos como desenvolvidos. Dar-se conta disso gerou não apenas uma convicção do compromisso social da profissão com a população, assim como um sentimento de incapacidade.

Esse sentimento, no entanto, pode ser mobilizador, no sentido de gerar um movimento pela superação dessa situação. É por isso que há pessoas que lutam por uma sociedade melhor, muito embora as circunstâncias sejam desanimadoras. Como veremos no capítulo 3 desta dissertação, o filósofo e sociólogo francês Henri Lefebvre nos inspira a acreditar na possibilidade.

Nesse sentido, aponto nesse trabalho a educação como uma possibilidade concreta. Ela permite ao ser humano a possibilidade de ser humano. Este consciente de seu papel como sujeito na História, agente capaz de realizar as mudanças necessárias para alcançar o bem-estar.

Se espécies estão sendo extintas e rios assassinados, é através da educação que o homem vai enxergar a importância da preservação ambiental a fim de que gerações posteriores desfrutem do planeta melhor. Se pessoas nesse país ainda morrem por parasitoses, dengue ou Chagas é por meio da educação que se tornarão cidadãos(ãs) críticos(as) capazes de exigir das autoridade medidas sanitárias para a promoção da saúde pública. Enfim, se tornarão cidadãos(ãs) conscientes de sua responsabilidade pelo bem-estar de toda a população.

Aos 22 anos, quando me formei, minha visão humana tinha também amadurecido. Nesse período acadêmico e no início de trajetória profissional diversas experiências extracurriculares contribuíram para esse aprimoramento. Já citei as atividades de liderança na Igreja Metodista junto à juventude, posso citar também a participação como voluntário em diversos projetos sociais; viagens internacionais para países latino-americanos e do leste europeu; dentre outras experiências vivenciadas no cotidiano que contribuíram e contribuem para essa tomada de decisão. Ainda no desenrolar desse caminhar, no ano de 2011 iniciei o curso de Teologia da Universidade Metodista de São Paulo, o qual também tem sido fundamental para meu desenvolvimento humano e acadêmico.

Ao ingressar no programa de mestrado em educação dessa instituição trouxe comigo essa bagagem e o desejo de desenvolver uma pesquisa que pudesse abraçar todas essas indagações. O objeto de estudo foi aos poucos se definindo e tomando corpo em torno da interface saúde-educação.

As primeiras ideias para desenvolvimento dessa pesquisa, então, incluíam a análise da legislação a fim de verificar como as políticas educacionais entendiam a promoção da saúde na escola. No entanto, ao me deparar com pesquisas sobre o cotidiano escolar nas disciplinas do programa verifiquei que esse deveria ser meu direcionamento. Sabemos que as políticas públicas brasileiras, principalmente na área de direitos humanos básicos como a educação e saúde, estão longe de se tornarem realidade no dia-a-dia da escola. Sendo assim, minha pesquisa na legislação poderia incorrer em resultados discrepantes da realidade.

O que a lei diz nós bem sabemos. É bem escrita. Bem articulada. Bem fundamentada. Mas o que diz o cotidiano? Qual é a realidade? São essas indagações que norteiam esse trabalho com o qual pretendo então acessar a realidade concreta do cotidiano escolar.

A escolha do território escolar nessa pesquisa baseia-se no entendimento de que a escola é o espaço ideal para promoção da Saúde, uma vez que: 1) a escola é uma instituição social sólida, pela qual a sociedade em geral clama e reivindica seu aprimoramento a fim de exercer aquilo que ela promete; 2) a escola, como instituição social cujo papel é especificamente educativo, atende a sociedade, em sua complexidade, na formação especial de seus membros; 3) a escolarização permite a apropriação da cultura construída historicamente pela humanidade; 4) nas relações sociais e por meio delas a criança se torna humana. Assim sendo, atesto como Antunes (2009, p.30), que a educação em todas as suas formas e a escolarização, especialmente, são meios privilegiados para a promoção da saúde.

Por sua vez, a saúde é, entre outros fatores, uma das condições fundamentais para a aprendizagem e o desenvolvimento integral do educando, base para a realização do processo educativo. Sendo assim, verifica-se que a educação e saúde são (deveriam ser) “dimensões indissociáveis na realidade social concreta”. (ANTUNES, 2009, p.29)

Nessa dissertação procuro apresentar a pesquisa conforme descrição abaixo. No primeiro capítulo, abordarei algumas questões conceituais pertinentes ao estudo na interface saúde-educação, assim como o caminho metodológico adotado - o estudo do cotidiano. Este será conduzido a partir de duas vertentes: analisar as condições objetivas da vida cotidiana e estudar as representações dos professores sobre a Saúde no espaço escolar.

No segundo capítulo faço um estudo histórico-crítico da relação entre a saúde e a educação a fim de ajudar na compreensão dos fenômenos atuais. Tento focar no espaço escolar, o que muitas vezes torna-se impossível, já que fenômenos em outras esferas sociais estão diretamente ligados àqueles ocorridos no âmbito escolar. Trata-se de um estudo desde o século XIX quando a saúde insere-se na escola através da importação de conceitos europeus de higiene, passando pelo triste período de marcante influência dos ideais eugênicos, até o período atual caracterizado pela institucionalização e normatização da interface.

Apresentarei e discutirei, no terceiro capítulo, os resultados obtidos na pesquisa de campo. Esse capítulo divide-se em três seções, seguindo as vertentes apresentadas e suas articulações: 1) condições objetivas; 2) representações; 3) articulações. Por fim, desenvolverei uma discussão geral sobre o assunto.

Embora sejam grandes as pretensões, reconheço que as possibilidades são limitadas. A apropriação dos conceitos de Lefebvre para mim tem sido uma tarefa hercúlea e o curto tempo destinado à pesquisa em um programa de mestrado não foi suficiente para sair das migalhas das profundas e complexas obras do referencial escolhido. No entanto, não teria como ser diferente. O desafio me estimula. Sigo a recomendação de Minayo: recuso-me a reduzir! Se o objetivo de acessar a realidade concreta do cotidiano escolar não for alcançado, fica o alvo. Parafraseando Lefebvre, mesmo a busca pela totalidade sendo possível apenas por aproximação, que a totalidade continue sendo o alvo.

O meu desejo é que essa dissertação gere muitas dúvidas e questionamentos, despertando muita *curiosidade epistemológica* a começar em mim e naqueles que vierem a lê-la.

1 QUESTÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

Para estudos na interface saúde-educação, é preciso apropriar-se de conceitos essenciais. Este é o objetivo da primeira parte desse capítulo. A segunda parte abordará questões relativas ao caminho metodológico da pesquisa. Nesse sentido, a fim de apresentar os conceitos e a metodologia adotados, realizo uma revisão bibliográfica com um olhar histórico-crítico. Cabe destacar que não tenho a pretensão de esgotar as diversas compreensões contemporâneas sobre saúde, mas abordar aquelas relevantes para esse estudo.

1.1 CONCEITOS NA INTERFACE SAÚDE-EDUCAÇÃO

1.1.1 Saúde

Saúde é um conceito em construção, uma obra social, que depende de valores sociais, históricos e culturais e relaciona-se ainda a interesses econômicos. Cada civilização, ao longo da História, tem determinado sua própria concepção de saúde e, conseqüentemente, do que não é saúde.

É nessa perspectiva, de que cada povo determina seus doentes conforme sua cultura, que fenômenos biológicos, sociais, psicológicos ziguezagueiam para dentro ou para fora da lista das moléstias de interesse médico. Para exemplificar, após a década de 1990, a homossexualidade deixa de ser considerada doença, assim como, na década de 1970, a obesidade torna-se assunto médico.

Nesse sentido, conceituar saúde é um grande desafio, uma vez que é preciso reter ao mesmo tempo suas dimensões estruturais e políticas e também contemplar os aspectos histórico-sociais de sua realização.

Um grande passo foi a definição da OMS de 1948: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”,

que contribuiu para ampliar o conceito médico dominante, assim como a importância de um olhar multidisciplinar sobre a questão. Favoreceram-se, assim, as correntes que defendiam abordagem integral ou ampliada do processo saúde-doença. Além disso, estimularam-se políticas públicas mais abrangentes e a formação de profissionais de saúde menos centrada no enfoque biológico. (CAMPOS, 2009, p.61)

Essa concepção lançou uma alternativa ao pensamento sobre saúde que vinha desde o século XVII e XVIII consolidando-se e afirmando-se: o paradigma biomédico.

1.1.1.1 Concepção biomédica

Foi nesse período citado no qual se assentaram as bases da bacteriologia e da microbiologia, orientadoras até hoje das práticas médicas e sanitárias. O microscópio é o descobrimento mais importante dessa época. Os regimes absolutistas autoritários também originam as bases para formulações de políticas públicas em saúde bem familiares na nossa história. Westphal assim expõe essa questão:

O advento do absolutismo autoritário como forma de governar implicou a adoção da “polícia sanitária” como política de saúde, que obrigava pela coerção e pelo poder de polícia aos sadios a adotarem comportamentos adequados à saúde e aos indivíduos doentes a se isolarem. (WESTPHAL, 2009, p.637)

No século XIX há uma continuidade nesses avanços científicos, mas é preciso encarar um fato. A Revolução Industrial deixou um legado de problemas sociais que aumentaram a mortalidade geral e a infantil. Nesse período, surgem, então, os primeiros conceitos de saúde social e saúde coletiva baseados nessa relação saúde e condições de vida. Acirra-se, assim, a tensão paradigmática desse momento. (WESTPHAL, 2009, p.637)

Um importante estudo dessa época é do médico e político alemão chamado Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902). Suas contribuições para um pensamento holístico em saúde o identificam como o pai da medicina social e precursor da

Promoção da Saúde. A partir de seus estudos entre 1847 e 1848 sobre o Tifo na Prússia, ele relacionou saúde à democracia, educação, liberdade e prosperidade da população pobre da região estudada. (WESTPHAL, 2009, p. 637)

No entanto, os avanços no campo da microbiologia, acompanhando o grande “desenvolvimento” tecnológico e científico do mundo moderno, irão determinar uma época conhecida como “era bacteriológica”, que atravessa o século XX. Nessa época, o pensamento causal em saúde é deslocado do ambiente físico e social para agentes patógenos concretos. Agora, a causa da doença é creditada a uma única fonte e cada germe determina uma etiologia. Assim, saúde é compreendida como ausência de doença, isto é, a “ausência de um agravo causado por um germe”. (WESTPHAL, 2009, p.638; MELLO, 2010, p.01)

A década de 1930 marca o início da “era terapêutica” que se estabelece à medida que fármacos de eficiência comprovada são conhecidos, como a insulina e as sulfamidas. Esses avanços farmacológicos corroboram para a ideia de saúde como ausência de doença. É nessa época ainda que princípios da concepção hegemônica de saúde vigente são estabelecidos: o mecanicismo, unicausalidade, o biologicismo, o individualismo e a especialização. (WESTPHAL, 2009, p.638)

O paradigma biomédico alterou de forma sensível os níveis de saúde, mas não resolveu o problema. Os países periféricos não conseguiram (e ainda não conseguem) garantir o acesso da sua população aos serviços médicos (foco das ações em saúde no campo hegemônico); doenças infectocontagiosas e parasitárias continuavam (e ainda continuam) ceifando a vida de crianças nos bolsões de pobreza do mundo moderno e civilizado; fome, violência urbana, guerras ainda destruíam (e continuam destruindo), mesmo nos países desenvolvidos, a esperança de dias melhores. O medo de uma nova epidemia viral mundial drena a paz de todos, independentemente da classe social. Westphal vai além, uma vez que para ela

... a violação dos direitos humanos persiste avassaladora nos países em regime democrático. Multiplicam-se hoje no nosso meio as vítimas de violências e acidentes, das doenças crônicas não transmissíveis, das endemias antigas que têm ressurgido, às vezes com novas roupagens. Microorganismos antes desconhecidos, favorecidos pelo processo de globalização que intensificou a troca entre os países em todos os setores, encontraram formas rápidas de disseminação. (WESTPHAL, 2009, p.639)

1.1.1.2 Concepção comportamentalista

Nesse contexto, aquele conceito proposto pela OMS vai ganhando corpo e se afirmando, mas será apenas na década de 1960, como implicação de debates desenvolvidos em todo o mundo, que a centralidade da doença na concepção de saúde começa a ser superada. No entanto, se solidificará somente na década de 1970 com dois intentos que merecem destaque: 1) as duas primeiras missões da Organização Mundial de Saúde (OMS) na China (1973-1974) em decorrência da abertura internacional desse país; e, 2) o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974). (FERREIRA; BUSS, 2002, p.07)

Em relação às missões chinesas, constatou-se que os cuidados de saúde desenvolvidos pelos povos principalmente nas regiões rurais, extrapolavam as práticas médicas tradicionais, e obtinha-se êxito. Essas medidas, desenvolvidas pelos chineses desde 1965, relacionam-se à atenção primária em saúde². Conforme Ferreira e Buss (2002, p.08), essas atividades envolviam em um clima de autoconfiança os mais distintos segmentos da população, como os jubilados, os soldados, os jovens educados, o homem comum, as associações de mulheres, os ativistas de saúde, etc., todos sob a orientação dos responsáveis pela saúde - que normalmente eram os chamados 'médicos descalços' (barefoot doctors).

² A atenção primária em saúde representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Conforme a Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002), esses cuidados primários devem incluir, pelo menos, a educação em saúde; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; saneamento básico e fornecimento de água potável; cuidados de saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; e, fornecimento de medicamentos essenciais. O governo brasileiro identifica essas ações como atenção básica. No caso chinês, conforme Ferreira e Buss (2002, p.08), as ações que vinham sendo desenvolvidas desde 1965, tratavam da organização da comunidade local; atenção aos anciãos, mais além da assistência do Estado; promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras; ajuda às escolas e serviços em geral; organização do povo para cuidar da saúde ambiental; realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais; apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios; promoção de campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes; mobilização da comunidade para movimentos de massa contra as "quatro pestes", limpeza das casas, quintais e ruas; orientação de hábitos higiênicos; manutenção e uso da água potável; construção de unidades rurais de saúde; preparação de insumos simples (utensílios, pílulas, poções); e, controle da limpeza de locais públicos.

As ideias desse relatório foram posteriormente formalizadas na Declaração de Alma Ata, em 1978, que representa uma importante evolução do conceito de saúde. Apesar da impregnação ainda da ideia de ausência de doença, essa declaração já valorizava a saúde como componente central do desenvolvimento humano e apontava para fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social, dentre eles, o envolvimento da população. (FERREIRA; BUSS, 2002, p.11)

O segundo intento da década de 1970 foi o Relatório Lalonde, primeiro documento a usar a denominação “promoção da saúde”. Nele, se caracteriza o “campo da saúde” dividido em quatro esferas: organização serviço médico (assistência tradicional), biologia humana, ambiente e hábitos de vida. Esse relatório identifica que os serviços de assistência tradicional, apesar de altamente dispendiosos, menos contribuíam para promover uma melhor saúde. Outro conceito importante introduzido no relatório é o de “determinantes de saúde”³. Esse relatório marcou uma ênfase, a partir de então, no caráter individual das ações, buscando mudança nos estilos de vida, o que suscitou muitas críticas (FERREIRA; BUSS, 2002; HEIDMANN *et al.*, 2006; TOLEDO, 2006). Ainda assim, o relatório de Lalonde continua atualmente influenciando políticas de saúde de distintos países e organismos internacionais.

Em oposição a essa visão comportamentalista da saúde que responsabiliza o indivíduo (a vítima) por seus problemas de saúde e, em alguns contextos, desresponsabiliza o Estado das questões relativas à saúde, surgiu a abordagem socioambiental.

1.1.1.3 Concepção socioambiental

A década de 1980 é marcada por uma séria de congressos e conferências realizados no Canadá e Europa originando a corrente da Nova Promoção da Saúde.

³ Os determinantes da saúde são as condições biológicas, econômicas, políticas e sociais que influenciam a saúde dos indivíduos e comunidades. A análise desses determinantes deve ser feita de forma interconectada entre os fatores, ou seja, fazendo-se a conexão dos determinantes com a visão holística de saúde.

Nessa nova corrente de pensamento, a saúde passou a ser reconhecida como resultante da determinação social, a saber: pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais. Tem-se como estratégias principais para a promoção à saúde o fortalecimento dos serviços comunitários, políticas públicas saudáveis e o favorecimento da participação popular. Além disso, utiliza-se dos conceitos de desenvolvimento comunitário e empoderamento (*empowerment*) como elementos-chave para alcançar saúde. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais. (HEIDMANN *et al.*, 2006; FERREIRA; BUSS, 2002)

1.1.1.4 Promoção da saúde

Como vimos até aqui, cada concepção de saúde apresenta sua forma de promover a saúde. Para a visão biologicista e comportamentalista, ela se assenta na prevenção de doenças. A Promoção da Saúde, em seu conceito mais moderno, como é entendida hoje, vincula-se a uma visão holística e socioambiental. Assim, é possível sintetizar que a noção de Promoção da Saúde vai caminhando com a concepção de saúde que a sustenta em uma relação dialética.

Nessa direção, realizou-se a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986. O documento resultante dessa conferência, Carta de Ottawa, define que “promoção de saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL, 2002)

A partir dessa conferência já foram realizadas outras cinco iniciativas de caráter internacional, promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber, Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000) e Bangkok (2005), além de iniciativas de caráter regional, em especial, latino-americano, como Bogotá (1992) e São Paulo (2002). Cada uma dessas conferências toma como referência a Carta de Ottawa. As conferências mundiais promovidas pela União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES) da mesma forma baseiam-se nessa referência.

Observa-se que essa conceituação goza de ampla aceitabilidade mundial por ser específica sobre o papel da promoção em Saúde – empoderar pessoas, e ao mesmo tempo por ser abrangente ao evidenciar a natureza ampla de ações que deve realizar.

Meu objetivo a seguir, então, é refletir sobre o conceito de saúde em nossa sociedade a fim de analisar as práticas de promoção da saúde as quais me deparei durante o estudo empírico.

1.1.1.5 Contextualizando o conceito de saúde

A Constituição brasileira de 1988 reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado (art.196). No entanto, apesar de diversos intentos, políticos e acadêmicos, a concepção hegemônica de saúde no momento atual é saúde como ausência de doença, uma mercadoria, um bem comercializável, em oposição à saúde como direito do cidadão. (WESTPHAL, 2009, p.659)

A internacionalização do mundo capitalista, a revolução tecnológica, a globalização formam o campo de legitimação do paradigma biomédico de saúde, uma vez que este é altamente favorável às grandes empresas capitalistas multinacionais, as grandes gestoras dessa nova ordem mundial. Esse sistema, que valoriza a competitividade e o individualismo, cria problemas sociais.

Vivemos um momento no país no qual as classes mais pobres, conhecidas como C, D e E, entraram para o mercado consumidor, ou seja, estão podendo gozar dos prazeres do consumo. Parece a velha política do pão e circo criada pelos antigos romanos. O direito do cidadão resume-se ao direito ao consumo. Enquanto isso, a saúde como um bem e serviço altamente sofisticado e caro ficam à disposição de um pequeno número de consumidores.

Defender a saúde com o conceito que orienta a Promoção da Saúde constitui, nesse contexto, uma tentativa de transformação social, remar contra a corrente. É dessa forma, então, que a entendo nesse trabalho.

Adoto também as considerações de Minayo. Ela entende que a cultura deve ser introduzida no conceito de saúde, pois ela amplia e contém as articulações da realidade social. Isso demarca um espaçamento radical. Para essa pesquisadora,

pensada assim, cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o *locus* onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado. (MINAYO, 1996, p.15)

Neste sentido, é possível verificar que a Saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nos locais de ensino, no trabalho, no lazer, na família, na vizinhança, nos grupos etários, na religião, na política, na consciência. A saúde é resultado dos cuidados que a pessoa se dispensa a si mesma e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde.

Considero, ainda, que o conceito proposto pela OMS deve ser entendido como um alvo, um objetivo a ser perseguido. Um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” e, recentemente, “espiritual”, tem sido apontado como uma “possibilidade rara ou inexistente”, que desconsidera “os estados intermediários entre este suposto estado de êxtase e a morte” (CAMPOS, 2009, p.61). No entanto, por mais utópico que pareça, é um conceito que busca reconhecer o ser humano integralmente, superando a fragmentação dos conceitos anteriores.

1.1.2 Interface Saúde-Educação

Lançando mão desse conceito de saúde é possível pressupor que o setor saúde como hoje é concebido na estrutura dos governos deve necessariamente articular-se aos demais setores. E nessa articulação a educação desempenha um papel fundamental.

Assim como conceituar saúde é uma questão complexa, conceituar educação segue essa mesma diretriz. Ao longo da história da educação, vários

filósofos trabalharam com o conceito de Educação e seus objetivos. Lomonaco (2004) resgata alguns deles, como o de Kant para quem Educação era o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição de que é capaz; Herbart, para quem Educação é a ciência que tem por fim a formação do indivíduo por si mesmo, despertando nele a multiplicidade de interesses e Maritain, para o qual a tarefa principal da Educação é primeiramente formar o homem.

Nesse trabalho, não há como conceber educação de outra forma, se não aquela orientada para a formação da pessoa de forma integral, comprometida com sua autonomia, com o empoderamento, com a conscientização crítica. Uma educação mercantilista, comprometida com a reprodução e a manutenção da ordem vigente é incompatível com o ideal da Promoção da Saúde.

Nesse sentido, concordo com a professora Pelicioni ao afirmar que partindo desse conceito amplo de Educação, é possível dizer que

toda educación debe ser una educación para la salud, que objetiva el desarrollo individual, la adquisición de la autonomía, y la preparación para el ejercicio de la ciudadanía, como condiciones de lograr el estado de salud, luego, mejor calidad de vida.⁴ (LIMA et al., 2000)

Observa-se assim uma inseparabilidade dos campos saúde e educação. Muito embora eles tenham sido tratados de forma autônoma, no máximo correlatadas, essas duas dimensões apresentam uma interface, ou seja, um campo onde Saúde e Educação interagem, comunicam, interatuam. Essa interface trata-se então da Promoção da Saúde.

A educação conseqüentemente não é restrita à escola. Conforme a afirmação de Brandão (2004, p.9), o ensino escolar não é a única prática da educação, tampouco o professor profissional seu único praticante. No entanto, o espaço escolar foi reconhecido como um espaço ideal para a Promoção da Saúde, o que não dependia apenas do ensino da saúde no currículo.

⁴ Toda educação deve ser uma educação para saúde, que objetiva o desenvolvimento individual, a aquisição de autonomia e a preparação para o exercício da cidadania, como condições para se alcançar a condição de saúde, logo, melhor qualidade de vida. *Tradução livre do autor.*

1.1.2.1 Escolas Promotoras de Saúde

Em 1995, a Organização Pan-americana de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) considerando o papel decisivo da escola para a concretização dos ideais do movimento da promoção da Saúde, formaliza um programa denominado “Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde”. Parte-se de uma visão integral do ser humano (conforme as concepções da promoção de Saúde) e reconhece-se a escola como integrante desse processo de transformação da sociedade.

A OMS identificou a escola como esse espaço ideal devido sua enorme capilaridade social, tanto pela diversidade sócio-econômica-cultural quanto pelos números absolutos da população, de todas as idades e gêneros, que a frequenta.

De fato, a escola é um espaço socialmente reconhecido para desenvolver o ato pedagógico, instituição na qual o ser humano passa longa e importante etapa de sua vida. Assim, como aponta Aerts *et al* (2004, p.1024), a escola “contribui na construção de valores pessoais e dos significados atribuídos a objetos e situações, entre eles a saúde”.

A Escola Promotora da Saúde veio trazer uma nova visão, considerando que o desenvolvimento do escolar está ligado às condições ambientais, de convivência com a família e com a sociedade em geral. Relaciona-se também às questões de “alimentação e nutrição adequadas, às oportunidades de aprendizagem de habilidade, de construção de conhecimento e de acesso à recreação e às condições de segurança que lhes são oferecidas”. (IERVOLINO, 2000, p.51)

No modelo tradicional pautado na intervenção do setor de saúde no âmbito escolar, a escola desenvolve um papel passivo de cenário para as ações de saúde como vacinação, desparasitação, controles médicos, ou palestras de profissionais da saúde nas escolas. Ainda nessa linha de atuação, os professores fazem o controle do cartão de vacinas, participam de campanhas de prevenção e realizam ação de detectar e encaminhar crianças com “problemas de saúde”. (IPPOLITO-SHEPHERD, p.6, sd)

Com a iniciativa das “Escolas Promotoras da Saúde” pretendeu-se superar esse modelo baseado na lógica biomédica, oferecendo às escolas e demandando

delas, agora, um papel ativo e dinamizador, baseado no conceito de promoção da saúde.

Sobre o papel de sujeito ativo de todos os indivíduos, Silva (s.d, p.15) afirma que “a escola promotora de saúde é uma proposta inclusiva e deve estimular e garantir uma participação ativa de cada ator envolvido: alunos e seus familiares, professores, funcionários, profissionais de saúde, grêmios, associações e outros membros e setores da comunidade”.

A iniciativa prevê que a escola promotora de saúde trabalhe com três componentes relacionados entre si, oriundos dos campos de ação para a promoção de saúde conforme a Carta de Ottawa, os quais evidenciam também uma forte congruência com os princípios da Escola Cidadã, a saber: 1) educação para a saúde com enfoque integral; 2) criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; e, 3) oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.

1.1.2.1.1 Educação para a saúde com enfoque integral

A Carta de Ottawa propõe o desenvolvimento de habilidade pessoais, enfatizando a divulgação de informações sobre a saúde, educação para a saúde, nas escolas, universidades, locais de trabalho e qualquer espaço coletivo de forma a permitir que as pessoas tenham mais controle sobre sua saúde, além do fortalecimento da ação comunitária, priorizando a participação de indivíduos e comunidades nas tomadas de decisões de questões que dizem respeito à sua saúde.

A Escola Cidadã, por sua vez, contribui para a promoção da saúde ao buscar formar cidadãos conscientes de seu papel de agente histórico, crítico de sua própria vida e de meios para construí-la de forma saudável. Além disso, a escola cidadã promove a participação comunitária, pois entende que o princípio da educação como dever do Estado não implica no imobilismo da população e de cada indivíduo, pois como coloca GADOTTI (2010, p.34) “a educação é também dever de todos, pais, alunos, comunidade”.

Nesse sentido, com relação à educação para saúde com enfoque integral, a OPAS indica que se deva considerar a abordagem da saúde em termos globais, segundo a ótica de inter-relação entre os seus fatores individuais, ambientais, socioeconômicos e coletivos, olhando, dessa forma, a saúde como uma construção social. Prevê-se também que todas as oportunidades educativas em nível formal e informal sejam utilizadas a fim de promover, melhorar, manter e recuperar a saúde. A reflexão e a análise crítica também devem ser promovidas cooperando *para a conscientização e o “empoderamento”* dos estudantes e da comunidade educativa como um todo.

Dentro desse componente, ainda, deve-se buscar desenvolver novos conhecimentos e habilidade que contribuam para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis que extrapolam os muros da escola. O desenvolvimento de habilidade para a vida também é fundamental. Trata-se de equipar o cidadão com atitudes que o torne capaz de responder aos desafios da vida diária.

1.1.2.1.2 Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis

A Carta de Ottawa defende ambientes suportivos à saúde, facilitadores das escolhas saudáveis, objetivando promover saúde por intermédio da criação de condições de vida e trabalho que conduzam à saúde e ao bem-estar. Da mesma forma, a Escola Cidadã favorece a identificação de temas transversais, uma vez que prevê “o reconhecimento do território, a saída dos professores da escola, com o objetivo de conhecer a realidade dos alunos e, a partir daí, organizar o conteúdo de forma a que ele não seja excludente e preconceituoso”.

Nessa direção, o projeto da Escola Promotora de Saúde implica na promoção de um ambiente escolar físico seguro, limpo e com estrutura física adequada; engloba também a promoção de relações interpessoais saudáveis, sem agressão, violência, a fim de criar um ambiente favorável ao trabalho e ao estudo.

1.1.2.1.3 Oferta de serviços de saúde, alimentação e vida ativa

Esse terceiro componente inerente a uma escola promotora de saúde é o oferecimento de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa. Com isso pretende-se fortalecer o vínculo entre a escola e a equipe de saúde, em nível local e político, contribuindo assim para a detecção e a prevenção integral de problemas de saúde, onde os profissionais de saúde atuam como educadores.

Nesse ponto, no cotidiano escolar, muitas indagações surgem e não há consenso sobre a presença do serviço médico e odontológico dentro da escola, tampouco sobre o papel dos docentes na realização de testes de triagem, por exemplo. Essas questões voltarão a ser abordadas nesse trabalho. Admite-se, no entanto, que a escola deve estabelecer vínculos efetivos com os serviços de saúde.

Na alimentação dos estudantes, deve-se assegurar a oferta de alimentos saudáveis, em oposição aos tradicionais “salgadinhos” do recreio. Além disso, o hábito de uma vida ativa deve ser estimulado também no espaço escolar.

Essas diretrizes respaldam-se mais uma vez na carta de Ottawa em diversos campos de ação defendidos por esse documento, como na criação de ambientes suportivos à saúde, facilitadores das escolhas saudáveis; envolve também a construção de políticas saudáveis, que tornam as escolhas saudáveis as mais fáceis; e, baseia-se, principalmente, no quinto campo de ação da carta que determina a necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, de um enfoque curativo para um enfoque preventivo de promoção da saúde, serviço esse integrado com a escola.

A afinidade com o projeto da Escola Cidadã mostra-se na busca pela inter-relação da escola com outras instituições, propiciando uma vivência de experiências intersetoriais, estratégia central no enfrentamento das iniquidades. Além disso, a escola cidadã está comprometida com a defesa de direitos e conquistas de novos. Dessa forma, contribui na conscientização de alunos, pais, professores e outros funcionários da necessidade de voz ativa na formulação das políticas públicas.

1.1.2.2 Educação em Saúde

Outro conceito importante na interface saúde-educação é a **educação em saúde** ou “educação para a saúde”. Esses termos aparecem em diversos trabalhos imbricados com o termo “promoção de saúde”. A guisa de sistematização para esse estudo e posteriores, farei uma separação, assim como nos apresenta Buss (1999).

Para esse autor, a educação em saúde pode ser definida como qualquer atividade relacionada com aprendizagem, desenhada para alcançar saúde. Ela pode ser desenvolvida por aconselhamento interpessoal ou impessoal, este último tratando-se daquele desenvolvido através da comunicação de massas.

A educação em saúde é, portanto, uma ferramenta para a promoção de saúde. A educação em saúde na escola utilizada como ferramenta para promoção da saúde do escolar tem por objetivo capacitar os educandos para que lutem por melhores condições de vida e saúde, que tenham maiores acessos às informações em saúde e peçam garantia de que o Estado cumpra seus deveres para com os cidadãos, baseados na Constituição Federal.

A educação em saúde é, portanto, um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido na área da saúde, intermediado pelos profissionais, tem a intenção de atingir a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

1.1.2.3 Medicalização da Educação

Outro importante fenômeno apontado na interface saúde-educação é a medicalização da educação. Este fenômeno origina-se de um processo mais abrangente, a Medicalização da Sociedade.

Uma sociedade pautada pelo cientificismo e fragmentação do saber é o campo ideal para a sustentação do paradigma biomédico. Dessa hegemonia surge o fenômeno *medicalização*. Esta consiste na busca de causas e soluções médicas, em nível organicista e individual, para problemas de origem iminentemente social, ou

seja, atribui-se à medicina a resolução de problemas sociais. Esse processo pode ser imputado, nas palavras de Ivan Illich, à institucionalização, industrialização e expansão da biomedicina, transformações socioculturais e políticas negativas (ILLICH, 1975). Illich foi o grande crítico desse processo de medicalização que para ele colocava em risco a Saúde.

A escola não escapa desse fenômeno. Para Collares e Moysés (1985, p.10) a medicalização do fracasso escolar é o resultado da incorporação da educação pelo setor saúde, a partir de um raciocínio clínico tradicional. Naquele momento, o fracasso escolar das crianças oriundas das classes trabalhadoras já vinha sendo imputado à desnutrição, às verminoses, ou seja, às condições adversas de saúde. As autoras apontam ainda que nessas situações, não se consideravam questões como a localização periférica da escola, região que historicamente reúne os vícios e distorções do sistema social e, especificamente, do educacional. Mas, por outro lado, buscava-se na criança uma causa orgânica responsável pelo seu mau rendimento.

A medicalização do fracasso escolar é confortavelmente aceita, pois tranquiliza a escola e o próprio sistema. O problema é a criança. Collares assim expõe essa situação:

A medicalização do fracasso escolar passa então a exercer um "Tudo está indo muito bem, pena que 50% a 70% de Joãozinhos e Mariazinhas, individualmente, tenham problemas de saúde, sejam imaturos, desajustados, carentes... e por isso fracassem logo na primeira série do ensino fundamental." Esta medicalização cumpre um papel ideológico tão preponderante, que temos observado que nem mesmo professores com grande compromisso político conseguem rompê-lo. (COLLARES, 1990, p.27)

Para Collares e Moysés (1985, p.11-2), até esse período em que apresentam esse trabalho, a criança pobre ainda poderia ser taxada de intelectualmente deficientes por um médico sem formação adequada e com recursos precários. O retardo mental era justificado pela desnutrição, sendo a merenda proposta como solução. No caso de uma criança rica, o diagnóstico era de disfunções neurológicas, uma vez que essa criança passaria por inúmeros especialistas, a começar pelo corpo de especialistas mantido pela própria escola particular, e chegaria a uma clínica multiprofissional, especializada em diagnosticar e

resolver as dificuldades escolares. Até então, o diagnóstico mais frequente era a Disfunção Cerebral Mínima (DCM). As autoras ressaltam que esse diagnóstico já estava presente desde o momento em que foi encaminhada para investigação médica e induzia o uso de medicamentos questionáveis. Assim, no início da década de 1980, a desnutrição era o diagnóstico anterior à investigação na criança pobre. No caso da criança rica, esse pré-diagnóstico era de disfunções neurológicas.

As autoras notam, no entanto, que em 1985 uma criança pobre, além do peso do rótulo de inferioridade intelectual, também já estava sendo taxada como “hiperativa” pela professora e encaminhada a um serviço de saúde, onde o médico, sem qualquer precaução, diagnosticava DCM.

O tempo passa, mas o problema persiste... Agora com diagnósticos mais modernos. Conforme Moysés (informação verbal)⁵ ocorreu um aumento do diagnóstico de dislexia e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) atrelado a um aumento de 1615% na venda de medicamentos a base de metilfenidato na década passada. Assim, Moysés denuncia a estreita relação dos interesses da indústria farmacêutica, patrocinadora de muitas pesquisas, com o aumento de diagnóstico dessas enfermidades na saúde do escolar.

TDAH tem sido objeto constante da mídia recentemente⁶. Nesse processo de medicalização a mídia desenvolve um papel duplo, ora alertando, ora corroborando, apesar de haver uma tendência maior para esse segundo papel.

No dia 06 de janeiro de 2013, o TDAH e a dislexia foram temas do programa Papo de Mãe da TV Brasil⁷. Notícia vinculada na TV NBR no dia 28 de fevereiro de 2013 destaca o aumento de 75% na venda do medicamento à base de metilfenidato de 2009 a 2011. Os dados são da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

⁵Informações verbais obtidas na palestra proferida pela pesquisadora no Seminário de Atenção Primária: “Medicalização da Educação, da Saúde e da Sociedade: a quem interessa e como enfrentamos esta questão?”, realizado no Centro de Saúde Escola do Butantã Prof. Samuel B. Pessoa em 22 de junho de 2012. Participei desse seminário como ouvinte. Essa palestra pode ser visualizada no site <<http://youtu.be/8eabTod7Nqç>> Acesso em 25/08/2012.

⁶ Além do programa “Fantástico” cujos relatos são apresentados nesse trabalho, outros programas de alta repercussão que abordaram o tema foram: Programa Canal Livre do Grupo Bandeiras de Comunicação em 08/01/2012; Programa Sem Censura da TV Brasil de 19/07/2012; Programa Caminhos da Reportagem da TV Brasil no dia 12/05/2011; Programa Hoje em Dia da Rede Record do dia 12 de Abril de 2011; Programa De frente com a Gabi do SBT em 05 de setembro de 2010; Programa Espaço Aberto do canal Globo News veiculado no dia 10 de novembro de 2009.

⁷Programa disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=ZgGNBDJhdMA>>, acesso em 30/03/2013.

(ANVISA) e incluem o uso em crianças e adolescentes de 6 a 16 anos. O programa destaca a importância do diagnóstico e o uso do medicamento. Ressalvas quanto ao diagnóstico exacerbado e insucessos da medicação não são feitas⁸.

No dia 10 de março de 2013, no programa “Fantástico” da TV Globo, o Dr. Dráuzio Varella mostrou em horário nobre dois casos de pessoas diagnosticadas com TDAH. Conforme dados do médico, o transtorno acomete 4% das crianças e os principais sinais seriam: “as crianças não param quietas, não se concentram, vivem no mundo da lua”. Quando a falta de atenção e a hiperatividade persistem até a vida adulta os prejuízos se acumulam, conforme aponta o médico. Passa então a relatar o caso de um adulto que iniciara o tratamento há pouco tempo, depois de 13 anos convivendo com os problemas causados pelo transtorno. Vinha, no entanto, obtendo bons resultados com o tratamento. Esse adulto relata que sua vida escolar foi complicada e seu principal problema eram as faltas, decorrente do desinteresse geral causados pela doença. Paralelamente é relatado o caso de uma criança, na fase escolar, que apresentava dificuldade para aprender a ler e escrever. A mãe relatava que a criança não conseguia se concentrar em sala de aula, não conseguia completar as atividades e não conseguia ler. Não conseguia acompanhar a sala. A professora solicitou que a família procurasse ajuda. Chegaram a um neuropediatra que diagnosticou TDAH. Nas palavras da mãe, “foi muito prematuro, foi numa única consulta”. Ela, como mãe, leiga no assunto, aceitou o diagnóstico e medicou seu filho. “A medicação ao invés de fazer bem, começou a fazer mal. Fez quatro meses de medicação e não teve nenhum sucesso”. O menino foi levado à outra especialista que concluiu que o diagnóstico estava errado após investigar melhor o caso da criança. O problema era ter vindo de uma pré-escola fraca e por isso não conseguia acompanhar o ritmo da turma. O trabalho agora estava sendo em levantar a auto-estima do garoto. A família dessa criança pôde procurar por uma assistência capacitada. E aquela que não pode?

A criança estigmatizada tem seu rendimento escolar determinado com as previsões iniciais do professor. A família também assimila fortemente o rótulo, assim como os colegas, além da própria criança. Isso causa “consequências previsíveis

⁸ Programa disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=Np00igblbE4>>, acesso em 30/03/2013

sobre seu desenvolvimento emocional, atingindo seu auto-conceito e auto-estima”, como explicam Collares e Moysés (1985, p.13).

Como disse na abertura desse capítulo, não tive a pretensão de abordar todas as concepções contemporâneas de saúde, mas sim, aquelas que pudessem auxiliar a reflexão desse trabalho. Passo, a seguir, na segunda parte desse capítulo, a abordar as questões teórico-metodológicas que sustentam essa pesquisa.

1.2 METODOLOGIA: UM ESTUDO DO COTIDIANO

Falar de Saúde e Educação é aventurar-se em categorias que trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica, logo não seria possível contê-las em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico. Conforme Minayo, então, seria redundante chamar esse estudo, assim como qualquer outra pesquisa social, de qualitativa. Para essa autora, “qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo”. (MINAYO, 1996, p.22).

Nesse entendimento abordo a saúde na escola como um objeto social, logo, complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação, reconhecendo que apreender a realidade social é um processo que se dá apenas por aproximação.

Na tentativa de uma aproximação que desvele a realidade social de uma forma mais concreta, adotei o estudo do cotidiano, por entender o cotidiano como um nível da totalidade. É uma análise microssocial, mas não desconectada dos eventos presentes no nível social e histórico, preocupações estas clássicas da análise macrossocial.

1.2.1 Pesquisa Qualitativa na Interface Saúde-Educação

Pesquisas na interface saúde-educação têm sido desenvolvidas amplamente pelas escolas de saúde pública, naturalmente com suas próprias características, peculiares à área. Esses trabalhos tendem, em geral, a centralizar as ações de saúde no profissional de saúde e defendem que o professor deve aplicar técnicas

médico-hospitalares no seu dia-a-dia. Um exemplo clássico é o teste de Snellen. A metodologia mais utilizada foi a pesquisa-ação, mas também há bastante influência de outras análises qualitativas. Quanto à temática, a promoção da saúde na escola permeia boa parte dos trabalhos. Esses estudos corroboram para o conhecimento das ações, concepções e limites das práticas em saúde no cotidiano escolar.

Um viés bastante comum nesses trabalhos é o fato de ignorarem o fator subjetividade do protagonista da promoção de saúde na escola: o/a docente. Transformar o professor num mero propagador ou multiplicador do conhecimento oferecido pelos profissionais da saúde é desconsiderar o meio social no qual ele está inserido, sofrendo influências das representações sociais e das barreiras burocráticas do sistema educacional brasileiro.

Considerando-se os programas de educação, o número de trabalhos no âmbito proposto é bem reduzido, enquanto as temáticas são bem diversas. Podem-se destacar a saúde do professor, saúde do escolar, educação em saúde, saúde e ensino de ciências, concepção de saúde nos livros didáticos e a promoção da saúde.

Trazer essa discussão para a educação é fundamental a fim de corroborar para a construção de conhecimento nessa área que, como vimos, não é exclusiva da Saúde ou da Educação, mas perpassa os dois campos, sendo considerada, então, uma interface.

1.2.2 Problematização e Objetivos da Pesquisa

Como veremos no segundo capítulo, a relação entre saúde e educação é introduzida no Brasil no século XIX sob a égide da Higiene. Desde então, essa relação sofreu diversas intervenções, sendo de importante destaque a institucionalização da saúde escolar no início do século XX e a incorporação dos princípios da Promoção da Saúde a partir da década de 1980.

A regulamentação dessas ações torna-se eminente por meio da elaboração de leis, assim como pelo respaldo acadêmico aos princípios da promoção da Saúde e da relação saúde-escola defendida pela OMS (Cap.2). E no cotidiano? A Saúde no

cotidiano da escola também vivencia o avanço conceitual alcançado em outras esferas? Como a Saúde se concretiza na realidade da escola? A fim de responder essas perguntas, essa pesquisa se propõe a explorar o cotidiano da escola no âmbito da saúde. Assim, trata-se de um estudo exploratório do cotidiano cujo objetivo é acessar a realidade concreta da Saúde na escola.

1.2.3 Procedimentos Específicos

A fim de alcançar tal objetivo, esse estudo adota a pesquisa de campo exploratória partindo de duas vertentes: analisar as condições objetivas da vida cotidiana e estudar as representações dos professores sobre a Saúde no espaço escolar. Esse estudo foi realizado em uma escola pública estadual do município de Ribeirão Pires. Essa abordagem metodológica, proposta por Lefebvre, consiste de uma análise crítica do cotidiano e, foi por ele denominada de *antropologia dialética*.

Cabe aqui delinear o problema proposto especificando algumas características:

1.2.3.1 Descrição das condições objetivas – texto social

Na descrição das condições objetivas da escola estudada, utilizarei a concepção de texto social de Lefebvre. Trata-se da ideia de que independentemente da verbalização de alguém, o campo oferece seu próprio texto informativo, por meio de símbolos e sinais. (LEFEVBRE, 2008, p.307)

A fim de realizar essa descrição, visitei a escola diversas vezes, conversando com funcionários e alunos, caminhando e fotografando as instalações e o entorno, além de conduzir entrevistas com os docentes. A análise dos documentos da escola, principalmente o plano de ação, também foi muito relevante.

Assim, descreverei a escola e seu entorno a partir dos seguintes elementos:

A) INSTALAÇÕES DA ESCOLA

- a. Estética das instalações
- b. Estrutura e organização da sala de aula
- c. Espaços de convivência
- d. Estrutura de atendimento médico e odontológico
- e. Acessibilidade

B) ELEMENTOS SOCIAIS E GEOGRÁFICOS

- a. Território. Onde a escola está localizada? Qual o lugar de vida dos sujeitos que estudamos? Quais as condições dessa existência?
- b. Relações interpessoais e poder. Paula (2008, p.912) afirma que os relacionamentos humanos “integram as várias facetas da saúde humana.” Na análise do cotidiano escolar, essas relações podem ser observadas entre os alunos, entre os alunos e professores e entre alunos e sistema escolar, buscando nessa análise verificar as questões decorrentes das relações de poder.
- c. Interação Escola-Família. Este elemento também abarca a questão relacional apresentada acima. Aqui, deve ser analisada a relação entre escola e família, professor e família, aluno e família.

1.2.3.2 Análise das representações dos professores

A segunda esfera de análise desse estudo trata das representações dos professores sobre a saúde na escola. É importante destacar o entendimento de representação que adoto nesse trabalho. O termo é comumente aplicado como sinônimo de percepção, outras vezes como representação social e ainda no sentido de conhecimento.

A fim de compreender o entendimento de representação adotado, cabe atentar ao conceito de representação social desenvolvido por Moscovici, que consiste em sistemas de concepções, imagens e valores que têm significado cultural próprio e persistem independentemente das experiências individuais. Sua contribuição está em valorizar a presença do social nas elaborações pessoais.

Lefebvre questiona que esse tipo de abordagem é insuficiente para o desvelamento do sujeito, no caso desse estudo, o docente. Para ele, a escola sociológica contemporânea, herdeira de Durkheim, em busca da objetividade, atribui ao pensamento coletivo o pensamento impessoal. Por outro lado, para Lefebvre (1983, p.74-75), “a objetividade deve ser definida pela correspondência entre as ideias do sujeito e o objeto, e relacionada à prática. Nada se ganha transformando num ‘sujeito’ coletivo o sujeito individual”.

Esse trabalho tem, portanto, o objetivo de perscrutar esse sujeito e sua *práxis* no âmbito da saúde no dia-a-dia escolar. Logo, adoto o princípio não de representação social, mas de representação, conforme apresenta Lefebvre. Para ele, a representação surge da representação social sendo imposta sobre o sujeito e este respondendo a ela baseado na sua própria vivência pessoal. A forma dessa reação do sujeito, que é capaz de interferir no seu meio, denomina-se *práxis*.

Em outras palavras, Lefebvre afirma que as representações provêm tanto do indivíduo como da sociedade, numa interferência contínua. Ou ainda, pode-se dizer que as representações são concebidas entre o vivido e o concebido, no relacionamento dialético constante que há entre eles. Sobre concebido, entende-se o ideário teórico de uma época, ou seja, o discurso articulado. Quanto ao vivido, é o campo formado pela vivência da subjetividade dos sujeitos quanto pela vivência social e coletiva dos sujeitos num contexto específico. Algumas representações se consolidam modificando o concebido e o vivido; outras circulam e desaparecem sem deixar pistas.

1.2.4 Algumas Considerações Teóricas sobre o Estudo do Cotidiano

O mundo humano não é apenas definido simplesmente pela história, pela cultura, pela totalidade ou sociedade como um todo, ou pela ideologia e superestruturas políticas. É definido, entretanto, por um nível intermediário e mediador: o cotidiano. (LEFEBVRE, 2008 b, p.45)

O cotidiano para Lefebvre é um nível da realidade social (ou da totalidade), espaço do repetitivo e do criativo misturados de forma tal que apenas uma análise dialética possa perceber. É um

momento composto de momentos (necessidades, trabalho, diversão – produtos e obras – passividade e criatividade – meios e finalidade etc.), interação dialética da qual seria impossível não partir para realizar o possível (a totalidade dos possíveis). (LEFEBVRE,1991, p.20)

1.2.4.1 Um nível da totalidade

O conceito de *nível* cientificamente falando aparece equivalentemente a outros conceitos, como *estágios*, *graus* ou *planos*, além de *série*, *quadros de referência*, *perspectiva* ou *aspecto*. Esses conceitos, por sua vez, não são idênticos, mas contribuem para expressar uma complexidade que é diferenciada e estruturada dentro de um todo (a totalidade).

Um nível designa um aspecto da realidade, mas não é simplesmente o equivalente de uma fotografia dessa realidade. O nível permite a visão por certo ponto de vista ou perspectiva; garante um conteúdo objetivo. Em uma realidade na qual sucessivas implicações podem ser observadas, o nível representa um degrau ou um estágio, mas com mais consistência e realidade do que símbolos ou modelos, por exemplo.

Níveis não podem ser dissociados completamente um do outro. Como um nível media outro nível, eles podem agir um sobre o outro. Em um momento especial de transformação, em um conjunto especial de circunstâncias, um nível pode dominar e incorporar os demais. Por isso, o nível do cotidiano e o nível do histórico podem interagir.

1.2.4.2 Totalidade e realidade⁹

Para Lefebvre, totalidade e realidade são necessidades intrínsecas ao conhecimento. Sendo a primeira o elemento gerador do conhecimento e a última seu objeto e objetivo. Logo, em sua crítica ao cotidiano, aborda essas questões de

⁹ O capítulo 3 do segundo volume da Crítica do Cotidiano de Lefebvre traz categorias específicas, na qual são tratados o conceito de totalidade (p.180-193) e a ideia de realidade (p.193-206).

forma abrangente. Venho até aqui nesse trabalho, abordando esses termos de forma livre, mas cabem, então, algumas considerações sobre eles de forma a elucidar a proposta metodológica adotada aqui.

Uma vez que a noção de totalidade está presente, ela orienta a investigação. Considerar a totalidade como um imperativo na pesquisa é necessário a fim de superar as cisões, divisões e dispersões. O grande cuidado é não cair no engano da universalização dos achados. É o perigo do dogmatismo.

Para chegar a um conceito de totalidade capaz de superar esse perigo, Lefebvre dialetiza introduzindo por um lado os conceitos de totalidade parcial e de totalização e por outro lado distinguindo entre o total e o universal.

O desejo pela totalidade é *sine qua non* para a construção do conhecimento. Para ele, sem essa opção inicial – o desejo pela totalidade – não há como haver ação e qualquer tentativa de alcançar o conhecimento. Sem a totalidade como alvo, aceitamos qualquer “coisa” dada empiricamente ou fragmentadamente e a transformamos em leis ou verdades.

A realidade, por sua vez, é o objeto e o objetivo do conhecimento, o sustentáculo da ação. Empiricistas e positivistas não estão preocupados com o real, mas com parte dele. Quanto mais fragmentado o fato é, mais felizes ficam. O real, conforme Lefebvre, revela sua profundidade àqueles que desejam penetrá-lo a fim de transformá-lo. (LEFEBVRE, 2008b, p.194)

Tomada *per se* e fetichizada a ideia de realidade (mesmo adornada por adjetivos como “concreta” ou “humana”) se contrai e murcha, destruindo especificidades e diferenças. Para Lefebvre, o real está intimamente relacionado com o possível. Na verdade, o possível é interno ao real, uma vez que o real é uma possibilidade que foi feita efetiva ou atualizada.

Sem possibilidade não pode haver atividade, realidade, a menos que seja uma realidade morta de coisas isoladas, as quais tem uma única possibilidade: permanecerem como estão. Se unirmos a categoria de possibilidade a esse processo, a categoria de realidade social ou humana pode ser mantida. Torna-se movimento dialético. Continua a garantir objetividade ao conhecimento enquanto evita o objetivismo superficial e uma ontologia ilusivamente profunda. Erradica-se alguns problemas falsos e insolucionáveis, notavelmente aqueles oriundos da

dissociação de fato e valor, e de real e ideal. Por que mudar o real? Porque ele é mutável. E se conhecimento começa no que é possível, ele pode ajudar a direcionar essa mudança, e controlá-la.

Lefebvre contribui assim para a pesquisa que de certa forma deseja penetrar no real a fim de transformá-lo. Mais do que um simples otimismo, trata-se em confiança na possibilidade. A utopia de Lefebvre vai contra as acusações de ingenuidade ou perda de tempo ou a ideia de que não há alternativas. Nesse sentido, conduz duras críticas à filosofia clássica com seus projetos que valorizam a vida ideal em detrimento da real.

Com relação à filosofia, a vida cotidiana se apresenta como não-filosófica, como mundo real (concreto) em relação ao ideal (e ao conceito de mundo). Diante da vida cotidiana, a vida filosófica pretende ser superior, e descobre que é vida abstrata e ausente, distanciada, separada. A filosofia tenta decifrar o enigma do real e logo em seguida diagnostica sua própria falta de realidade. [...] Não deixaremos escapar nenhuma ocasião de protestar contra os filósofos que mantem assim a tradição filosófica e fazem de suas filosofias uma barragem; elas interdita qualquer projeto de transformação desse “mundo”; elas consagram a separação entre o fútil e o sério; elas apartam definitivamente, de um lado, o Ser, a Profundidade, a Substância e, de outro, os fenômenos, o superficial, as manifestações. (LEFEBVRE, 1991, p.17-19)

1.2.4.3 Cotidiano/cotidianidade

Outro conceito importante nesse estudo é o da cotidianidade. Para Lefebvre, após 1980 a civilização moderna deixa a modernidade e entra no modernismo. Nesse novo momento, o cotidiano passa a ser um espaço programado pelo mercado, pelo sistema de equivalência, pelo marketing e pela publicidade. Nesse processo, dá-se a instalação da cotidianidade, mostrando como o cotidiano pode se cristalizar. “O cotidiano torna-se objeto de todos os cuidados: domínio da organização, espaço-tempo da auto-regulação voluntária e planejada.” (LEFEBVRE, 1991, p.82)

Essa programação tenderia a constituir-se em um sistema com fechamento próprio: produção-consumo-produção. O cotidiano, no entanto, não pode constituir-se como subsistema no interior de um sistema vasto. Ao contrário, o cotidiano é a “base” a partir da qual o modelo de produção tenta se constituir em sistema por uma programação. Como aponta PENIN (1989, p.21), o cotidiano escolar da escola pública é a base da instituição estatal sobre o qual esta procura programar a produção.

Como LEFEBVRE (2008 b, p.45) afirma,

Whatever is produced or constructed in the superior realms of social practice must demonstrate its reality in the everyday, wheter it be art, philosophy or politics. At this level alone can it be authenticated.¹⁰

Assim, as políticas públicas referentes à Saúde na escola precisam provar sua realidade no cotidiano escolar. De modo contrário, não sairão do papel. Daí a importância de um estudo do cotidiano nessa temática.

A cotidianidade apresenta algumas características. Para Lefebvre (2008 c, p.83ss), ela pode ser percebida pela *homogeneidade* – tendência para o igual, identidade, equivalência, o repetitivo e sua ordem; pela *fragmentação* – a dispersão de tempo e espaço, trabalho e lazer, e especialização cada vez mais intensa; e pela *hierarquização* – com ordem hierárquica igualmente imposta sobre funções e objetos.

Há ainda no nível do cotidiano os mecanismos de resistência à cotidianidade, ou *fatores de oposição*, a saber: contra a homogeneidade, as *diferenças* - diversidade que penetra as classes, hierarquias, desigualdades; contra a fragmentação, a *unidade* - contradições dialéticas que acontecem no curso da busca e realização da unidade; e, contra a hierarquização, a *igualdade* - tentativa de fortificar o social (não de nivelar a sociedade) no que diz respeito ao nível mediador entre o econômico e o político (estes, fatores de desigualdade).

¹⁰ Seja o que for produzido ou construído nas esferas superiores da prática social precisa demonstrar sua realidade no cotidiano, seja arte, filosofia ou políticas. Somente nesse nível pode haver autenticação.

Vimos nesse capítulo que a busca por melhores condições de vida da população passa pela escola e que ela desempenha um papel fundamental na Promoção da Saúde. No entanto, essa nova percepção de Saúde não foi automaticamente absorvida pela sociedade em geral. A promoção em Saúde na escola, por exemplo, ficou inicialmente restrita à área da Educação em Saúde, com ênfase à questão individualista, e ao atendimento médico na escola, com a entrada de diversos profissionais da área de saúde no espaço escolar, ressaltando o aspecto tecnicista e fragmentado do processo. Para ajudar na compreensão desse fenômeno, optei nessa pesquisa pelo estudo do cotidiano. Assim, na segunda parte desse capítulo, delimito os recursos metodológicos que conduzem essa pesquisa. Trata-se de um estudo exploratório do cotidiano escolar no qual busco responder de que maneira a saúde se concretiza na realidade escolar articulando a análise de condições objetivas com a representação de docentes sobre o tema. Torna-se importante, a princípio, uma análise histórica da relação Saúde e Escola no Brasil a fim de identificar elementos, pistas, caminhos que subsidiem a análise desse estudo.

2 SAÚDE E ESCOLA: UMA ABORDAGEM HISTÓRICA

Nesse capítulo proponho realizar um estudo histórico-crítico da abordagem em saúde nas escolas com vistas a buscar entender as práticas atuais nessa esfera no cotidiano escolar. A análise desse trabalho parte da implantação do pensamento higienista em nosso país a partir do século XIX, como esforços da nova elite urbano-comercial e de intelectuais brasileiros, especialmente da classe médica, amplamente influenciados por ideais europeus de civilização, urbanismo e medicina social, incluídos no grande projeto de organização de um Estado Nacional.

2.1 RAÍZES EUROPEIAS

Como vimos no capítulo anterior, o industrialismo sob a égide burguesa determinou graves problemas sociais para a Europa ao longo do século XIX. É nesse período que surgem os primeiros estudos que darão base à medicina social. É também nesse período, no entanto, que se firmam as bases para o surgimento de complexos dispositivos de tutelarização moral e intelectual das classes pobres. A opinião corrente em meados do século XIX nesse contexto de desenvolvimento dos centros urbanos industriais europeus era que

as condições de desgraça das classes trabalhadoras eram resultado de um espírito vicioso, de uma vida imoral, desordenada, liberada de toda regra e de todo contrato coletivo. Cabia, então, (ao Estado) não somente garantir-lhes a saúde, como também a educação higiênica e a moralidade. (COSTA, 1981, p.7-8)

Assim, inicia-se um esforço generalizado de moralização e domesticação das classes populares na Europa, ou disciplinização higiênica, cujo projeto envolveu reorganizar disciplinarmente os grupos sociais marginalizados; as massas pré-industriais que habitavam os subúrbios miseráveis, que ameaçavam os poderosos; aqueles que responderam contra uma existência de miséria e humilhação com o

infanticídio, a prostituição, o suicídio e o desequilíbrio mental; a massa de trabalhadores industriais pobres desassossegados que viam na rebelião a única forma de resistir à insustentável situação. (COSTA, 1981, p.8)

Outra estratégia dentro desse projeto de domesticação das classes subalternas é a determinação do “lugar social da mulher como mulher do lar, mãe dedicada, salvação do homem e instrumento privilegiado de civilização da classe operária”. Os programas de habitação popular surgiram desse escopo. Assim, a mulher poderia tirar o homem do cabaré, para moralizá-lo. (COSTA, 1981, p.9)

Constava ainda no projeto higiênico a luta contra a insânia e a imoralidade dos antigos casebres e porões herdados do antigo regime, a fim de que bairros pobres não se tornassem abrigo para grupos subalternos. A higiene quis também fazer desaparecer as aglomerações operárias que constituíam os focos de todas as rebeliões e epidemias que periodicamente irrompiam nas cidades industriais, uma vez que essas enfermidades invadiam os bairros capitalistas. (COSTA, 1981, p.9)

2.2 MORALIZAÇÃO SANITÁRIA DO BRASIL – UM IDEAL

A importação de ideias europeias quanto ao modelo de “civilização” adotado no processo de desenvolvimento das grandes cidades industriais, instaura no Brasil as pautas da moralidade sanitária, marcantes no discurso da “nova elite”, assim como no da iminente classe médica.

2.2.1 Discurso da “Nova Elite”

A constituição de uma economia urbano-comercial e a projeção de uma elite dominante com inspirações burguesas, que buscava implantar no país uma ordem social europeia e capitalista, fornecem os ingredientes favoráveis para o assentamento do projeto higiênico.

As grandes transformações da cidade foram desde então justificadas como questão de saúde, onde a força foi posteriormente um instrumento necessário para

controle da massa revoltosa. Nesse primeiro momento, o foco era a educação sanitária das elites. Essa ação inclui, além da questão urbana, a definição de um modelo de formação à escola.

Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a educação higiênica impôs à família da elite dominante uma educação física e moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos de moralidade sanitária. Esta educação, dirigida sobretudo às crianças, modificou os costumes familiares, induziu o culto à saúde e alterou os velhos hábitos coloniais. (COSTA, 1981, p.11)

A higiene social, através da educação sanitária das crianças, passa a definir, então, a cultura familiar dos grandes proprietários, coincidindo com a ascensão de ideais burgueses, a saber, europeizar os costumes e urbanizar os hábitos. Antes de atender a essa proposta pedagógica da higiene, cabe ressaltar outro grupo que colaborou para o estabelecimento desse pensamento no Brasil, a classe médica.

2.2.2 Discurso Médico-Higiênico

A construção de uma ordem civilizada nos trópicos constituiu-se em um sonho dos homens da ciência médica no Brasil do século XIX. Profissionais atentos ao que acontecia no mundo civilizado, onde muitos haviam se formado, e seduzidos pela civilização, não se conformavam com o país nas condições em que se encontrava. No entanto, como destaca Gondra (1981, p.544), esse projeto esbarrou nas “teimosias e rebeldias de uma sociedade desigual, escravocrata, monarquista e patriarcal”, ou seja, no conservadorismo da elite brasileira. Contribui a essa discussão a medicina desenvolvida no Brasil nessa época que

buscava responder às demandas das classes dominantes urbanas, que precisavam superar os efeitos da precariedade das condições de saneamento e de saúde da população, que atingia, sobretudo, as camadas sociais mais pobres, e que eram profundo incômodo para o grupo formado pelos representantes do poder imperial, proprietários e funcionários. (ANTUNES, 2009, p.33)

Essa medicina, baseada no que pode ser chamado de medicina social, traz à cena, assim, a perspectiva da Higiêne¹¹. Esses profissionais, respaldados pela racionalidade, não se limitaram ao corpo humano, mas buscaram transformar a sociedade em um objeto de sua razão médica.

Nessa linha de pensamento, os médicos preocupam-se em eliminar as “mundícies materiais e morais” que infestavam as cidades. Então, sob essa perspectiva, leprosos, loucos, prostitutas, mendigos e crianças abandonadas tornam-se objeto de preocupação dessa classe. A proposta é “a higienização física e moral da sociedade, sua padronização, em prol de uma formação social sadia, composta por indivíduos saudáveis, que, por meios profiláticos, livrassem as cidades da desordem e dos desvios.” (COSTA, 1981, p.11)

A defesa dessa proposta leva a Higiene a se preocupar com a educação escolar. Sendo assim, pautado no pensamento higienista, as questões referentes à saúde chegaram à escola, retirando do espaço privado da religião ou da família o monopólio sobre a formação das crianças. A Higiene fornece, assim, à escola, um modelo de organização, um projeto pedagógico calcado na razão médica. (GONDRA, 2007, p.257)

2.3 PEDAGOGIA DA HIGIENE

A preocupação da Higiene com a educação escolar define um projeto pedagógico - a pedagogia da Higiene. A ela interessou, no século XIX, transformar predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de classe social. O caráter de controle sobre o comportamento buscava eliminar, entre outras coisas, a desobediência e a prática da masturbação. Criou-se um culto ao corpo saudável, que culminou na alimentação das ideologias racistas da superioridade racial e social das elites brancas. Quando ações de controle mostravam-se insuficientes, partia-se para o afastamento dos indesejáveis pela reclusão nos

¹¹ Ramo da medicina que se ocupou da descrição e redescricao dos objetos sociais, em conformidade com os cânones da ciência médica.

hospícios então criados, fechando o círculo de um severo programa de exclusão social, em nome da prevenção da saúde. (ANTUNES, 2009, p.34-35)

As iniciativas da Higiene na educação escolar não se restringiam ao projeto pedagógico, mas também influenciou a arquitetura das escolas. Nesse sentido, buscava-se garantir a salubridade no espaço escolar. A higiene escolar prescrevia um projeto arquitetônico e pedagógico. Dessa forma, a Higiene defende a necessidade de escolas assim como de um modo moderno ou iluminista de instalação desse modelo de formação de homens e mulheres.

Quanto às camadas de desclassificados e escravos, negros, mestiços, a pedagogia higiênica não se interessou nesse momento. “Esses continuaram a ser dirigidos pelos instrumentos de coerção de sempre. Entregues à polícia, ao recrutamento militar ou aos espaços de segregação higiênica, como prisões e asilos” (COSTA, 1981, p.12).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A RACIONALIDADE MÉDICA

A década de 1890 representa importantes mudanças sociais. No campo político, o governo republicano está em fase de estruturação, marcado por embates entre republicanos e monarquistas e entre facções republicanas até a definição de uma política oligárquica. No campo econômico, caracteriza-se o avanço progressivo da cafeicultura desde a década de 1880 promovido pela imigração em substituição à mão de obra escrava.

Nesse contexto histórico-social, marcado pela intensa imigração, o país vivenciava uma crítica situação de saúde pública. A epidemia de febre amarela, que acometia principalmente os estrangeiros, desestabilizava toda a vida política e econômica da república. Além disso, a cólera, a varíola e a peste bubônica afetavam o comércio exterior do país. Somava-se a isso também a alta incidência de doenças ainda hoje comuns à realidade brasileira, tais como malária, sífilis, tuberculose e hanseníase. (TELAROLLI JUNIOR, 1996, p.267; FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010, p.398;)

Esse quadro nosológico culminava em uma alta mortalidade da população em geral. Essa situação era mais hostil para as crianças, “vitimizadas também pela desnutrição, por diarreias ou por doenças hoje imunopreveníveis, tais como sarampo, tétano, coqueluche e difteria” (Figueiredo; Machado e Abreu, 2010, p.398). Embora toda a população fosse afetada pelas baixas condições higiênico-sanitárias da nova república, o foco das ações sanitaristas nesse período foi para a defesa do fluxo de imigrantes estrangeiros, garantindo a mão de obra necessária. É interessante atentar que essa pauta em defesa dos interesses do capital vai se repetir em diversos momentos da história do país no que tange o desenvolvimento de políticas públicas.

A virada do século XX evidencia a conjuntura de uma incipiente industrialização, urbanização, aumento do comércio internacional, correntes imigratórias e a presença de contingentes populacionais “livres” concentrados no espaço urbano. Esse contexto causou o desvio do foco do projeto burguês de civilidade e modernidade para as classes subalternas. Nessa conjuntura, a falta de saúde e de educação do povo era vista como a causa do atraso do país. Reverter esse quadro elevaria o país no quadro econômico e social. Para os higienistas a causa do pauperismo urbano era decorrente da resistência da população pobre e de parte do operariado às normas elementares de asseio, moral e bons costumes. (COSTA, 1981, p.15)

Dá-se início, então, a um projeto de controle da razão, moral e saúde das classes subalternas. “Em várias instâncias, são produzidas ideias e criadas práticas higienistas que têm como foco a educação em geral e a instituição escolar em especial”. (ANTUNES, 2009, p.35)

É um período marcado pela proliferação de tecnologias e especialistas que investem em diversas questões, como: a saúde dos imigrantes, a situação sanitária dos portos, o dia-a-dia das cidades, a higiene infantil, os hábitos e costumes populares, a eugenia, ou seja, o projeto de branqueamento do povo brasileiro, o trabalho fabril, o mundo do crime etc.

O discurso da Higiene nesse ponto já era aceito como detentor da razão científica, graças a um movimento intelectual que buscou legitimidade para esse discurso que passava, então, a ser enunciado em favor da razão médica em

detrimento dos demais discursos e práticas. Assim, os interesses do Estado podiam ser amparados pelas pesquisas realizadas por esse grupo.

A higiene ofereceu às classes dirigentes nacionais os argumentos necessários para responder às consequências que o próprio sistema capitalista havia implantado no país. Ao Estado coube organizar e controlar uma população hostil às medidas de racionalidade e civilidade sanitárias desenvolvidas por uma elite intelectual. Nesse momento, as ações da polícia sanitária do Rio de Janeiro, direcionadas por Oswaldo Cruz, sofrem cerrada oposição popular. Dentre esses ocorridos, está o que ficou registrado na história do Brasil como Revolta da Vacina em 1902. Este fato é ainda ensinado nas escolas como decorrente da ignorância, rebelião, insubmissão do povo arredo à modernidade, legitimando a ação controladora e tutelarizadora das arbitrariedades da elite higiênica e civilizada.

O projeto higiênico elaborou uma séria de medidas, entre elas o controle habitacional no Rio de Janeiro através de uma legislação que buscava controlar a construção das habitações populares consideradas prejudiciais à saúde pública, sobretudo a partir de 1903. A polícia sanitária realizava periódicas incursões aos bairros pobres do centro da cidade, “fechando e demolindo as chamadas estalagens imundas, casas de cômodos pavorosos, os barracões toscos, as moradas em péssimas condições de habitualidade, acumuladas de gente adversa ao asseio, indisciplinada e desrespeitosa a todos os preceitos de higiene”. Remover bairros pobres da proximidade do centro das atividades comerciais e de moradias burguesas também ocorreu em prol da disciplinarização do espaço da cidade e revela o caráter de interesse particular e não público das políticas adotadas. Em São Paulo, a situação não foi diferente. Leis municipais do início do século estimulavam a construção de vilas operárias “baratas e saudáveis” em áreas pouco povoadas.

Verifica-se, assim, a influência da racionalidade médica na definição das políticas públicas e a desvalorização de outras formas de pensar. A escola pública se tornará, assim, o campo de doutrinação do discurso higiênico com o amparo do Estado.

2.5 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR

No ano de 1889 tem-se um marco inicial na saúde escolar institucionalizada no Brasil. Trata-se do Serviço de Higiene Escolar, criado pelo ministro do império, Conselheiro Ferreira Viana. Essas ações foram baseadas no modelo alemão de “Polícia Médica”. A escola agregava muitas pessoas, exigindo, como em outros locais, a devida fiscalização, a fim de controlar as constantes epidemias que acometiam as grandes cidades, Rio de Janeiro e São Paulo (FERRIANI, 1992, p.76; IERVOLINO, 2000, p.32). Os estudos de Moncorvo Filho, realizados nessa época, demonstravam também a necessidade do estabelecimento da inspeção médica nas coletividades infantis. Ele pode verificar que a ocorrência de tuberculose nas crianças que trabalhavam na Imprensa Nacional e na Casa da Moeda era de 70% e que a cada meia hora morria uma criança na capital do país (FERRIANI, 1992, p.79). No entanto, a questão da higiene escolar institucionalizada ganhou impulso no país somente a partir do início do século XX.

Em 1910 é criado no Rio de Janeiro o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar com duração de apenas seis meses, mas reorganizado em 1916. No entanto, é somente a partir de 1911 que a saúde escolar começa a receber maior atenção das autoridades. O decreto n. 2.141 de 14 de novembro de 1911 que reorganizou o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo prevê, no art. 2, parágrafos 5 e 13, que é responsabilidade do Estado:

- 5.º - A execução de quaesquer providencias de natureza aggressiva ou defensiva, como as que tenham por fim a hygiene domiciliaria, **a policia sanitaria das escolas**, das habitações privadas e collectivas, das pharmacias e drogarias, das fabricas, dos estabelecimentos industriaes e commerciaes, dos hospitaes e maternidades, dos mercados, dos matadouros, dos cemiterios, dos logares e logradouros publicos, a assistencia hospitalar a doentes de molestias transmissiveis, o isolamento e a desinfecção;
- 13.º - A inspecção medico-sanitaria das escolas publicas e particulares;

A inspeção médica incluía os alunos, docentes e empregados das escolas conforme art. 29, parágrafo 15. Sua finalidade é descrita no art.67, como se segue:

- 1.º - A indicação das medidas hygienicas e administrativas quanto à situação e construcção dos edificios escolares ;
- 2.º - A escolha (de accôrdo com a direcção da instrucção publica) do mobiliario escolar, dos methodos e processos de ensino, das posições e attitudes escolares, bem como a distribuição das materias

de estudos, das horas de classes, dos recreios e dos exercicios
physicos.

- 3.º - A prophylaxia das molestias transmissiveis ;
- 4.º - O exame individual dos docentes, alumnos e empregados;
- 5.º - A vaccinação e revaccinação do pessoal das escolas.

Esse decreto ainda dedica seu sexto capítulo para descrever a estrutura das escolas quanto ao local para construção, sombreamento, ventilação, ângulos arredondados, revestimento, mobília, dentre outros. Determina a obrigatoriedade da ginástica educativa além da vacinação e revacinação para a matrícula. (SÃO PAULO, 1911)

Foi organizado também no estado de São Paulo o serviço de Inspeção Médica Escolar do Estado que visava garantir a salubridade no espaço físico das escolas e oferecia assistência médica individual aos alunos (GOUVEIA, 2001). Em 1916, os médicos inspetores dessa instituição realizavam conferências públicas e no ano seguinte foram implantadas aulas mensais, sobre "tópicos de higiene individual e coletiva". Outras instituições são criadas nesse período, como a Associação Paulista de Assistência Escolar, sociedade de caráter filantrópico que disponibilizava serviços médicos e odontológicos a alunos necessitados. E, em 1920, é criado o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro.

2.6 ESCOLA NOVA, HIGIENISMO E SANITARISMO

A década de 1920 é marcada pelo fortalecimento dos ideais da Escola Nova no Brasil. Esse pensamento do estadunidense John Dewey, trazido ao Brasil por Anísio Teixeira propunha a superação do atual sistema educacional brasileiro, que não tinha alcançado o objetivo de resolver os problemas do país. Os ideais da Escola Nova influenciam o discurso higienista a partir desse momento.

Na década de 1920, o acesso à escola era restrito às elites. As escolas eram em sua maioria particulares e atreladas ao catolicismo, atendendo aos objetivos e padrões exigidos pelas elites. O analfabetismo quase que totalizava os brasileiros. (FERRIANI, 1992, p.86; IERVOLINO, 2000, p.33)

As ideias da Escola Nova promoveram em diversos estados brasileiros reformas escolares, cujo intuito era democratizar o acesso à escola. O combate ao analfabetismo e a escola primária integral também faziam parte das discussões. A escola aparece como instrumento de “preparação de um novo trabalhador, educado para a vida social, pelo desenvolvimento do espírito de solidariedade e de integração, necessário ao industrialismo” (FERRIANI, 1992, p.86).

O movimento higienista no Brasil parece absorver essas diretrizes, passando por uma sensível mudança de discurso. Ao invés de uma “missão civilizadora” oriunda do movimento higienista europeu, passa a uma “cruzada educadora”, oriunda do movimento sanitarista¹² estadunidense, “em que a escola é o local para preparar cidadãos aptos para a vida e para o exercício da Democracia”. (MELO, 1981, p.32)

Nesse sentido, a escolarização era importante para que as grandes camadas da população fossem incorporadas pelas medidas de prevenção (criação dos centros de saúde) e a educação sanitária, baseada pelos princípios da emergente Saúde Pública, “na senda do progresso nacional e na formação do *novo homem brasileiro*”. Preconizava-se ainda a diminuição do poder coercitivo da polícia sanitária ao máximo possível. (MELO, 1981, p.29)

Nesse momento, os higienistas estão desempenhando um papel de grande influência na sociedade e no governo, a ponto de influir na criação do Departamento Nacional de Saúde em 1923, cujo regulamento sanitário era marcado pela ideologia da normatividade higiênica e ampliava sensivelmente o espaço de atuação da higiene. O regulamento contemplava: a educação sanitária da população, prevendo a divulgação da higiene pessoal e pública; a inspeção médica de imigrantes e de outros passageiros que se destinassem ao país; controle e confinamento sanitário de leprosos, tuberculosos e portadores de doenças venéreas; o problema da habitação popular; cuidados com os problemas da saúde infantil, o trabalho da criança e da mulher gestante. (COSTA, 1981, p.16)

¹² Em 1919 nos Estados Unidos o termo educação sanitária é proposto numa conferência internacional sobre a criança. “As noções de higiene agora são propostas através de medidas preventivas, imunizações e cuidados individuais na prevenção, para o que era mister educar os indivíduos, principalmente as crianças.” (MELO, 1981, p.34)

Essa influência também pode ser notada nas reformas curriculares da época. Como aponta Ferriani (1992, p.88), “educação higiênica e escola nova mantinham-se intimamente irmanadas, desde o início da década. Assim, pedagogia e higiene se tocam a ponto de se confundir funções tão distintas.” Um exemplo notável é a inclusão da higiene e puericultura no currículo da Escola Normal Caetano Campos. A reforma da escola normal constituiu a concretização dos ideais da Escola Nova com vistas à profissionalização e um novo local de propagação do discurso higienista para a sociedade, na figura da profissão de professor de higiene. O Instituto de Higiene de São Paulo¹³ a partir de 1925 também passa a formar educadores sanitários, curso disponibilizado aos professores do primário. São esses educadores também os responsáveis pela educação nos centros de saúde e nas campanhas Sanitárias e Dispensários. No estado do Rio de Janeiro já havia a inclusão do ensino de higiene no Ensino Normal desde 1904. (MELO, 1981; GOUVEIA, 2001)

A relação entre educação e saúde passa a ser amplamente discutida, recebendo mais atenção da sociedade brasileira. Nesse sentido, ocorre no ano de 1923 o I Congresso Brasileiro de Higiene onde passam a discutir o problema da alimentação na idade pré-escolar e escolar, dentre outras questões, tendo sempre em pauta a criação de hábitos sadios, o combate às taras sociais e a higiene da raça.

A educação física assume grande relevância, nesse momento, atuando como articuladora da educação e da saúde, em busca da construção de um novo homem, qual seja, a “melhoria da raça”. (ANTUNES, 2009, p.36)

Nesse período, o personagem Jeca Tatu de Monteiro Lobato desempenhou, na análise de Patto (1999, p.98-104), um relevante papel na construção do mito legitimador da política de saneamento que marcou o início do século XX no Brasil: “Ter saúde é a grande qualidade de um povo. Tudo mais vem daí.” O xucro caipira, vítima de doenças decorrente do descaso estatal, transforma-se num rico fazendeiro

¹³ Fundado por um dos médicos brasileiros que haviam sido financiados pela Rockefeller Foundation para estudar na primeira Escola de Saúde Pública, criada em 1917 na John Hopkins University (EUA).

após ser atendido por um médico e fazer uso dos “remédios de laboratório”. Nas palavras de Patto, o personagem assume a “imagem do ideal de homem brasileiro que se disseminava então: sadio, empreendedor, próspero, voltado para o consumo, usuário da mais moderna tecnologia, que reverencia e imita os hábitos de europeus e americanos.”

No ano de 1924, não por acaso, foi criado o livreto *Jeca Tatuzinho* propagado pelo industrial Cândido Fontoura. O livreto foi considerado a peça publicitária de maior sucesso na história da propaganda brasileira. Esse intento contribuiu para a popularização de noções médicas, aliado é claro aos interesses da indústria farmacêutica em detrimento do conhecimento popular e da subsistência e, como aponta Patto, pode ter “contribuído para a cristalização do mito da indolência das populações rurais e, por extensão, dos contingentes populacionais mais pobres das grandes cidades”. No discurso educacional, esse mito contribuiu para a manutenção da crença na indiferença do homem do campo pela escola assim como na concepção de que a verminose seria a principal causa do fracasso escolar das crianças das classes populares.¹⁴

Em 1926, no III Congresso Brasileiro de Higiene, um projeto ainda mais focado na escola pública entrou em pauta. A preocupação era a necessidade de formar hábitos sadios nas crianças. O pano de fundo dessa preocupação assenta-se na tríade infância-educação-eugenia. Nada mais indicado do que a introdução de

¹⁴ Como ilustração da clara difusão dos ideais sanitaristas por meio do personagem Jeca Tatu, seguem algumas citações extraídas do folheto *Jeca Tatuzinho*, disponível em http://lobato.globo.com/misc_jeca.asp, acessado em 25/02/2013. “-Pois é isso, são Jeca, e daqui por diante não duvide mais do que disser a Ciência. - Nunca mais! Daqui por diante dona Ciência está dizendo, Jeca está jurando em cima! T'esconjuro! E pinga, então, nem para remédio...”; “E Jeca já não plantava rocinhas, como antigamente. Só queria saber de roças grandes, cada vez maiores, que fizessem inveja no bairro. E se alguém lhe perguntava: - Mas para que tanta roça, homem? ele respondia: - É que agora quero ficar rico. Não me contento com trabalhar para viver.” “Jeca parecia um doido. Só pensava em melhoramentos, progressos, coisas americanas. Aprendeu logo a ler, encheu a casa de livros e por fim tomou um professor de inglês. - Quero falar a língua dos bifés para ir aos Estados Unidos ver como é lá a coisa. O seu professor dizia: - O Jeca só fala inglês agora. Não diz porco; é pig. Não diz galinha; é hen... Mas de álcool, nada. Antes quer ver o demônio, que um copinho da "branca"...” “Suas roças eram ligadas por telefones. Da cadeira de balanço na varanda, ele dava ordens aos feitores, lá longe. Chegou a mandar buscar nos Estados Unidos um aparelho de televisão.” “Resolveu ensinar o caminho da saúde aos caipiras das redondezas. (...)O seu entusiasmo era enorme. “Hei de empregar tôda minha fortuna nesta obra de saúde geral, dizia. Meu patriotismo é este. Minha divisa: Curar gente. Abaixo a bicharia! Viva o Biotônico! Viva ANKILOSTOMINA! Viva o Maleitosan! Viva o Fontol!” “Meninos: nunca se esqueçam desta história; e, quando crescerem, tratem de imitar o Jeca. Se forem fazendeiros, procurem curar os camaradas. Além de ser para eles um grande benefício, é para você um alto negócio. Você verá o trabalho dessa gente produzir três vezes mais.”

modernos sistemas de instrução da criança na escola a fim de lhes formar a “consciência de saúde ideal”. Esta é definida como “a fé no serviço profissional, a vida higiênica e os casamentos eugênicos”. Esse agressivo movimento intelectual higienista defendeu a

criação nas escolas públicas de pelotões de saúde, através dos quais, além dos hábitos físicos, deveriam ser inculcados hábitos mentais de alegria, de pureza e solidariedade humana, além da exasperação puritana: Não tomo álcool, nem fumo nunca. Hoje fiquei sempre direito, quer de pé, quer sentado. Hoje não menti nem brincando. (COSTA, 1981, p.17)

A família do escolar também estava no campo de operação da higiene. “Como é que valerá tentar formar hábitos sadios em crianças de famílias sífilíticas ou de tuberculosos desprotegidos de assistência sanitária que vão disseminando males, arruinando a raça?”. Foi necessário enquadrar dentro da normalidade sanitária e de padrões eugênicos o universo familiar e racial das classes subalternas.

Assim, o pensamento higiênico dos anos de 1920 adota com fervor a ideologia elitista e fascista do eugenismo, cujo ideal era melhorar física, mental e racialmente as futuras gerações brasileiras. Essa postura vai definir as práticas de higiene social e educação sanitária até meados dos anos 1940, pautadas em uma teoria racista com o disfarce e máscara da mais moderna cientificidade. “É o período que a prática higiênica atinge sua fase de maior prestígio no cumprimento sanitário e moral dos grupos subalternos.” (COSTA, 1981, p.22)

2.7 HIGIENISMO E EUGENISMO

A década de 1930 não é favorável para a ideologia da educação sanitária. Em 1931, Vargas, através de um decreto, extinguiu os centros de saúde e reinstalava a polícia sanitária (MELO, 1981, p.29). Os objetivos do pensamento eugênico, no entanto, apareceriam estritamente articulados às exigências políticas desse período. O discurso eugênico buscou legitimar o regime autoritário e

apresentou um projeto de higienização capaz de sufocar não apenas as doenças, mas todas as contradições sociais. (COSTA, 1981, p.23)

A constituição de 1934 dá legalidade para ação estatal de aprimoramento eugênico da população e, paralelamente estabelece o Plano Nacional de Educação. Implanta-se a gratuidade e a obrigatoriedade do ensino primário. O art.138 incumbe à União, aos Estados e aos Municípios nas seguintes alíneas: b) estimular a educação eugênica; f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais. Como aponta Ferriani (1999, p.89) “a educação é comum a todos, pois há necessidade de investir nos corpos. A sociedade pretendia entrar no grupo dos países industrializados, devendo exigir do Estado uma participação”.

Em 1937, afinado com o regime autoritário, Renato Kehl resume em seu livro denominado *Porque sou eugenista – 20 anos de campanha eugênica*, esse projeto de higiene eugênica:

Para melhorar um povo, torna-se necessário, entre outras medidas, infundir no espírito público a consciência eugênica da reprodução, ou seja, a consciência da responsabilidade na procriação. Só deve ter filhos quem está apto para dar nascimento a seres bem dotados. Nem toda gente, infelizmente, se encontra na altura de compreender esta verdade elementar e praticá-la independente de injunções legais por isso, tornam-se necessárias medidas terminantes, dispondo a obrigatoriedade do exame pré-nupcial, medida esta, aliás, mais de caráter de higiene social, com indispensável proibição eugênica do casamento de doentes e degenerados. A eugenia, porém, não consiste apenas no impedimento de uniões condenáveis mas, sobretudo, no incentivo de boas uniões, das quais se espera indivíduos equilibrados e de escol. O seu intento, em síntese, é o seguinte:

- 1) Fazer com que as pessoas bem dotadas ou, mais claramente, as pessoas fortes, equilibradas, inteligentes e bonitas tenham maior número de filhos, para que o número médio dessas pessoas, portanto, se eleve progressivamente;
 - 2) Que as pessoas inferiormente apresentáveis (doentes, tarados e miseráveis) não tenham filhos;
 - 3) Que os pobres tenham menos filhos do que presentemente.
- (KEHL *apud* COSTA, 1981, p.23)

O médico Miguel Couto em sua obra *Medicina e Cultura*, em 1937, apoia as ideias de Renato Kehl e enfatiza a necessidade do uso da violência para a realização do controle higiênico. Em tom nacionalista Couto discursa: “Não podemos deixar nossa Pátria em atraso: cada geração plasma a seguinte, por meios suaves e suasórios se possíveis; coercitivos se necessários”. (COUTO, Miguel *apud* COSTA, 1981, p.23)

2.8 HIGIENE ESCOLAR: EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E LEI

O eugenismo não foi a única preocupação da higiene entre os anos de 1920 a 1940. É possível identificarmos outras tentativas de totalização da vida cotidiana através da prática higiênica. Um conhecido higienista desse período, J.P. Fontenelle, lançou em 1940 um compêndio denominado *Compêndio de Higiene*. Nele faz considerações acerca do eugenismo e suas práticas, que deveriam fazer-se de dois modos: por ação negativa ou restritiva, ou seja, a regulamentação do casamento, a segregação e a esterilização; e, por ação positiva e construtiva, baseada sobretudo na educação higiênica e na propaganda dos princípios da eugenia e da hereditariedade. Fontenelle registra também em sua obra, proposições de controle social através dos dispositivos sanitários. Para ele, o projeto higiênico dependia de uma estreita cooperação entre a ciência, a educação e propaganda e a legislação. O propósito é preparar a “consciência sanitária” do povo e automatizar os atos individuais.

Nesse sentido, determinam-se as pautas de higiene escolar desenvolvidas nesse período, com fins de regulamentar e normatizar a vida cotidiana. A intenção era o enquadramento dos modos e atitudes infantis, pensando educar higienicamente todo o povo. A escola funcionaria como promulgadora dos bons costumes, propagados pelas crianças em casa, “onde desejam que tudo se passa como na escola, a cujo meio puro e sadio facilmente se acostumam”. A ideologia da higiene escolar teve em Carlos Sá um de seus muito agitadores, influenciado principalmente pelos modelos norte-americanos. Em 1942, ele assim definia os objetivos da higiene escolar:

A higiene escolar compreende um conjunto de medidas destinadas a assegurar a salubridade da escola e a saúde dos alunos e professores (...) determinando regras de exame, corrigindo defeitos, curando o que comporta tratamento, prevenindo males inevitáveis, promovendo reajustes físicos, mentais e sociais e contribuindo para hábitos, atitudes e conhecimentos de vida sadia, cada vez mais vigorosa e mais útil. (SÁ, Carlos *apud* COSTA, 1981, p.25)

Carlos Sá define ainda parâmetros para avaliação da normalidade de saúde no espaço escolar. Ele se utiliza de sinais físicos e mentais, apresentados no Quadro 1 (pág.60).

Observa-se nesses parâmetros definidos por Carlos Sá que a ideologia da higiene escolar tem um forte fator de distinção de classe. Por exemplo, “rosto levemente rosado e lábios rosados” só eram possíveis para crianças brancas, oriundas das elites, para quem de fato era destinada a educação escolar. Da mesma forma, “gosto pelos alimentos úteis” exclui do padrão de normalidade aquelas crianças que comiam o que tinham, quando tinham. Além disso, “asseio do corpo e das roupas” é uma preocupação que exclui os menos favorecidos desses padrões de “normalidade” e, como veremos ao longo desse trabalho, mantém-se até os dias atuais.

Dentre os sinais mentais, é interessante observar que Sá desvaloriza a consciência do próprio corpo o que é totalmente contrário aos princípios defendidos hoje pela promoção da saúde, embora, no cotidiano da escola pesquisada, esses parâmetros higiênicos ainda podem ser identificados.

Quadro 1 Parâmetros para avaliação da normalidade de saúde no espaço escolar conforme Carlos Sá

Sinais físicos	Sinais mentais
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso de acordo com a estatura e a idade; ✓ Crescimento regular; ✓ Cabelos sedosos; ✓ Olhos vivos, conjuntivas claras e pálpebras lisas; ✓ Rosto levemente rosado e lábios rosados; ✓ Boca habitualmente fechada inclusive no sono; ✓ Respiração igual pelas duas narinas; ✓ Dentes claros e íntegros, bem articulados; ✓ Voz bem timbrada; ✓ Apetite sem exagero, insuficiência ou perversão, gosto pelos alimentos úteis; ✓ Mastigação suficiente, digestão fácil e evacuação intestinal diária; ✓ Pele lisa, sem manchas ou cicatrizes; ✓ Músculos rijos e articulações bem conformadas; ✓ Ossos fortes e direitos, pés bem arqueados; ✓ Passo firme e ágil; ✓ Boa posição habitual de equilíbrio sobre os dois pés; ✓ Ventre contraído; ✓ Peito saliente; ✓ Ombros na mesma altura; ✓ Cabeça erguida; ✓ Visão e audição bilateral normal; ✓ Sono tranquilo 9 a 10 horas por noite; ✓ Boa disposição ao acordar, levantando-se imediatamente; ✓ Banho frio; ✓ Dentes escovados 2 vezes por dia; ✓ Asseio do corpo e das roupas; ✓ Vida muito ao ar livre. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de consciência do próprio corpo; ✓ Capacidade de fixar a atenção nos estudos e brinquedos; ✓ Memória viva; ✓ Imaginação razoável; ✓ Curiosidade; ✓ Interesse pelas pessoas e coisas em derredor; ✓ Iniciativa; ✓ Confiança em si sem teimosia, nem medo, nem timidez, nem mentira; ✓ Prazer em brincar com outras crianças; ✓ Relações puras com crianças de outro sexo; ✓ Nem vaidade, nem despeito; ✓ Cooperação; ✓ Alegria; ✓ Felicidade;

Fonte: SÁ, Carlos *apud* COSTA, p.25-26, 1981.

Ainda em meados da década de 1940, a ênfase no caráter técnico e a escassa preocupação doutrinária no processo de totalização da higiene no cotidiano, permitirão a Carlos Sá esboçar as primeiras críticas ao eugenismo.

Porque o homem não é apenas um organismo animal, porém uma pessoa com dignidade espiritual, não pode rebaixar-se a cruzamento daquela natureza. Nem mesmo deve ser submetido a certos processos amorais que alguns povos têm tentado aplicar. Apenas o exame pré-nupcial facultativo pode ser admitido, a par da proibição de consórcio de senis e da segregação de insanos. (SÁ, Carlos *apud* COSTA, 1981, p.26)

O ano de 1944 é marcado pela criação do Departamento Nacional da Criança e pela fundação da Sociedade Pestalozzi do Brasil. Nesse período ainda, teve início a Clínica Psicológica do Instituto Sedes *Sapientiae*, voltada para a assistência às crianças que apresentavam problemas escolares. Mais tarde em seu corpo, integram-se profissionais das áreas médica, pedagógicas e psicológica.

O fim do regime autoritário do Estado novo e a derrota mundial do fascismo trazem ares democráticos às práticas de normatização sanitária. Os documentos do VI e VII Congressos Brasileiros de Higiene, respectivamente em 1947 e 1948, apontam que os intelectuais da higiene optaram pela ideologia do sanitarismo. A educação higiênica procurou transformar-se em dispositivo “técnico e apolítico”. (COSTA, 1981, p. 26)

2.9 RESSURGIMENTO DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Em 1942 os Estados Unidos firmam um acordo com o Brasil a fim de realizar a exploração da borracha e de minérios e aumentar a produção de alimentos. Esse acordo foi justificado pelos interesses da II Guerra Mundial. Era necessária, entretanto, uma estrutura médico-sanitária que possibilitasse essa exploração com menor risco que aqueles sofridos quando da abertura do canal do Panamá. Cria-se assim um Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que reforça o modelo americano de Saúde Pública e torna-se uma nova frente para a educação sanitária (MELO, 1981, p.35-36).

Nesse momento, “a educação não é só dirigida a jovens imaturos, passíveis de serem educados”, mas com a reformulação do conceito de “maturo, homem pronto, educado”, o adulto também é considerado “passível de sofrer o processo de educação”. Aqui, a educação de adultos adquire grande relevância. Da mesma forma, a educação do homem rural toma uma nova dimensão – “é preciso educar o homem do campo na utilização de técnicas agrícolas modernas que garantam o aumento da produção”. (MELO, 1981, p.35-37)

A Fundação SESP influenciou consideravelmente o pensamento higienista no Brasil incluindo os fatores sociais, econômicos e culturais, tidos como barreiras para ação educativa, na maneira de perceber e explicar a saúde/doença. Adicionalmente, introduziu a ideologia do desenvolvimento de comunidade, participação comunitária e educação de grupos.

No entanto, a doença é tida como um fenômeno individual. Como explica Melo, (1981, p.37), “os indivíduos oferecem uma barreira cultural, econômica e/ou social, que deve ser diagnosticada, no sentido de rompê-la”. Valoriza-se assim a educação de indivíduos a fim de se “prevenir doenças e caminhar para um estado de saúde”.

É um período de grande relevância do conhecimento das Ciências Sociais na compreensão da saúde/doença. Além disso, outras profissões passam a integrar a equipe de Saúde o que leva a saúde/doença ser analisada a partir de diferentes óticas – não só da Biologia.

Esses fatores levam em 1961 ao encerramento do curso de educação sanitária oferecido pela Faculdade de Higiene e Saúde Pública, cujo conteúdo oferecido aos professores primários era puramente biológico.

Esse período de 1942 a 1964 é considerado o período áureo da educação sanitária no Brasil, sendo a saúde e a educação sempre integradas nas propostas das políticas oficiais. Destaca-se, no entanto, a motivação baseada nas exigências do Capital e do Trabalho, ou seja, a necessidade da formação e manutenção da mão-de-obra. (MELO, 1981, 37-38)

2.10 DECADÊNCIA DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA

O ano de 1964 inaugura um período de dificuldades para a educação sanitária no país, assim como para a sociedade civil, em particular as camadas populares e trabalhadoras. O regime militar marca um período altamente repressivo, centralizador e concentrador de renda que considera as questões sociais como de ordem da segurança nacional.

Nesse mesmo ano a Faculdade de Saúde Pública da USP reinicia o curso de educação sanitária agora altamente influenciado pelos ideais da Fundação SESP. O nome do curso é alterado para não haver confusão com o anterior e passa a se chamar Educação em Saúde Pública, formando o educador em Saúde Pública. O ingresso a esse curso deixa de ser acessível ao professor primário e torna-se ao possuidor de nível superior, preferencialmente das áreas das Ciências Sociais. Sua função deveria ser “diagnosticar, identificar as barreiras sociais, econômicas e culturais oferecidas pela população e propor medidas educativas que possam quebrar essas barreiras”. (MELO, 1981, p.38)

A educação em Saúde Pública, então, é vista como a solução para os problemas da esfera saúde/doença, que devem ser compreendidos na sua multicausalidade. É interessante observar, no entanto, que as ações educativas não competiriam a esse profissional, mas a toda a equipe de saúde.

O contexto desse período, entretanto, não permite a introdução desse profissional. Por outro lado, o Estado busca a criação de uma nova racionalidade exigida pela nova ordem econômica, política e social. Esse ponto é fundamental para a compreensão de diversas práticas observadas nessa pesquisa. Cito a seguir as considerações de Melo sobre esse momento. Para ele,

a educação é descoberta como um setor de investimento (também a saúde). De um valor de uso, passa a ser percebida como um valor de troca. A saúde é tomada pela doença enquanto mercadoria, assim como a educação. (MELO, 1981, p.38)

Em 11 de agosto de 1971 é promulgada a Lei 5.692 que fixava as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus. Seu art. 7 tornava obrigatória a inclusão de Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus.

Acompanhavam essa obrigação a Educação Moral e Cívica, Educação Física e a Educação Artística (BRASIL, 1971). Os programas de Saúde serão descritos, no entanto, pelo Parecer nº 2.264 do Conselho Nacional de Educação em 1974. Seu objetivo era

levar a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, alimentação, prática desportiva, ao trabalho e ao lazer, permitindo-lhes a sua utilização imediata no sentido de preservar a saúde pessoal e a dos outros. (CNE, 1974 *apud* BRASIL, 1998, p.258)

Observa-se nessa determinação que a escola continua entendida como local por excelência para determinação de hábitos saudáveis. A ênfase na higiene pessoal continua como marca da Saúde na escola, agora estampada como preocupação da legislação.

A questão da alimentação vem da educação sanitária, e ao que parece, relaciona-se às “exigências do que plantar e não só do como e com o que plantar”, atrelado à questão de modernização do campo e interesses do Capital.

A educação física, desde a década de 1920, continua como forte ênfase para a Saúde na escola. Lá sob a égide do culto ao corpo, como defendeu Serva em 1924 (*apud* ANTUNES, 2009, p.39) a fim de “esculpir... a raça brasileira, para fazê-la composta de homens forte e mulheres belas”; aqui, com a função de preparar o corpo para o trabalho, forte e resistente às doenças.

A preocupação com os hábitos do indivíduo continua clara, sendo o coletivo (a saúde *dos outros*) determinado a partir de hábitos individuais. Nesse momento, conforme a resolução, não cabia à escola a preocupação com os fatores sociais da relação saúde/doença, conforme citação a seguir:

...ainda que se possa focalizar a saúde como um estado de equilíbrio ecológico, e possa a educação ser encarada no seu contexto ecológico e ecológico-social, é para o indivíduo e sua ação que ela deve se dirigir prioritariamente... o maior destaque aos aspectos ecológicos cabe aos programas de educação sanitária da comunidade, aos quais, numa segunda etapa, a escola não será estranha ... (BRASIL, 1974, *apud* GOUVEIA, 2001, p.7).

É interessante observar que nesse momento já há uma preocupação para que saúde não fosse tratada de forma fragmentada, como disciplina, mas sim

de modo pragmático e contínuo, por meio de atividades (segundo um) tipo de ensino que deve contribuir para a formação de atitudes e aquisição de conhecimentos, de valores que condicionem os comportamentos dos alunos, estimulando-os a aprender e capacitando-os a tomar atitudes acertadas nesse campo” (BRASIL, 1974 *apud* BRASIL, 1998, p.258)

A fragmentação e a individualização da saúde na escola, assim como na sociedade, tornam-se cada vez mais acentuadas. Como podemos observar, há uma constante tensão da evolução da saúde escolar com práticas ora coletivas, ora individualistas. Mas nesse momento, há uma forte disposição para a perpetuação dessa segunda tendência. Góis Junior e Lovisolo defendem que esse fato se trata da defesa dos interesses do Capital. Para eles,

é certo que a tendência individualista tem maior apoio dos meios de comunicação, que por sua vez comercializam as ações de saúde vinculadas ao mundo dos negócios (venda de equipamentos, vestimentas, produtos alimentares, entre outros). A intervenção sobre as condições sociais dificilmente pode ser transformada em oportunidades de lucro para as empresas e, portanto, em anunciantes para a mídia. (GÓIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H. R., 2013, p.44)

2.11 DISCURSO OFICIAL X PRÁTICA SOCIAL

As eleições de 15 de novembro de 1974, com a vitória expressiva do então MDB fazendo 16 das 21 cadeiras de senador em disputa, expressam as insatisfações populares com o regime. As oposições estão mais organizadas e fortalecidas. O campo da saúde está marcado por altos índices de mortalidade infantil e epidemias, como a de meningite. O fim do milagre brasileiro determina uma nova conjuntura econômica, política e social. O momento, assim, exigia novas formas de intervenção social. O discurso oficial incorpora a participação comunitária. (MELO, 1981, p.38-39)

Em 1975, cria-se o Sistema Nacional de Saúde. Esse sistema delegava a prevenção das doenças ao Ministério da Saúde enquanto o tratamento curativo ao Ministério da Previdência. No entanto, os recursos foram destinados para o

ministério da Previdência em detrimento do Ministério da Saúde, corroborando para a consolidação de uma visão curativa e biologicista da saúde.

Em 1977, o Conselho Federal de Educação reafirma a posição de que os Programas de Saúde não devem ser encarados como uma matéria ou disciplina, mas como uma “preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola”, devendo ser trabalhados “por meio de uma correlação dos diversos componentes curriculares, especialmente Ciências, Estudos Sociais e Educação Física”.

No entanto, como aponta Lomônaco (2004) e Brasil (1998) houve uma incorporação dos temas da saúde nos currículos existentes. Criou-se a disciplina Programa de Saúde sob a responsabilidade do professor de ciências enquanto a Prática de Saúde (ou Projeto de Saúde Escolar) cabia aos técnicos de saúde. “Pouco se caminhou para romper com a tendência de restringir essa abordagem aos aspectos informativos e exclusivamente biológicos”. (BRASIL, 1998, p.258)

Ao longo dos anos de 1970 e 1980, no cotidiano escolar, a saúde foi se consolidando na temática das Ciências Naturais, em descompasso com as regulamentações governamentais.

A assistência médica e odontológica também caracterizavam as políticas públicas desse período, mas na prática cotidiana não foi bem assim. Penin (1889) em sua pesquisa sobre o fracasso escolar descreve quatro escolas públicas da capital paulista por meio do qual pode detectar alguns profissionais ligados à saúde atuando nessas instituições ao longo da década de 1970 e início da década de 1980. Em uma das escolas, mais bem estruturada e próxima ao centro, havia a coordenadora de saúde. Na descrição de uma escola de periferia, no entanto, encontra-se a seguinte declaração:

a falta de orientadora educacional, médico e dentista numa escola como esta atestava a falência das pretensões do sistema em prover as escolas mais necessitadas com especialistas e serviços assistenciais aos alunos... (PENIN, 1989, p.71)

Outra escola, na descrição de Penin, contava com um gabinete dentário, mas o Estado não fornecia material dentário em quantidade suficiente. O próprio dentista sugeriu, então, que os alunos economicamente não carentes pagassem

uma taxa que permitisse comprar mais material. A quarta e última escola também contava com um consultório dentário no qual o dentista estava todos os dias e atendia inclusive os casos de dores de cabeça dos alunos.

2.12 UM NOVO OLHAR PARA A SAÚDE ESCOLAR

Ainda na década de 1970, conforme Silveira (2000), é possível observar que os ideais da promoção da saúde começam a influenciar a escola, motivação oriunda do enfraquecimento da crença nas abordagens em saúde centradas exclusivamente no indivíduo.

Essa autora destaca a preocupação de educadores em propiciar de alguma forma essa superação paradigmática quanto à maneira de melhorar as condições de vida de uma sociedade. Para ela,

o tema recorrente de inúmeras reuniões de educadores foi sempre a definição de estratégias que permitam às escolas criar as circunstâncias necessárias para iniciar o processo social e político gerados de mudanças necessárias à melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Tratava-se, portanto, de resolver um histórico dilema: envolver efetivamente a escola na promoção de saúde, sem cair, mais uma vez, no engodo de considerá-la como a redentora das condições sócio-econômico-culturais que determinam o nível de qualidade de vida de uma comunidade. (SILVEIRA, 2000, p.12)

É dentro desse contexto que ocorre o fortalecimento do conceito da promoção da saúde na esfera escolar. Os dois movimentos, promoção da saúde e educação, se unem a fim de empoderar os cidadãos para uma atuação decisiva na conquista de melhores condições de vida.

Durante algum tempo, a educação em saúde na escola centrou a sua ação nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, levar em conta as inúmeras influências provenientes da realidade na qual as crianças estavam inseridas. Aos poucos, foi-se conscientizando sobre a potencialidade das escolas em promover a saúde das crianças e dos jovens, o que não dependia apenas do ensino da saúde no currículo. As escolas passaram a ser vistas, com potentes locais para a Promoção da Saúde e para o desenvolvimento de

outras ações, que podem e devem ser realizadas, para proteger e melhorar a saúde e o meio ambiente da comunidade escolar como um todo. ¹⁵ (PELICIONE, s.d., p. 44)

2.13 SAÚDE COMO UM TEMA TRANSVERSAL

Um novo marco legislativo para a saúde na escola, no que tange a educação em saúde, surge no ano de 1996. A Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que dispõe sobre as diretrizes e bases da educação, dedica-se com intensidade à questão da saúde na escola.

O pano de fundo no plano internacional é Declaração Mundial sobre Educação para Todos, elaborada na Conferência de Jomtien, realizada na Tailândia em 1990. Nessa conferência, os países membros da UNESCO firmaram o compromisso de garantir a educação básica para todos. Adicionalmente, em 1995, uma comissão da UNESCO, apresenta o “Relatório Jacques Delors: Educação – um tesouro a descobrir”, cujo teor era apontar os elementos necessários para a “educação do século XXI”. Esse relatório propunha a inserção de conteúdos sociais no currículo, não na forma de disciplina, uma vez que considerou a grade escolar sobrecarregada, mas de forma a oportunizar a formação de uma cultura pessoal, valorizando a experiência.

Com essa base, é promulgada a nova Lei de Diretrizes e Bases que dispõe a organização curricular para o ensino fundamental e médio através dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). O sistema educacional, assim, deve propor uma prática educativa adequada às necessidades sociais, políticas, econômicas e culturais da realidade brasileira, considerando os interesses e as motivações dos alunos. Dessa forma, a legislação supõe garantir as aprendizagens essenciais para a formação de cidadãos autônomos, críticos e participativos. (BRASIL, 1998)

A questão da cidadania é colocada como "eixo vertebrador da educação escolar". Os temas transversais são, então, incluídos, seguindo a proposta do

¹⁵ A questão da promoção da saúde nas escolas é propriamente tratada no capítulo 1.

relatório Jacques Delors. Além da Saúde, os temas como Ética, Meio Ambiente, Pluralidade Cultural, Orientação Sexual, Trabalho e Consumo, fazem parte dos assuntos a serem incluídos no currículo escolar. (BRASIL, 1998)

Nos PCNs é enfática uma preocupação já existente desde a Resolução do CFE de 1974 supracitada. A diretriz não perpassa a criação de disciplinas, mas a abordagem de forma transversal em todas as áreas preexistentes. Essa questão parece ser uma dificuldade histórica.

“pretende-se que esses temas integrem as áreas convencionais de forma a estarem presentes em todas elas, relacionando-as às questões da atualidade e que sejam orientadores também do convívio escolar” (BRASIL, 1998, p. 27).

A proposta de tratar o tema sobre saúde de uma perspectiva socioeconômica e cultural traz a impressão que há uma ruptura com os sistemas antigos de abordar a educação para a saúde na escola. Inclusive verifica-se no documento referido, uma postura crítica sobre a visão simplista que até então o ensino de saúde assumiu.

2.14 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Outro importante marco regulatório na interface Saúde e Educação no século XXI é o decreto presidencial nº. 6.286 de 05 de dezembro de 2007 que institui, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE). Trata-se de uma política intersetorial - entre os Ministérios da Saúde e da Educação - na perspectiva da prevenção, promoção e atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico.

Observa-se nesse documento a linha axiomática dos ideais da promoção de saúde da OMS, assim como do programa Escolas Promotoras de Saúde da OPAS. Nesse sentido, a descrição dos objetivos do programa reflete essas ideias.

Art. 2º São 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, 2007)

Outro importante ponto a ser destacado desse marco regulatório são as ações em saúde, as quais devem considerar a atenção, promoção, prevenção e assistência. Observa-se, conseqüentemente, uma tendência à adequação dos princípios dos programas internacionais supracitados à atual situação de saúde no Brasil marcada pela fragmentação, burocracia e ênfase terapêutica. A escola novamente é afirmada como espaço privilegiado para as ações propostas, que são realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e profissionais de educação.

.....

A importação de ideias europeias quanto ao modelo de “civilização” adotado no processo de desenvolvimento das grandes cidades industriais daquele continente, aplicou-se à política de tutelarização moral e intelectual das classes mais pobres praticadas no Brasil. Nesse processo, a escola pública e gratuita foi reconhecida como de grande utilidade para o projeto de disciplinização higiênica.

No decorrer dessa trajetória, surgem projetos que se diferenciam das práticas higienistas até então hegemônicas. Esses programas buscavam tratar a educação e saúde de maneira articulada e com uma perspectiva social mais de acordo com as demandas populares. É importante ressaltar, no entanto, que nesse

processo histórico concreto, contradições e equívocos permaneceram, muitos dos quais persistentes até hoje. (ANTUNES, 2009, p.44)

Mesmo havendo mudanças no teor das disposições sobre os temas de saúde na escola na nova legislação de ensino, isso não garante que na prática pedagógica dos professores, o teor das informações veiculadas sobre a educação para a saúde ou ações em saúde tenham sofrido mudanças. Esse fato gera a pergunta desse trabalho, que gira em torno da questão sobre de que forma (como, onde, quando, quem) a saúde está presente no cotidiano escolar.

Assim, busco responder essa problemática articulando a análise de condições objetivas com a representação de docentes sobre o tema. No capítulo seguinte, apresento, então, em três seções, os resultados obtidos para cada um desses eixos.

3 NOSSA ESCOLA E SEU COTIDIANO

Nesse capítulo apresentarei os resultados alcançados a partir de cada um dos eixos propostos, a saber: condições objetivas - constituem a primeira seção; representações - constituem a segunda seção; e, então, buscarei articular esses dois eixos na terceira seção.

3.1 A ESCOLA E SEU TEXTO SOCIAL

Divido as visitas à escola em dois momentos. O primeiro, no final do ano de 2012, nos meses de novembro e dezembro, e o segundo momento, nos meses de março e abril de 2013.

Como explicitado no capítulo referente à metodologia, apresento os resultados colhidos a partir de uma perspectiva lefebvriana seguindo o conceito de campo social, ou seja, independente de qualquer verbalização, o campo é capaz de falar por si. Sendo assim, segue a descrição das condições objetivas da escola sob essa perspectiva.

3.1.1 O entorno

Nossa escola¹⁶ localiza-se em Ribeirão Pires, município do estado de São Paulo, na região do Grande ABC. “Vila Verde¹⁷” está incrustada na Mata Atlântica, vegetação marcante no entorno da nossa escola, que está em uma região limítrofe entre o município de Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

¹⁶ Adotarei essa nomenclatura para a escola pesquisada a fim de preservar a identidade dos entrevistados.

¹⁷ Nome fictício para o bairro onde se localiza a escola.

A região de Ribeirão Pires na década de 1970, decorrente da grande expansão industrial da região do ABC, sofreu um acentuado processo de favelização das periferias. Apesar da Lei Estadual de Proteção aos Mananciais aprovada em 1976 fornecer mecanismos para a preservação dessas áreas, o remanejamento de loteamentos já estabelecidos assim como a fiscalização de novas iniciativas tornaram-se difíceis.¹⁸

Nesse contexto está o nosso bairro, Vila Verde, que ao longo do tempo foi adquirindo infraestrutura e casas maiores nesse recôndito da mata. Hoje, o entorno da nossa escola é caracterizado por ruas pavimentadas, alternância de casas grandes e bem acabadas com casas pequenas de tijolos expostos. Com o belo verde, contrasta o acúmulo de lixo nas redondezas. O bairro vizinho, do outro município, no entanto, é notadamente mais carente de infraestrutura e de recursos econômicos.

Nossa escola está localizada em uma viela, no cume de um morro e o acesso se dá por uma íngreme subida que torna a rua pouco movimentada. Os únicos vizinhos da escola são a densa mata e as cigarras que cantam forte.

3.1.2 Situação institucional

Nossa escola pertence à rede estadual. Suas atividades remontam a 1982, mas sua data oficial de inauguração é 19 de março de 1984, quando passou a funcionar no atual endereço. Oferece ensino do primeiro ano ao nono ano e ensino médio. O Ideb¹⁹ do ciclo inicial (até 5º ano) está em evolução, enquanto do ciclo final (até 9º ano) apresentou considerável queda. Esses dados podem ser observados nas tabelas a seguir.

¹⁸ Mais informações sobre a história do município podem ser obtidas na página eletrônica <http://www.historiaearte.net/ribeirao/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=28&Itemid=70>, acesso em 15/03/2013.

¹⁹ O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb). O indicador é calculado com base no fluxo escolar e médias de desempenho dos estudantes nas avaliações. Os dados sobre a aprovação escolar são obtidos no Censo Escolar, e as médias de desempenho nas avaliações do Inep no o Saeb – para as unidades da federação e para o país, e na Prova Brasil – para os municípios.

Tabela 1 Evolução do Ideb de 2007 a 2011, referente ao 5º ano.

Ideb alcançado		
2007	2009	2011
4.4	4.9	5.6

Fonte: INEP

Tabela 2 Metas projetadas para o Ideb da nossa escola referente ao 5º ano.

Metas Projetadas para o Ideb							
2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
	4.6	5.0	5.2	5.5	5.8	6.0	6.3

Fonte: INEP

Tabela 3 Evolução do Ideb de 2007 a 2011, referente ao 9º ano.

Ideb alcançado		
2007	2009	2011
3.9	4.6	4.0

Fonte: INEP

Tabela 4 Metas projetadas para o Ideb da nossa escola referente ao 9º ano.

Metas Projetadas							
2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
	4.0	4.2	4.6	4.9	5.2	5.4	5.7

Fonte: INEP

Além de um Ideb em evolução, as tabelas acima mostram que esse índice alcançado pelo quinto ano em 2009 e 2011 superou a meta estabelecida pelo governo, o que indica que a qualidade de ensino da nossa escola está acima do esperado considerando-se esse ciclo de ensino. O índice da nossa escola (5.6) está acima do índice nacional (5.1), do índice estadual (5.4), mas abaixo do municipal, que nessa avaliação chegou ao índice de referência (6.0).

Considerando-se os anos finais, o Ideb da nossa escola é 4.0, 5% abaixo da meta de 4.2 estabelecida para o ano de 2011, evidenciando uma tendência de queda, contrária à tendência de alta dos dados nacionais, estaduais e municipais como podemos ver no gráfico a seguir.



Gráfico 1 Evolução do Ideb da nossa escola em comparação com os dados nacionais, estaduais e municipais para os anos finais. (Fonte: portalideb.com.br)

A observação desses dados é importante nessa pesquisa, pois auxilia na apreensão da realidade da nossa escola. Assim, em estudos posteriores será possível a comparação desses dados com outras escolas a fim de detectar variáveis para pesquisas. Nesse momento, cabe verificar que nossa escola, apesar de um retrocesso no Ideb dos anos finais em 2011, em geral, pode ser classificada como uma boa escola. Obteve índices acima do esperado nos anos iniciais, superando as médias nacionais e estaduais e encontra-se, desde 2010, ano de posse da nova direção, em um processo de reestruturação. Como veremos a seguir, o período que antecedeu essa data foi marcado por sucessivas mudanças na direção da escola, o que pode estar relacionado ao retrocesso no Ideb dos anos finais.

3.1.3 O momento institucional

O momento institucional da escola refere-se à observação realizada no período das visitas. Não é possível desvinculá-lo, no entanto, de seu contexto histórico, o qual também é apresentado.

Nossa escola atende uma clientela heterogênea. A grande maioria provém de famílias de baixa renda, apresentando dificuldades socioeconômicas, o que gera uma grande porcentagem de mães que trabalham fora, além da existência de

crianças provenientes de família cujos pais são separados. Esse fato pode ser o gerador de uma novidade na interface saúde-educação e será apresentado na seção 3.

A questão da religião das famílias foi apontada em uma das entrevistas, como uma questão peculiar naquela localidade. Há um número muito grande de pentecostais²⁰ nas comunidades vizinhas, em especial a mais carente que compõe a maioria dos alunos da escola. Isso será uma questão muito importante nesse trabalho e será mais bem desenvolvida na terceira seção desse capítulo.

A expectativa da maioria dos pais quanto à escolaridade dos filhos se restringe a preparação para o mercado de trabalho e geralmente dá-se continuidade aos estudos com cursos profissionalizantes, seja no SENAI, SENAC, dentre outros.

A escola é desvalorizada pelo bairro. Histórico de roubos, depredações e mudanças frequentes da direção e do corpo docente, levam as famílias residentes na parte mais provida de meios econômicos a escolher escolas com uma estrutura física melhor. Assim, boa parte dos alunos que deveriam estudar na unidade é matriculada em escolas situadas em bairros bem próximos, as quais oferecem os mesmo segmentos de ensino. Essas escolas, aos olhos dos pais, possuem características que são primordiais para a segurança de seus filhos. Por outro lado, a população do bairro do município vizinho, mais carente, estuda na nossa escola.

Analisando-se o histórico dos gestores da instituição, podemos observar a grande variação. Considerando-se o cargo de diretor, de 1982, ano de início das atividades, até o ano de 2010, ano de posse da atual diretora, foram 22 diretores, entre efetivos, substitutos e substitutos dos substitutos. O período mais longo foi o de um assistente de direção nomeado em 1990 que respondeu pela direção até seu falecimento em 1998, sem, no entanto, ser nomeado diretor efetivo.

A atual diretora é outro caso de gestão duradoura. Assumiu a escola em 2010 e permanece até o momento dessa pesquisa. Trata-se de uma educadora dedicada. Tem se esforçado para recuperar a confiança da comunidade através de uma aproximação com a associação do bairro. Tem uma excelente formação

²⁰ Grupo religioso evangélico de grande alcance das classes de baixa renda e pouca escolaridade. Trata-se de um movimento heterodoxo, mas os diversos eixos teológicos convergem na ênfase às rígidas normas morais e éticas.

pedagógica, com mestrado em educação. Deixa evidente sua preocupação com a educação ao cuidar de detalhes mínimos, como o impecável plano de ação, que, por sinal, foi elogiadíssimo pela nova vice-diretora que assumira o cargo havia 40 dias, quando do segundo momento de minhas visitas. A coordenadora pedagógica é outra educadora dedicada, atenciosa e prestativa. Não mediu esforços no apoio ao desenvolvimento dessa pesquisa.

A rotatividade do corpo docente é acentuada. No primeiro momento de entrevistas, os professores abordados estavam, no máximo, há um ano na escola. Do período entre o primeiro e o segundo momento de visitas, a escola perdeu um professor (o mais novo) e trocou de vice-diretora. Sem falar de outros funcionários, como o caso da merendeira. Os alunos estavam sem merenda porque a funcionária responsável estava de licença e não havia substituta.

Quando apontei na descrição das condições objetivas o elemento relacionamentos humanos, não poderia supor que a rotatividade dos professores seria uma questão importante na interface estudada. No entanto, a superficialidade dos relacionamentos decorrente desse processo merece ser considerada. Veremos mais adiante como essa relação é importante quando se considera a Saúde. Nesse momento, ficamos com a conclusão de que essa relação é marcada por relacionamentos superficiais.

Um caso de resistência à cristalização do cotidiano (cotidianidade) da escola é o da professora de Biologia. É um caso diferenciado dos demais. Ela está na escola há cinco anos. Tem a amizade dos alunos (o que para ela é confuso em alguns momentos) e a confiança dos pais. Assim, ela pode tocar em questões que outros não conseguem, como sexualidade.

O início do ano, em geral, foi bem turbulento para nossa escola. Além dos casos supracitados da perda de professor e licença sem substituição de funcionários, o quadro de professores ainda não estava completo. A nova vice-diretora reclamava da falta de professores de algumas disciplinas, além da ausência dos professores às aulas. O corre-corre de um dos dias que estive na escola no turno noturno era para entrar em contato com outros professores para adiantarem suas aulas, já que uma professora com cinco tempos de aula naquele dia havia faltado.

A biblioteca recém-organizada pelo professor de História, que acabara de ser perdido, tinha uma nova função: servir de sala de aula, já que um desarranjo com a coordenadoria regional ameaçava acabar com o ensino médio na escola. Isso gerou essa medida emergencial.

Uma boa notícia, no entanto, nesse início de ano foi a disponibilização de transporte escolar para os alunos que residem a mais de 500 metros da escola o que facilitou o acesso à nossa escola nas alturas da Serra do Mar.

3.1.4 Instalações

Nossa escola tem instalações simples, aparentam um desgaste pelo tempo, mas não há sinais de depredação. Há um prédio de dois andares composto no primeiro andar por secretaria, sala da coordenação e direção, sala dos professores, salas de aula, sanitários, cozinha e refeitório. No segundo andar há uma biblioteca recentemente organizada, laboratório de informática, sanitários e salas de aula.

Quanto à acessibilidade, nossa escola assim como suas dependências não tem acesso aos portadores de deficiência. O terreno da escola dificulta muito a acessibilidade uma vez que a rua de acesso é extremamente íngreme e a escola está no cume do morro. A entrada fica em um plano mais elevado onde há uma área para estacionamento dos funcionários e uma quadra de esportes, não coberta. O acesso ao prédio da escola se dá por pequenas escadas. As escadas externas não tem corrimão e não há rampas.

A preocupação com a segurança é acentuada. As salas, onde há aparelhos caros como computadores, são protegidas com grades resistentes e cadeados. Todas as janelas da escola são protegidas com grades.

3.2 SUBJETIVIDADE DOCENTE

A análise das representações dos professores constitui importante aspecto desse trabalho. Primeiro porque elas não explicam a obra em si, no nosso caso a realidade concreta da saúde no cotidiano da escola, mas ajudam a esclarecê-la.

As representações podem não ser verbalizadas no discurso, mas subsidiam a práxis do sujeito. Assim, nesse estudo, a fim de detectar essas representações, parto não apenas das entrevistas, mas da observação e do confronto com a práxis. Ao apontar uma representação, não tenho a pretensão de tratá-la como verdade ou erro. Considerando-se a lógica dialética, não há afirmações absolutamente verdadeiras ou absolutamente falsas. “Verdade e erro estão em interação dialética. Convertem-se um no outro. Transformam-se. É por isso que podemos conquistar novas verdades e tender para a verdade objetiva, através de verdades parciais e aproximativas, através dos erros momentâneos”. (LEFEBVRE, 1983, p.97)

3.2.1 Da Coordenadora

O objetivo original da entrevista com a direção era fazer um levantamento inicial do meu objeto de estudo e verificar meu questionário. Não imaginava que questões tão ricas já surgiriam nesse primeiro momento, o que se deve à grande confiança que a direção da escola depositou em mim.

Destaco “a direção” porque inicialmente essa entrevista seria dirigida à diretora. Esta, no entanto, convidou a vice-diretora e a coordenadora para participarem do nosso bate-papo. Isso gerou uma riqueza imensa para a entrevista, logo a mantive como importante material dessa pesquisa.

Apresento abaixo, então, algumas representações da coordenadora que pude identificar ao longo da pesquisa. Outros pontos da entrevista, em geral, realizada com as três docentes, serão abordados na terceira seção desse capítulo.

Saúde não é nossa responsabilidade

Há unanimidade em torno da importância do tema saúde na escola. A diretoria entende que é uma questão essencial e deve ser trabalhada na escola. A responsabilidade pela execução das “atividades” em saúde, no entanto, não tem a

mesma unanimidade. Para a direção/coordenação é do governo e da família. A expressão é categórica: “Mas já fazemos tanta coisa...” É verdade! Deparei-me nesse poucos dias com professores super ocupados. Reuniões, documentos, mais reuniões, sala de aula, mais reuniões, atendimento aos pais, atendimento ao aluno, e mais reuniões. A fragmentação e burocratização do cotidiano escolar delegam aos professores uma infinidade de responsabilidades. A reação natural é entender, que mesmo essencial, a tarefa de promover Saúde não cabe a eles. Assim, a primeira representação da coordenadora que destaco trata da ausência do senso de responsabilidade legal sobre as questões de saúde na escola.

Crianças atentas são saudáveis

A questão da atenção é recorrente no discurso da coordenadora. Para ela, a saúde é fundamental para que uma criança mantenha-se atenta na aula. O não atento é estigmatizado como não saudável, ou seja, hiperativo.

Se as crianças tiverem saúde o desempenho dela vai ser bom. Se ela não tiver bem de saúde, alguma deficiência... sentindo algo, por algum motivo, ela não vai estar 100% atenta.

O “problema” da hiperatividade é considerado pela coordenadora como um importante fator de baixo desempenho das crianças. Em decorrência, há concordância e relatos positivos do uso de medicamentos no tratamento da patologia. Em casos nos quais a medicação não é utilizada, a coordenadora descreve a técnica utilizada com a criança hiperativa em sala de aula.

COORDENADORA: A criança hiperativa tem que estar no meio, porque nas laterais ela vai se desviar com mais facilidade e no meio da sala ela vai ter uma concentração de pessoas onde ela não vai se dispersar com facilidade. Eu não consigo explicar como funciona.

PESQUISADOR: Então a criança hiperativa no centro, no meio da sala?

COORDENADORA: No centro da sala

PESQUISADOR: concentra mais?

COORDENADORA: Concentra mais e consegue até produzir.

A hiperatividade, então, é considerada como uma importante patologia pela coordenadora e deve ser tratada com medicação ou com técnicas de trabalho em sala de aula. A criança atenta, por outro lado, é considerada saudável.

Escola não é lugar pra falar de sexo

A despeito do discurso da importância da abordagem da sexualidade na escola, a temática, na prática, não agrada à coordenação da nossa escola. Trata-se de um tema “um pouco restrito” devido às exigências da comunidade. Em um primeiro momento, a explicação pode se justificar. No entanto, investigando a questão com outros professores, identifiquei que a comunidade apoia a abordagem do tema. Logo, “um tema um pouco restrito” soa como um eufemismo de um tema não desejado. É considerado, assim, um tema a ser tratado pela família.

3.2.2 Da Professora de Ciências

Na entrevista com a professora de Ciências foi marcante a influência que o biologicismo traz às representações dessa docente. Uma noção ampla de saúde é observada em seu discurso, mas ranços da concepção biomédica são bem presentes como a ênfase na microbiologia, na higiene, no comportamento e no individualismo. A seguir, destaco, então, algumas representações que pude identificar.

Saúde é uma questão individual

O conceito de saúde defendido pela OMS está amplamente difundido em sua concepção original, ou seja, um estado de completo bem-estar físico, social e emocional. Os novos avanços nesse conceito ainda não foram assimilados pelos docentes. Ela considera a questão da indisciplina e do “relacionamento social” (comportamento social) como importantes problemas de saúde, ao mesmo tempo em que enfatiza a importância da higiene. Tanto na questão da indisciplina, do comportamento e da higiene é marcante a ênfase individualista.

A gente tá tendo muita dificuldade com a indisciplina no aluno. (...) mexe com a saúde do professor e a própria saúde do aluno, o aluno sofre *bullying*, esse tipos de coisas, então a coisa tem que ser trabalhada sim, tanto na questão da higiene mesmo como na convivência social com os outros colegas.

O individualismo, marcante no pensamento sanitarista, está presente nas representações dessa professora. Fica claro que, embora cite no discurso um conceito amplo de saúde, para ela “os alunos, hoje em dia, (...) estão descomprometidos”. Ela ainda enfatiza: “eles estão, entendeu?”.

3.2.3 Da Professora de Educação Física

A entrevista com a professora de Educação Física foi a mais intrigante, pois ficou clara a divergência entre discurso e prática. O conceito de saúde é aquele amplamente divulgado pela OMS, com destaque para a importância da Educação Física na promoção da saúde conscientizando o educando sobre os direitos e deveres do cidadão. No entanto, fica claro que há uma dependência do “caderno do Estado” e às exigências próprias da disciplina. O que fugir da cotidianidade é considerado heterólogo.

Meu papel é cumprir minha obrigação e cair fora

No discurso dessa professora, abordar saúde na escola também é fundamental, mas quando aprofundamos na análise é possível perceber um grande afastamento da questão, uma vez que ela transfere essa responsabilidade para a família. Ela não articula a saúde como uma de suas obrigações, mas do aluno. Ela percebe que poderia contribuir, mas pra quê? “Tem a família lá”.

A gente ensina, ensina, mas é difícil. Tem uns também que não querem. Assim... levar...Eu acho que... assim... isso entra muito na alimentação deles, porque tudo hoje em dia, tá bem mais, né, no fast food aí, não é? Nos enlatados? É gostoso, então a gente fala, a gente passa, mas.... pra eles seguirem direitinho é meio complicado.

Assim, para essa professora o principal problema em saúde na escola é a alimentação dos alunos do lado de fora. Cabe a ela conscientizar, mas o insucesso é culpa do aluno, ele é desinteressado. Quanto à proposta da professora de conscientizar, eu não consigo conceber um caminho que não passe pelo desvelar da realidade, do bairro, do entorno, mas isso é muito perigoso para ela.

Eu creio muito na, que eu te falo, assim, a minha visão é conscientizar. Eu acho que sim. Lógico que a gente sempre conscientiza, fala do meio ambiente, pra não sujar, pra não jogar, né? Mas aí também tem a família lá, a estrutura da família. E fora da escola é complicado, né? Que nem você viu... assim, eu não moro por aqui. Então, você falou que andou pela redondeza aí... eu nem ando... porque eu só subo a rua e depois já desço e vou embora [risos]. Nunca passei por aí.

3.2.4 Do Professor de História

Não é fácil detectar representações nesse professor. Afinal, ele está no magistério há menos de um ano. Teria ele já apreendido as representações sociais do campo? Seria ele realmente um legítimo representante de uma nova geração de docentes oriundos da escola pública e por isso comprometido com a mudança?

Os professores antigos não estão engajados com a causa

É marcante nesse discurso que o Estado faz a sua parte, o problema são os professores. O exemplo do celular é bem interessante. Para ele, proibir o uso do celular em sala é coisa do passado.

Nós estamos em um mundo de comunicação, nós estamos em um mundo onde estamos acostumados a fazer três, quatro coisas ao mesmo tempo. [Ter que proibir o uso do celular em aula] (...) é algo imposto, mesmo pra nossa nova geração de docentes, por outra [geração], que infelizmente ainda ocupa a maior parte e ainda vai continuar ocupando. Nos cursos de licenciatura são raros os jovens que se inscrevem, normalmente são pessoas de mais idade, que não tem essa visão tão libertadora da educação.

Ficou marcante na entrevista com esse professor que há um confronto de gerações no magistério, principalmente quando os assuntos são tecnologia e temas

conservadores. Na opinião desse professor, a falha atual na promoção da saúde na escola é resultante do preconceito dessa geração mais antiga com temas como a sexualidade. Segue o relato.

Bom, eu acho que não é tanto uma dificuldade de material. Material vem, materiais excelentes que, na minha opinião, são fantástico. Mas existe um preconceito por parte do corpo docente, onde não se trabalha a questão de saúde. Muitas vezes o corpo docente entende que saúde como que cuidar do corpo é uma questão da família, e exclui o sistema da sala de aula, então você não tem um trabalho geral no âmbito escolar inteiro.

3.2.5 Da Professora de Biologia

Esse caso torna-se muito importante nessa pesquisa, pois é um exemplo de resistência à cotidianidade por uma professora que está na nossa escola há cinco anos. A entrevista realizada com essa docente ajudou a desvelar algumas representações quanto à abordagem sobre sexualidade, pois derrubou justificativas apresentadas nos discursos anteriores, conforme 3.3. Quanto às representações, destaco aquela que identifica o professor como o agente principal da promoção da saúde na escola.

O professor tem que chegar, mandar e fazer.

Diante de tanta passividade, um discurso ativo como esse pode parecer discrepante. E realmente o é. Para essa professora, os docentes estão, em geral, presos aos “parâmetros” do governo. Ela defende, por outro lado, uma postura ativa (chegar, mandar e fazer), na qual os professores, mesmo em situações limitantes, devem se esforçar lançando mão da criatividade. Eis como ela apresenta o problema.

(...) se a gente for ver saúde aqui na escola, você vai trabalhar alguns temas que são solicitados pelo governo. Só que eu vejo hoje não só aqui, mas que os professores estão muito restritos, sabe? Eles são assim. A apostila está pedindo A, B, e C eu vou dar A, B e C. Não está se interessando em trazer um filme, ler um jornal, está só naquele ovinho e isso acaba atrapalhando a educação.

Vejamos um trecho do discurso sobre como as aulas são direcionadas conforme a apostila do estado.

Eles acham que saúde é aquele negócio restrito mesmo. Olha, você vai falar o que a Organização Mundial da Saúde manda, você manda ele [aluno] procurar no dicionário o que significa saúde, aí você vai dar o nome de umas doenças, vai perguntar quais são os sintomas e meios de transmissão e acabou. Aí você vai dar uma avaliaçãozinha, que vai ter um desenhinho, e na apostila vai ter um desenho e ele vai ter que correlacionar o desenho e escrever uma frase. É isso que o governo pede.

A proposta da professora é uma atitude que busca superar, em prol da educação, a inércia ou o conformismo de parte dos docentes, muito embora não haja um suporte estrutural ou mesmo institucional. Para ela, vale a criatividade e a iniciativa.

Esses dias eu ensinei eles a plantarem feijão. Aí, você fala é só plantar feijão. Mas os olhos das crianças brilhavam de um jeito. Você fala, eu só falei pra plantar um feijão, só que o governo mandou um desenho de um vaso e a pergunta era o que tem nesse vaso? Aí tinha um monte de setinha no desenho, eles só falavam o que tinha no desenho. Qual desses é o organismo vivo? Pra mim não é mais fácil falar, olha, vê aqui. Só estou fazendo a minha parte. Só que aí o que eu fiz. Nós vamos montar esse vaso. Então eles trouxeram tudo o que tinham na fotografia e nós descemos aqui pra essa parte [pátio da escola], montamos uma rodinha, eles plantaram, eles pegaram a minhoca na mão, eles viram que minhoca se mexe. Eles acharam aquilo lindo. A única diferença é que ao invés de eu demorar 5 minutos, demorei uma aula.

Entendo o pensamento dessa docente como uma rigorosa fidelidade à forte exortação do educador Paulo Freire, para quem, somos frequentemente tentados pelos desvios fáceis “a deixar as dificuldades que os caminhos verdadeiros podem nos colocar” (FREIRE, 2011b, p.34). Nesse sentido, ela assume uma postura ética e estética ao mostrar para aquelas crianças que as minhocas mexem, são seres vivos. Como nos ensinou o mestre Paulo Freire, “quem pensa certo está cansado de saber que as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem.” (FREIRE, 2011b., p.35). Concluo, então, a seção com a afirmativa da entrevistada.

Então, hoje tem que ter muita atitude do professor. O professor tem que ir lá, e dizer eu cheguei, eu mando e eu faço. Porque se você chega e fica obedecendo só aqueles parâmetros, você não vai em lugar nenhum.

3.3 ARTICULAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES OBJETIVAS E AS REPRESENTAÇÕES

Nas seções anteriores, apresentei os resultados obtidos nesse trabalho a partir dos dois eixos de estudo: análise das condições objetivas e estudo das representações. Nesse ponto, pretendo cruzar esses dados, fazendo a análise dos resultados obtidos até esse ponto a fim de esclarecer melhor a obra única aqui estudada: a interface saúde-educação na escola.

Entendo, baseado em LEFEBVRE (2008 a, b e c) e nos estudo de PENIN (1995 e 1999) que o estudo separado das representações ou das condições objetivas leva para conclusões enganosas. Além disso, “o sentido das representações é alcançado não só por seus próprios registros (pensamento, reflexão, discurso), mas também pelos fatos e práticas sociais dos sujeitos”. (PENIN, 1995, p.119)

Nesse sentido, essa pesquisa objetiva correlacionar esses dois eixos a fim de um estudo da vida cotidiana, intencionando uma aproximação à realidade social concreta. Aqui, busco pelas características da cotidianidade – homogeneidade, fragmentação e hierarquização do cotidiano -, assim como os fatores de resistência a ela²¹.

Diversas questões referentes ao estudo da saúde no cotidiano da escola surgiram nesse trabalho, algumas inesperadas, outras previstas. Busco apresentá-las a seguir, dialetizando as representações e as condições concretas, refletindo sobre a situação concreta da saúde na escola. Não há pretensões de apresentar respostas, mas perguntas. Assim, futuros trabalhos poderão dar continuidade no estudo intrigante da temática proposta aqui.

²¹ Sobre os sinais de cotidianidade e os fatores de resistência, ver seção 1.2.4.

3.3.1 Saúde? Fala com a professora de Ciências

O primeiro sinal de fragmentação da interface saúde-educação na escola tange o insucesso dos temas transversais. No cotidiano esse tipo de abordagem é falho, apesar da Portaria Interministerial 766/GM, de 17 de maio de 2001, para elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação - temas transversais Saúde e Orientação Sexual, que estabelece o pacto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para uma implementação integrada.

Durante a fase empírica desse trabalho, após informar os objetivos da pesquisa, solicitei que a direção e coordenação indicassem professores para serem entrevistados. A resposta imediata foi: a professora de ciências, de biologia e de educação física! A saúde, como tema transversal, não é circunscrita a essas disciplinas, embora caiba a elas o compromisso com o conhecimento acumulado nessas áreas. Parece-me que o tema transversal (“aquilo que o estado manda”) está sendo adaptado no cotidiano de modo que se encaixe na estrutura burocrática estabelecida para o ensino, ou seja, na grade curricular. Não é essa a proposta dos parâmetros curriculares nacionais (PCN). Vejamos como Aerts *et al* os apresenta.

Esses parâmetros apontam para a construção de uma nova cultura em que a saúde e a educação trabalhem com temas transversais – pluralidade cultural, ética, orientação sexual, cidadania, meio ambiente, trabalho, consumo – com base em situações concretas vivenciadas no cotidiano das populações. (AERTS *et al*, 2004, p.1022)

A partir dessa apresentação é possível detectar dois impedimentos para a não concretização dos PCN no cotidiano. O primeiro trata da exigência da formação de uma nova cultura. No entanto, nova cultura sem sensibilização, conscientização, nada mais é do que um nome bonito para uma imposição vertical que não “cola” no cotidiano fragmentado, burocratizado e homogeneizado. No sistema educacional brasileiro, no qual escola é sinônimo de grade curricular e disciplinas, os temas transversais não são responsabilidade de ninguém, logo não saem do papel.

O sucesso dos temas transversais na escola passa pelo docente e isso requer sensibilização. Cabe, nessa direção, uma citação de Paulo Freire sobre o ser docente e sua responsabilidade com a superação das injustiças sociais.

Nós somos militantes políticos porque somos professores e professoras. Nossa tarefa não se esgota no ensino da matemática, da geografia, da sintaxe, da história. Implicando a seriedade e a competência com que ensinemos esses conteúdos, nossa tarefa exige o nosso compromisso e engajamento em favor da superação das injustiças sociais. (FREIRE, 1982, p.27)

Nesse sentido, um dos professores entrevistados, recém-formado, faz um desabafo diante de colegas que parecem ter perdido o zelo com esse compromisso e engajamento docente depois de anos de profissão.

Na minha visão de escola, não é a disciplina como disciplina. Eu acho que o professor.... Por mais que eu seja professor de história, minha obrigação não é só com a história. Eu tenho obrigação muito maior, eu tenho obrigação de pensar no corpo social. Não só minha obrigação, é obrigação também do professor que leciona matemática, professor que leciona qualquer matéria, pensar no corpo social, pensar como sociedade, pensar no que é útil, pensar como ensinar, como se relacionar, como ter um conteúdo de atitude.

O segundo impedimento que destaco é a dificuldade para a apreensão de situações concretas em um sistema marcado pela rotatividade e relações superficiais. Como conhecer a necessidade dos meus alunos se não há diálogo? Onde e com quem moram? Quais os problemas que eles enfrentam todos os dias fora da escola? O que fazem quando saem da escola? São perguntas que nesse estudo me pareceram cada vez mais sem sentido para parte do magistério.²²

Diante dessa realidade surgem diversos questionamentos. Quais os mecanismos de manutenção e repercussão dessas barreiras? Como a formação docente tem abordado os temas transversais? Como romper com a fragmentação do ensino formal em prol de uma educação libertadora?

²² Sobre essa segunda barreira, dos relacionamentos superficiais, voltarei a abordar no tema da afetividade, na seção 3.3.7.

3.3.2 Eu só vejo a sala de aula!

Apesar do discurso de que o professor deve ter uma relação de proximidade com o aluno, numa relação que vá além da sala de aula, percebe-se, no cotidiano, que o professor se reconhece responsável apenas pela sua sala de aula. Vejamos a resposta da professora de Ciências sobre se a escola faz controle da carteira de vacinação.

O que eu posso te falar é em relação ao conteúdo mesmo. Essa parte.... Eu trabalho é em sala de aula, né?

O relato da professora de Educação Física evidencia ainda mais os sinais de afastamento ou enfraquecimento da relação de professor-aluno ao mostrar desinteresse pela região onde esses alunos vivem, apesar de seu discurso estar baseado na conscientização.

E fora da escola é complicado, né? Que nem você viu... assim, eu não moro por aqui. Então, você falou que andou pela redondeza ai.... eu nem ando... porque eu só subo a rua e depois já desço e vou embora [risos]. Nunca passei por ai.

As várias jornadas de trabalho que o/a docente precisa se submeter nesse sistema educacional capitalista ou moderno, condiciona o professor a uma obrigação: a sala de aula. A falta de interesse por uma relação mais abrangente entre a escola, o aluno e a família parece ser uma tendência na nossa escola. Esse processo, no entanto, é compreensível e é subsidiado pela fragmentação característica do sistema escolar, como defende Penin.

Deixar de entender a escola como empresa, burocraticamente organizada (fragmentada), pode ser um primeiro passo para voltarmos aos objetivos originais da escola, impedindo a programação improdutiva do cotidiano escolar e resistindo à cotidianidade. (PENIN, 1989, p.98)

A área verde na qual nossa escola está inserida poderia ser uma grande sala de aula. Poderia....

3.3.3 Eu sei o que é saúde, e daí?

É comum encontrar em trabalhos mais antigo sobre a concepção de professores acerca da saúde uma definição baseada no eixo ausência de doenças, como “saúde é não ficar doente”; “saúde é o estado de não apresentar doença”; “um indivíduo saudável é aquele que não apresenta qualquer doença”. Essa persistência foi notada por Grynszpan (1999) em seu estudo com professores do ensino básico de alguns municípios brasileiros com diferentes perfis. Em seu trabalho, embora o paradigma da promoção da saúde já ser preponderante na academia desde 1986, cerca de 25% dos professores tinham concepções centradas no enfoque etiopatológico: “as doenças são causadas por vermes e bactérias”; “os insetos e os micróbios são os causadores das enfermidades”.

Resultados assim não são tão comuns hoje. O conceito holístico de saúde amplamente divulgado pelos meios de comunicação, academia e governos está na ponta da língua dos professores. Muito embora as práticas em saúde desenvolvidas na escola tenham ficado presas ao passado.

Iervolino (2000) em sua investigação sobre os conhecimentos, percepções e práticas dos professores da rede municipal de Vargem Grande Paulista sobre os temas Saúde e Educação em Saúde encontra resultados semelhantes. Para essa autora, os professores utilizam o conceito da OMS, “como o mais completo bem estar físico, mental e social”, mas continuam acreditando que a falta de doença é sinônimo de saúde.

É preciso aprofundar-se então nesse poderoso mecanismo que impede que conceitos conhecidos tornem-se realidade no cotidiano da escola. O que leva o professor na sua prática privilegiar o saber comum “saúde é ausência de doença”? Por que o paradigma biomédico é tão forte nessa classe? Quais os mecanismos de promoção e manutenção dessa homogeneização de práticas antiquadas?

3.3.4 A gente é bem desamparado

É consensual no discurso dos professores da nossa escola que a assistência de um profissional de saúde dentro da escola seria fundamental. O sentimento é de desamparo. Acompanhe a narrativa da professora de ciências sobre como proceder com uma criança que se acidenta ou necessita de um atendimento médico urgente.

Qual seria o correto? Seria uma enfermaria aqui, porque o professor não é um especialista em primeiros socorros. Deveria? De repente sim! Mas não é. Então nessa parte a gente é bem desamparado!

A utilização do verbo ser (a gente é *desamparado*) em substituição ao verbo estar (estamos desamparados) é bem simbólica e reflete um sentimento que não é novo e se sustenta, sem embargo, diante das mudanças de governos.

A defesa desse profissional de saúde na escola, entretanto, não é consensual no meio acadêmico e político, pelo menos no atual estágio da saúde pública brasileira e dos níveis de cobertura dos serviços de saúde. É consensual, todavia, que um vínculo entre a escola e o serviço de saúde é fundamental. O tema é apresentado pela diretora, como se segue.

Acho que devíamos ter um pouco mais de apoio do governo, porque se houvesse a possibilidade de ter um profissional dentro da escola, ou um não precisaria ser dentro da escola, mas um pólo em que essas crianças pudessem ser direcionadas.

A Constituição Federal no artigo 208, VII, reformulado pela Emenda Constitucional nº59 de 2009, assegura como dever do Estado a assistência à saúde para o educando. Aditivamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 11 afirma:

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei n.º 11.185, de 7/10/2005)

É interessante atentar para a nova redação conferida pela Lei nº11.185 que modifica o termo “atendimento médico”, por “atendimento integral à saúde” evidenciando o caráter de amparo da legislação brasileira às recomendações da OMS. E ainda mais especificamente sobre a relação escola-assistência médica, o ECA em seu artigo 14 afirma:

Art. 14. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.

Essa tarefa que deveria ser promovida ativamente pelo SUS ocorre na nossa escola por sua iniciativa própria. Como podemos notar no trecho da entrevista que se segue.

Pesquisador: Há profissionais de saúde dentro da escola?

Diretora: Não. Em escolas estaduais não existem profissionais de saúde. Às vezes conseguimos assim...

Coordenadora: Em parcerias, né?

Diretora: Em parcerias... Uma palestra, né? Eles vêm, fazem o trabalho...

Pesquisador: E vocês acham que seria importante?

Diretora: Claro, com certeza.

A universalização do atendimento a todos os alunos é um direito fundamental amparado pela legislação, esbarra, no entanto, na sua execução e concretização no cotidiano escolar. De forma realista, haja vista as dificuldades do atual sistema, esse vínculo escola-assistência médica, conseqüentemente, deve ser desenvolvido de forma a evitar a duplicação de recursos humanos e materiais. Nesse sentido, a ideia de polos regionais focados no atendimento integral ao escolar parece plausível.

O Estado de São Paulo já contou com atendimento médico e odontológico na escola. Na análise de SILVEIRA (2000, p.14), no entanto, “as avaliações da efetividade desta sistemática não foram as mais positivas”.

Essa situação de desamparo, contudo, evidencia-se não apenas no âmbito do atendimento em saúde, mas se considerarmos nosso conceito holístico, fica evidente que o desamparo em saúde é vivido nas jornadas excessivas, na

dificuldade de contratações, na violência, nas situações depreciativas de trabalho, resultando em grande rotatividade docente. Nesse sentido, é interessante observar que ao perguntar sobre saúde na escola, ocorrem frequentes referências à saúde dos professores.

A opinião da nova vice-diretora é que o governo colabora para que a educação não dê certo. Radicalismos à parte, qual seria o caminho prático e viável para amparar o docente nessa área?

3.3.5 A “burocratização” da saúde na escola

A burocracia é a vida cotidiana do Estado. Assim, a escola, como todas as instituições estatais, é estruturada de forma burocrática. Conseqüentemente, a saúde no cotidiano escolar sofre o processo de formalização da prática cotidiana, a qual se manifesta com a *hierarquização* e a *homogeneização*. Nesse sentido, segue o relato da coordenadora sobre o formalismo nas situações cotidianas, como no caso de um acidente na escola.

É muito controverso, porque assim.... o diretor não pode, o diretor, o professor, enfim, nenhum profissional pode colocar a criança dentro do seu carro e leva-lo até um hospital. Mas muitas vezes nós somos obrigados a agir dessa maneira. Porque a criança está correndo risco porque às vezes você toma uma atitude para que consiga salvar essa criança, mas a ordem dada é que ninguém pode fazer isso. Então nós procuramos chamar o resgate e o resgate tem que ter um responsável junto, as vezes o responsável demora um pouquinho mais, as vezes o próprio resgate demora, então é uma situação bem confusa.

A educadora esclarece que “ninguém pode fazer isso”, uma vez que diante da necessidade de prestar socorro a uma criança acidentada há normas que determinam a conduta da escola. No entanto, no cotidiano, os docentes são colocados em uma situação complexa. De um lado a *hierarquia* e do outro a *igualdade*. Agir conforme aquela é render-se ao engessamento do cotidiano, mas, por outro lado, a defesa da vida, do igual, leva o profissional a agir conforme a necessidade. Aqui, o fator de resistência à cotidianidade é mais forte, ou seja, foram preponderantes as práticas de resistência à programação institucional. O relato a

seguir também destaca uma atitude de resistência desses agentes educacionais diante da tentativa de *homogeneização* dos processos para aquisição de materiais de educação especial.

Por exemplo, temos um menininho que tem um problema muito sério de visão, a mãe leva em São Paulo. E até hoje ela não nos trouxe o atestado pra que a gente possa estar pedindo um material diferenciado pra essa criança. Tivemos a sorte de estar trabalhando com um pessoa que tem ... [inaudível]... porque vive mudando o nome das orientadores na diretoria de ensino.... e ela mesmo assim está nos atendendo e vai estar enviando esse material para a criança. Então tudo tem que ser comprovado, tem que ter um atestado dentro do prontuário da criança e colocado no sistema. Pra que seja gerado um material diferenciado, pra que seja atendida a necessidade dessa criança.

Contra a *homogeneização* estão as *diferenças*. Estas devem ser entendidas não como particularidades, mas como diversidade. A situação era uma criança especial sem material adequado e sem os “papéis” necessários para protocolar a solicitação na secretaria. O normal seria o aluno ficar sem o material adequado. No entanto, a coordenação teve a “sorte” de conseguir a ajuda de uma orientadora na diretoria que, “mesmo assim”, atenderia a solicitação da escola. Este é outro exemplo da necessidade de superar barreiras institucionais para que a criança tivesse suas necessidades atendidas.

Em outros casos, por outro lado, a burocracia homogeneizadora do cotidiano é mais forte, como no relato a seguir, no qual, apesar da condição de alto risco da criança, por falta de atestado, não foi possível sua promoção de ano.

O menino é uma graça, é muito bem atendido pelos pais. A mãe dele é maravilhosa. Tem cinco filhos, cuida dos cinco muito bem e infelizmente esse menino está com problema e é um problema seríssimo, porque não tem o que fazer. Corre o risco fazendo a cirurgia e corre o risco não fazendo a cirurgia. Ontem mesmo, coitadinho, estava aqui procurando recuperar as faltas que ele teve, fazendo os trabalhos, mas infelizmente a quantidade de faltas extrapolou, não teve como promovê-lo principalmente também porque a mãe acabou não trazendo os atestados. Ela chegou mostrou os exames que ele fez e tudo mais, mas não deixou nenhum atestado na escola.

Outro exemplo de homogeneização é a merenda. Não são consideradas as necessidades especiais de cada escola na formulação da merenda escolar. A coordenadora apresenta o caso de uma aluna diabética.

A mãe nos procurou, logo no começo do ano, ela passou o caso da filha. Ela manda o lanchinho porque a merenda é feita no geral, então não tem uma merenda especializada pro aluno assim.

Fica claro que a burocratização estatal na escola é antagônica à promoção da saúde. É evidente que as situações são muito diversas e complexas, a rede é muito grande, logo, não é possível atender as especificidades de cada escola. Esse pensamento, entretanto, está atrelado à forma centralizadora e vertical da gestão do sistema de ensino.

O problema da homogeneização vai além da gestão e tange também a própria tarefa educativa. O caderno do estado, tão citado nas entrevistas como o material de eleição a ser trabalhado pelos docentes não leva em conta as necessidades específicas de uma determinada escola. Assim como a merenda, é feito no geral. Nesse sentido, a professora de Biologia critica o sistema centralizado de avaliações, assim como a formulação de palestras gerais sobre saúde, que não consideram as peculiaridades de cada escola. Segue o relato no qual propõe ações que poderiam melhorar a promoção da saúde na escola em sua opinião.

Se a gente tivesse mais palestras aqui, sabe? O povo não se movimentar só por dinheiro. Se o governo tivesse um núcleo mesmo pra trazer palestras pras escolas. Não uma palestra que fosse unificada. Olha, vou fazer uma palestra sobre x. Vamos supor. Ai ele quer dar aquele palestra pra toda a rede. Só que a minha escola não tem as mesmas necessidades que a outra escola quinze minutos daqui tem. Então você tinha que ter uma palestra, mas você tinha que estudar como é o local. Porque aqui você tem que ter um estilo mais rígido, mas ao mesmo tempo, você passa a mão na cabeça. Tem escolas... você vai ser mais rígido e apenas isso. Então a palestra tinha que ser de acordo com a comunidade, que é igual essas revistinhas. Você não tinha que ter uma prova unificada pro Estado, tinha que ter uma prova de acordo com o nível que a pessoa está. Não adianta eu dar uma palestra que um aluno de oitava vai entender pra um aluno da sexta série. Porque você vai falar, falar, falar, ele não vai entender nada. Isso é o ruim das palestras unificadas. Tinha que ser uma coisa mais próxima do aluno.

A superação dessa situação pode estar no oposto da escola burocrática, ou seja, uma escola com autonomia. Gadotti (2010, p.08) afirma que “a tradição burocrática da escola é um fardo pesado que limita os ideais de uma escola projetada para a liberdade e a autonomia.” Para esse autor, autonomia é o oposto de uniformização, quando “uns poucos, fora da escola, detêm o poder de decisão e o controle, enquanto todos os demais simplesmente executam tarefas cujo sentido lhes escapa”. Gadotti defende, por outro lado, que cada escola tivesse acesso a muitas propostas e conteúdos curriculares, para, a partir da sua própria realidade e experiência construir o projeto de escola que deseja. (GADOTTI, 2010, p.36-37)

O pensamento de Gadotti e Lefebvre caminham em paralelo ao apontar a uniformização como um processo de homogeneização, de ausência de criatividade e de crítica – cotidianidade -, enquanto a autonomia, por outro lado, diz respeito às diferenças, ou seja, é resistência ao repetitivo.

As situações no cotidiano escolar que envolvem a saúde realmente são diversas, complexas e específicas. Seria, então, a centralização de políticas, programas e conteúdos o melhor caminho para a promoção da saúde? Como reconhecer as diferenças em um sistema centralizado?

3.3.6 A gente fala, mas tem a família lá...

O professor exerce o papel de protagonista na mediação dos educandos e a conscientização em saúde. Claro que a escola em parceria com o SUS pode promover palestras, cursos, oficinas, mas essas ações, embora fundamentais, são pontuais. Quem garante o nível de aprofundamento de consciência do educando, no espaço escolar, é o professor, cuja relação é direta e contínua com os discentes. Reconhecer esse papel como compromisso e não como responsabilidade é o primeiro passo para uma *práxis* que culmine com um nível de consciência que seja capaz de levar o discurso para fora da escola.

A transferência de responsabilidades ou o não reconhecimento dessa responsabilidade é um fenômeno que tem também impedido que uma (auto) reflexão seja tomada a fim de se buscar uma *práxis* realmente preocupada com a interface educação-saúde.

A família é a grande culpada. Esta é a explicação desses docentes, mas outros indivíduos também são apontados, como a direção, o governo e os próprios alunos. Vejo no diálogo a seguir como a incoerência é evidenciada a partir da não aceitação dessa responsabilidade. O discurso da professora entrevistada é baseado na conscientização, mas demonstra uma grande incoerência ao mostrar-se indisposta a, na prática, fazer junto, caminhar, sensibilizar as crianças da realidade visível no entorno da escola. Como conscientizar?

Pesquisador: Professora, andando ao redor do bairro aqui, eu pude perceber muito lixo nas ruas, um descuido com a vegetação. Você acha que a escola tem responsabilidade nessa questão?

Professora: [silêncio] ah, eu creio muito na... que eu te falo, assim..., a minha visão é conscientizar. Eu acho que sim. Lógico que a gente sempre conscientiza, fala do meio ambiente, pra não sujar, pra não jogar, né? Mas ai também tem a família lá, a estrutura da família. E fora da escola é complicado. Que nem você viu... assim, eu não moro por aqui. Então, você falou que andou pela redondeza ai... eu nem ando... porque eu só subo a rua e depois já desço e vou embora [risos]. Nunca passei por ai.

Pesquisador: Mas você acha que a escola tem essa responsabilidade então de conscientizar.

Professora: Conscientizar.

Pesquisador: De instruir?

Professora: De instruir, mostrar pra eles.

Pesquisador: então o caminho da escola hoje é este: conscientizar e instruir?

Professora: Pra mim, né?

Podemos levantar como justificativa a questão da violência que, indubitavelmente, impede a ocupação das ruas e torna a escola uma prisão. Parece-me ser esse o mesmo sentimento dos moradores de grandes centros urbanos, prisioneiros em seus lares. Além disso, há a rotina dos docentes que vai além das horas em sala de aula podendo inviabilizar projetos que demandam tempo e dedicação.

No entanto, baseado no contexto que observei, tanto em relação ao entorno, como à própria proposta pedagógica da escola, falta a essa professora motivação.

Seu discurso está fundamentado em clássicos da bibliografia educacional liberal, mas sua prática está viciada, ou cansada, ou desmotivada, pelas intempéries da estrutura educacional, que vem se manifestar no cotidiano da nossa escola com uma prática desligada do discurso. Sobre esse processo, podemos aprender com

Lefebvre (1961, v.II) que o nível cotidiano não é um campo fechado, assim a vida cotidiana não se reduz ao conhecimento de situações circunscritas apenas a este nível da realidade.

O professor de História defende sua forma de entender a relação entre a escola e a família.

Muitas vezes a família não tem estrutura de conhecimento, do que fazer, o que é necessário. A família em conjunto da escola... A escola deve orientar, tanto a família como os filhos a aprender a cuidar de si mesmo, apesar, não exercendo um papel de médico, não ministrando um produto, substâncias contra as doenças, mas tentar ensinar a preveni-las, mesmo que escola não esteja preparada para isso. O corpo docente não trabalha isso, parece que o corpo docente isola a questão da família e prefere trabalhar só o conteúdo. O corpo docente acaba entendendo que saúde como bem público é da família, e dos hospitais não uma questão pra ser trabalhada de verdade nas escolas.

Para esse professor, a escola e a família devem trabalhar de forma colaborativa. A escola como instituição social de papel educativo pode colaborar com a família, já que está pode ter deficiências no conhecimento de práticas de saúde. Isso exige que a escola rompa seus limites físicos e institucionais para reconhecer a família, também, como seu campo educacional.

Transferir a responsabilidade para a família é a cômoda posição do docente na defesa da sua prática de ensino fracassada. Qual seria o caminho de conscientização do professor desse papel? A motivação realmente é a vilã da história? Se sim, como motivar docentes desgastados?

3.3.7 O problema dos alunos é afetivo

A intenção de verificar a qualidade dos relacionamentos sociais que circundam o ambiente escolar esteve presente desde o início do estudo. As perguntas originais eram, no entanto, se situações conflituosas no cotidiano da escola, como brigas entre alunos, desrespeito com os professores, estariam interferindo na saúde escolar. Verifiquei que isso pode sim ocorrer, mas os principais

fatos, mencionados na maioria das entrevistas, foram os problemas da rotatividade dos professores e a ausência familiar.

Quanto à rotatividade, vale destacar que nossa escola tem um histórico de diversas gestões curtas e professores que “não ficam”. Isso gerou uma desconfiança dos familiares em relação à escola a ponto de matricularem seus filhos em escolas mais distantes, porém, mais “seguras”²³. A rotatividade, conseqüentemente, não corrobora para o fortalecimento de relações estáveis de confiança entre os pais e a escola, assim como entre os alunos e os professores. Isso tem sido relevante quando o assunto é, por exemplo, sexualidade. Assim descreve a situação a professora de Biologia.

Quando eu cheguei aqui, eles [os pais] tinham uma resistência, não queriam que falassem [sobre sexualidade], devido a religião e tal etc, depois que eles viram que passou um ano eu fiquei, passou um ano de novo e eu continuei, então, agora, eles deixam eu falar de qualquer coisa.

Considerando os docentes entrevistados, incluindo a direção e coordenação, essa foi a única professora que disse ter liberdade para tratar do tema com seus alunos. Todos os outros disseram não abordar a questão ou só fazer quando vem no caderno do estado. Assim, a abordagem dessa professora representa um forte exemplo de resistência à cotidianidade.

A ausência familiar é o outro problema detectado que está diretamente relacionado à saúde. Essa relação foi frequentemente citada nas entrevistas e mencionada como um complicador da saúde dos educandos. A professora de Biologia chegou a declarar que o problema específico daquela escola era de ordem afetiva.

Os nossos alunos aqui não são mal educados, por exemplo. Não posso te falar esse aluno é mal educado. O aluno daqui do [nome da escola] sente falta da presença dos pais. Sabe? De ter o pai perto. Do pai chegar e falar boa noite pra ele. Esse é o problema aqui. O problema dos alunos daqui é afetivo.

²³ Mais detalhes sobre esse histórico e a situação institucional de nossa escola, ver seção 1 desse capítulo.

No mesmo sentido está o relato da coordenadora. Para ela, a ausência familiar cria uma situação de carência afetiva nos alunos.

É uma carência muito grande desse acompanhamento familiar em relação à criança. Muito triste!

A significativa preocupação dessas docentes resulta de uma visão holística de saúde. Nesse estudo, então, verifico que há uma significativa interface que abrange a carência afetiva e saúde. Todavia, não encontrei destaque nos trabalhos sobre saúde na escola dessa relação tão intrínseca. Talvez seja uma preocupação do cotidiano e mereça mais atenção dos pesquisadores. A professora de biologia explica essa relação da seguinte forma.

Só que as pessoas veem a saúde como você não ter sintomas de nada. Ah, você não está resfriada, não está com uma cólica, então eu estou bom de saúde. Mas como é na sua casa? Você se dá bem com seu pai e sua mãe. Há quanto tempo você não os vê? Qual o seu nível de relacionamento com eles. Tem alunos aqui que você vai conversar, mora na casa com o pai e com a mãe, mas só vê sábado e domingo. Por quê? Porque a mãe está trabalhando, o pai está trabalhando. Quando chega a criança, entre aspas, já está dormindo. Então o que dizer? Tem saúde? Segundo a Organização Mundial de Saúde, não, né?

A afetividade é um tema frequente nos estudos sobre educação, em especial daqueles ligados à psicologia. Esses estudos abordam as relações interpessoais em sala de aula, a afetividade nas relações interpessoais professor-aluno-aluno, além da afetividade nas práticas pedagógicas, planejadas e desenvolvidas pelos professores em sala de aula²⁴. Esse estudo aponta para a importância da ação docente diante da contemporânea ausência familiar na constituição subjetiva dos alunos e da superficialidade dos relacionamentos. As recentes conquistas da mulher no mercado de trabalho, além da existência de um grande número de crianças provenientes de família cujos pais são separados, estão entre as causas apontadas pelos professores da origem desse problema em saúde na escola. Assim, novos estudos devem verificar como a escola pode promover, colaborar, melhorar a saúde

²⁴ Sobre os estudos da relação entre afetividade e educação ver LEITE (2012). Esse autor ao analisar o papel da afetividade nas práticas pedagógicas faz um levantamento dos estudos desenvolvidos nesse temática nas últimas duas décadas.

dos educandos tendo em vista as questões afetivas. A professora de Biologia descreve como tenta ajudar, embora defenda a presença do psicólogo na escola.

Porque aqui tem horas que você chega e o aluno fala quero conversar com você. E você fala, o que é? É porque minha mãe fez isso... ele só quer que você escuta. Ainda tem horas que eu falo, olha, você está conversando com quem? Com a sua professora ou com a A. [nome da professora]? Ai ele fala, ah, pera ai, acho que é com a A. [nome da professora] agora. Ai, por exemplo, eu tenho todo mundo no Facebook, eu entro no face aparece: professora..... Eles sentem essa necessidade de conversar com alguém que não seja a família, eles não querem alguém que chegue e dê bronca, eles querem falar. Então seria legal se tivesse psicólogo pra escutar o que eles querem.

Desse relato, concluo que o professor se sente limitado nessa ação de escutar. Compreensível para um profissional treinado para falar. Incompreensível para um profissional gabaritado para educar. Freire (2011b, p.111) nos alerta que “somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala *com* ele, mesmo que, em certas condições, precise falar *a* ele”. O docente não é detentor da “verdade alvissareira por todos esperadas” e deve estar consciente de que “quem tem o que dizer tem igualmente o direito e o dever de dizê-lo” e saber não ser o “único ou a única a ter o que dizer”.

É preciso que quem tem o que dizer saiba, sem dúvida nenhuma, que, sem escutar o que quem escuta tem igualmente a dizer, termina por esgotar a sua capacidade de dizer por muito ter dito sem nada ou quase nada ter escutado. (FREIRE, 2011b, p.114)

A atual situação débil da educação brasileira frente os indicadores educacionais indica que os docentes brasileiros têm falado muito, escutado pouco e sido pouco escutados, de modo que os educandos deixam suas aulas silenciados pela insignificância do que acabaram de ouvir. É preciso atentar também para o fato de que o professor tem sofrido o mesmo tipo de tratamento quando das relações pedagógicas, trabalhistas e sociais com seus “superiores”.

O profissional docente precisa ser mais valorizado e esta é uma luta que se estende e em alguns momentos parece não gostar do tem vocação. Para alguns, a docência como sacerdócio limita a conquista de melhores condições de trabalho. É preciso dialetizar. A relação dialética entre profissional e vocacionado aloja a prática

educacional. A justa luta pela valorização do docente estaria esfriando a afetividade? A “amizade” entre docente e aluno desvaloriza o profissional? A alta rotatividade dos professores também passa por essa busca por valorização? De que modo a escola pode contribuir para a saúde emocional de alunos carentes de afeto? Deve contribuir? A formação docente deve dar conta de um aspecto psicoterapêutico da ação do professor? Seria o psicólogo mesmo imprescindível na escola?

3.3.8 Sexualidade. A escola é lugar disso?

Não é estranho ouvir colegas dizerem que seus pais nunca falaram sobre sexo com eles. Com relação à geração dos meus pais, isso é evidente. Com relação à minha geração, fica a dúvida. Os filhos da minha geração ouviram falar sobre sexo em casa? Talvez. Mas na atual geração dos escolares, estaria a família educando para sexualidade? Não tenho argumentos “científicos” para responder essa questão²⁵, mas baseado na simples observação do meu entorno, diria que não. Essa geração, nativa na era digital, tem tudo o que quer saber ao alcance dos dedos. Para esse acesso não há limites socioeconômicos, culturais e religiosos. Assim, a Internet e mesmo a mídia tradicional são os grandes veiculadores de informações sobre saúde a esses jovens. É claro que, nesse caso, essas informações carregadas de carga ideológica tem que passar pelo crivo dos empresários da mídia.

Quando analiso as entrevistas percebo que na verbalização há uma preocupação com a questão da sexualidade, mas há impedimentos no cotidiano para atividades que consideram essa temática. Percebe-se na representação desses educadores tendências para o não desejo, ou a não disponibilidade, ou ainda a não concordância em tratar o tema no espaço escolar. Por quê?

Nesse estudo verifiquei que apesar das publicações disponibilizadas pelo governo abordarem o assunto, elas não chegam aos alunos. Vejamos a declaração do professor de História.

²⁵ AMARAL (2004) faz algumas considerações sobre o assunto. Para ele, os pais defendem que o tema seja incluído nos currículos porque têm dificuldade de abordar o assunto em casa.

Bom, em âmbito estadual, pelo menos, os recursos que o estado manda são bons, vêm coisas muito boas, materiais excelentes de prevenção, vêm livros, revistas. Ótimos. Só que não chega no aluno. A escola parece que se restringe. Por exemplo, nós temos aqui nessa biblioteca pilhas e pilhas de revistas do projeto de combate a doenças sexualmente transmissíveis que não foram distribuídos, e não só aqui. Na maioria das escolas aonde a gente vai, materiais de ensinar a se prevenir doenças e ensinar a cuidar da sua própria higiene não são distribuídos.

As razões dessa restrição praticada a esses materiais e como superá-las são questões dignas dos olhares acadêmicos. São questões cotidianas que exigem um olhar rigoroso a fim de que o direito à saúde seja garantido a esses alunos. Os motivos apontados nessa pesquisa seriam a rejeição do tema pelos pais, mas dois entrevistados não concordam.

PROFESSOR DE HISTÓRIA: Normalmente são pessoas que acham bonito falar que trabalham saúde nas escolas e que ensina a prevenir, porque é bonito falar, mas não é a realidade, não é trabalhado. Existe, por exemplo, o preconceito com educação sexual, a maioria dos professores se nega a ensiná-la, ou quando ensina, ensina como uma matéria tecnicista, uma matéria só como técnica, não como algo que possa ser usado pra prevenir algo.

PROFESSORA DE BIOLOGIA: Aqui vai da intimidade que você tem com os pais. Aqui tem muito evangélico. Aqui tem muito. Eu não sabia que era assim. Então, assim, quando eles não te conhecem... quando eu cheguei aqui, eles tinham uma resistência, não queriam que falassem, devido a religião e tal etc, depois que eles viram que passou um ano eu fiquei, passou um ano de novo e eu continuei, então, agora, eles deixam eu falar de qualquer coisa.

No primeiro relato temos uma análise restrita aos docentes – preconceito ao tema. O segundo relato considera uma relação falha entre pais e professores. Questões religiosas, no entanto, poderiam estar influenciando o ensino público em um país laico?

A educação em sexualidade é um tema destacado no estudo de Amaral (2004). Ele analisa a implantação de um projeto de escola promotora de saúde defendendo que a retomada contemporânea da discussão sobre a inclusão da temática da sexualidade no currículo das escolas de ensino fundamental e médio tem apoio na reivindicação dos familiares que reconhecem tanto a importância da abordagem do tema para crianças e jovens, como também a dificuldade de falar

abertamente sobre o assunto em casa. Inicialmente, minha tendência foi discordar de Amaral, uma vez que a justificativa que tinha para o não tratamento do tema era a rejeição do assunto pela comunidade. No decorrer do estudo, no entanto, deparei-me com as próprias representações dos professores sobre a temática e a possibilidade de abordá-la quando há interesse. Em um esforço de reação à cotidianidade, uma professora, que estava há cinco anos na escola, conseguiu desenvolver laços mais próximos de amizade com os alunos e conseguiu recuperar a confiança dos pais, como descreveu em sua entrevista. Ela, em concordância com o estudo de Amaral, tinha o apoio dos familiares, demonstrando, assim, a importância de relacionamentos confiáveis entre professores e a família.

No cotidiano da nossa escola, no entanto, prevalece a sensação de tranquilidade ao transferir a responsabilidade para a família. São barreiras localizadas bem além dos muros escolares e construídas pelos próprios professores. Afinal, são pessoas. Nesta simples constatação está embutido o fato de carregarem seus valores, crenças, mitos, ideias, convicções, conceitos e preconceitos para os espaços sociais. Assim, a escola é permeada por representações, norteadoras da *práxis* desses educadores. Nesse sentido, a educação em sexualidade na escola pode estar sendo barrada por questões religiosas, familiares, sociais constituintes do ser docente.

Nesse sentido, os impedimentos, os quais carecem de mais estudos, tratam-se de pressões religiosas, culturais, sociais que se afirmam como uma “necessidade de adequação às necessidades da comunidade”. No entanto, há ações que buscam reagir às forças da cotidianidade, organizando e estimulando com criatividade situações de aprendizagem nas quais a saúde possa ser compreendida como direito de cidadania e um pressuposto ético, como nos ensina Paulo Freire (1982, p.91).

Minayo (1996, p.16) afirma que qualquer ação em saúde, seja tratamento, prevenção ou planejamento, deve estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige. Seria isso adaptar a educação de acordo com a capacidade de aceitação do meio? Acredito que não, mas adaptar o meio de acordo com a aceitação da educação – daquela que se dispõe a tornar a concepção de saúde um direito à cidadania e um pressuposto ético.

3.3.9 Eles não têm higiene

O último destaque que gostaria de trazer nessa seção é a exacerbada preocupação com a higiene. Como vimos no primeiro capítulo, as relações entre higienismo e educação pública são intensas desde as primeiras ideias aliadas às ambições de civilização do país, quando a escola pública e gratuita foi reconhecida como de grande utilidade para o projeto de disciplinização higiênica. Nessa pesquisa o que pude averiguar é que há uma preocupação dos docentes com a “sujeira” dos alunos e odores desagradáveis, ou seja, falta de asseio pessoal e “cuidado com o corpo”. Estes termos, ou correlatos, apareceram frequentemente nas entrevistas. Seguem os relatos.

PROFESSOR DE HISTÓRIA: 1) Muitas vezes não são problemas envolvendo doenças, mas é no campo da **conservação do corpo** mesmo: é **sujeira, piolho...**; 2) Na maioria das escolas aonde a gente vai, materiais de ensinar a se prevenir doenças e ensinar a cuidar da sua própria **higiene** não são distribuídos. 3) Muitas vezes o corpo docente entende que saúde como que **cuidar do corpo** é uma questão da família, e exclui o sistema da sala de aula, então você não tem um trabalho geral no âmbito escolar inteiro.

PROFESSORA DE BIOLOGIA: 1) Então seria legal se tivesse psicólogo pra escutar o que eles querem. Outros na área de **higiene**. Por que você trabalha quinta ou sétima série, eu não vou chegar no primeiro ou segundo colegial dizendo que eles estão **cheirando mal**. Ai eles já levam pra um lado pessoal. Mas eu acho!; 2) Tem sala aqui que você vai entrar e você não aguenta. Aí eu brinco. Gente, **tomar banho** não é apresentar o corpo pra água, não é ligar o chuveiro e ficar esperando... Pega um sabãozinho [risos], mas assim, você fala, respirando, porque tem algumas coisas assim... nossa!

PROFESSORA DE CIÊNCIAS: então a coisa tem que ser trabalhada sim, tanto na questão da **higiene** mesmo como na convivência social com os outros colegas.

COORDENADORA: É uma carência muito grande desse acompanhamento familiar em relação à criança. Muito triste! Nós temos casos aqui bem diferenciados... Principalmente na questão da **higiene**.

No mesmo sentido das declarações está a mensagem colocada no quadro negro das salas de aula que diz: “Mesas, cadeiras, chão LIMPOS são sinais de

higiene. Mantenha a sala de aula LIMPA”. Os termos “limpos” e “limpa” são destacadas no texto com caixa alta e cor vermelha.

De fato, a higiene é uma preocupação dos docentes no cotidiano de nossa escola. O estudo de Bicudo Pereira *et al.* (1990) obteve resultado semelhante ao verificar entre professores de 1^a a 4^a séries a percepção de que sua função primordial estava relacionada à transmissão de conhecimentos, principalmente, de higiene. É preciso, no entanto, detectar as representações por trás dessa ênfase na escola contemporânea. O asseio do corpo, forte ênfase aqui, já era enfatizada por Carlos Sá desde o início da década de 40. Lá era possível uma correlação com a discriminação social de classe, aqui não foi possível realizar essa análise. A preocupação agora não se restringe ao corpo, mas alcança as atitudes de higiene com a sala de aula. Em quais representações estão embasadas essas práticas? Trata-se de uma preocupação meramente educativa ou persiste a discriminação social? São questões que carecem de mais estudos.

.....

Nesse capítulo apresentei os resultados obtidos conforme a metodologia adotada – análise das condições objetivas e análise das representações dos educadores sobre as questões relacionadas à Saúde na escola. A seguir, busquei articular esses dois eixos de análise em uma seção que trouxe alguns desafios para futuras pesquisas e novos olhares. Passemos, então, para o desfecho dessa pesquisa.

(IN)CONCLUSÃO

“Predomina na educação brasileira uma pedagogia conteudista, de cunho funcionalista que acaba tirando a alma do professor, o seu entusiasmo, a alegria de construir o saber elaborado junto com seus alunos. É uma pedagogia que sufoca a multiculturalidade própria do nosso tempo, impondo um saber que contém dentro dele, elementos que legitima a dominação.”

Moacir Gadotti

Ao chegar nessa fase da pesquisa, que não posso definir como fim, mas como um momento, pude apenas verificar que, realmente, as situações no cotidiano escolar que envolvem a saúde são diversas, complexas e específicas. Não poderia ser mais humano. Todo estudo social é inacabado (assim como o ser humano) e, consciente desse inacabamento, esse trabalho se insere num movimento constante de busca. Busca pelo ser mais.

Nesse sentido, não há como falar em conclusão, como requerem os parâmetros tradicionais da pesquisa, mas em novas perguntas. Assim, consciente, repito, desse inacabamento, intitulo esse capítulo de (in)conclusão. Este trabalho está inconcluso. Que bom! Consequentemente, dele surgem perguntas, dúvidas, incertezas que aspiram por novos estudos, novos olhares.

No início dessa caminhada acadêmica tinha como horizonte o desejo de contribuir concretamente para melhores condições de vida de um povo sofrido, mas esperançoso e lutador. Nessa condição de transbordamento de inocência, o programa me permitiu amadurecer ao desvelar os limites da pesquisa e do pesquisador na concretização do conhecimento na realidade cotidiana da escola e

da sociedade. Nesse movimento dialético de presença (esperança) e ausência (realidade) nos encontramos. Nesse sentido, me desprendi das pretensões de buscar respostas para tudo, mas aprendi que identificar os problemas é, não apenas necessário, mas relevante. A pesquisa, assim, continua.

A saúde em sua concepção integral foi o eixo desse trabalho, que buscou acessar a realidade social concreta do cotidiano da escola a fim de explorar o campo, buscando verificar os entraves para o atraso em desenvolvimento humano verificado em um país tão rico. A escola, como espaço dessa pesquisa, é considerada como importante instituição social formadora das crianças, jovens e adultos para o exercício da cidadania e, por isso, espaço natural para a promoção da saúde. No entanto, no cotidiano escolar essa concepção ficou inicialmente restrita à área da Educação em Saúde, com ênfase à questão individualista, e ao atendimento médico na escola, com a entrada de diversos profissionais da área de saúde no espaço escolar, ressaltando o aspecto tecnicista e fragmentado do processo.

A fim, então, de alcançar o objetivo supracitado lancei mão do estudo do cotidiano, em uma perspectiva lefebvriana, articulando as condições objetivas e as representações dos professores em torno das questões da Saúde na escola. Esse estudo permite, assim, que políticas públicas possam ser elaboradas a partir da realidade do campo, pois é do cotidiano (atividades cotidianas) que surgem as grandes decisões e os instantes dramáticos de decisão e ação (atividades superiores).

O estudo histórico mostrou quão intensas são as relações entre Saúde e escola no Brasil, fornecendo muitos elementos que subsidiaram a reflexão desta pesquisa. O movimento higienista, grande apoiador da escola pública e gratuita, via nela o caminho de doutrinação para suas ideias de civilização da nação. Ora fundamentado nos ideais eugênicos, ora no movimento sanitarista, o higienismo foi se modelando e se contextualizando às novas realidades. Sua capacidade de remodelação é notória ao observarmos hoje que ainda podemos encontrar suas doutrinas na escola, como o culto ao corpo, cultivo de hábitos individuais saudáveis e limpeza pessoal. Cabe à pesquisa contemporânea identificar os mecanismos reprodutores desses ideais tão presentes na escola hoje.

Pude perceber que a saúde na escola, em descompasso com os acordos internacionais pautados na promoção da saúde, está presente de forma fragmentada, hierarquizada e homogeneizada. Essas são as características de um cotidiano cristalizado, sem vida, sem criatividade, denominado cotidianidade.

Enquanto os PCN entendem a Saúde como um tema transversal, a escola tenta se adaptar à exigência de falar de saúde na tradicional divisão do conhecimento em disciplinas. Ensinar saúde, promover saúde, viver saúde escapa da lógica conteudista, fragmentada, do ensino brasileiro. A proposta dos temas transversais falha porque o docente ainda é regido pela égide da transmissão de informação, enquanto a promoção da saúde na escola está relacionada à formação integral do ser humano.

A hierarquização e homogeneização emergem da vida cotidiana do Estado – a burocracia. A hierarquia coloca a unidade escolar e seus agentes sob as determinações superiores, mesma relação observada entre gestores e docentes. Não é diferente, destarte, a relação dos docentes com os alunos. Este discurso verticalizado escapa da exigência da formação integral do ser humano, consequentemente da promoção da saúde.

O tratamento homogêneo pode ser observado em diversas ações relacionadas à Saúde no cotidiano da escola: a apostila é igual pra todos, a palestra é igual pra todos, a merenda é igual pra todos, a avaliação é igual para todos... Como vimos, as necessidades de cada comunidade são específicas, da mesma forma que as necessidades de cada aluno. Qual o sentido de uma abordagem sobre anorexia em uma comunidade obesa e hipertensa? No caso da escola estudada, conforme verifiquei, a necessidade era afetiva, mas as aulas da apostila falavam de AIDS, que naquele contexto era uma mesmice, muito embora um tema fundamental. Nesse contexto homogeneizado, os índices do INEP podem estar adequados, mas não representam a qualidade da promoção da saúde naquela escola. A escola tem boas propostas para promover a saúde a partir da realidade de sua região. Tornase, então, necessário o Estado deixar que os agentes pensem, sejam autônomos, e coloquem em prática esse conhecimento cheio de significado e pertença.

Por outro lado, iniciativas de reação à cotidianidade também puderam ser observadas o que pode sinalizar mudanças posteriores nas atividades superiores, como a legislação educacional. Ações de reação à cotidianidade são sinais de vida

na dureza da realidade concreta e foram identificadas principalmente frente à homogeneização. Trata-se de esforços individuais em prol de necessidades especiais, reconhecendo a importância de reconhecimento das diferenças.

Não há dúvidas que a escola é um espaço privilegiado para a promoção da saúde, no entanto, os docentes, principais agentes dessa promoção, não entenderam no que consiste essa iniciativa. Persiste a transferência de informação. Esta função, no entanto, é mais bem desempenhada pelas inovações tecnológicas do nosso tempo. A escola não tem mais o monopólio sobre a aquisição e transmissão de hábitos de conhecimentos. Que ferramentas têm os alunos para julgar criticamente a informação que obtêm da internet? Esse senso crítico não passa pela formação escolar? *“Às vezes acontecem situações que temos que abordar esse tema e deixar o aluno informado”* é o tipo de afirmação que representa a ênfase no caráter curativo em detrimento da prevenção, da informação em detrimento da formação, evidenciando necessidade de mudanças.

É certo que há conquistas históricas decorrentes do ensino de saúde na escola. Enquanto no início do século XX o povo se revoltava para não tomar vacina, hoje há uma consciência na sociedade da importância da imunização. Isso foi aprendido na escola. Atualmente, quem opta por não tomar vacina, o faz conscientemente. Entretanto, é preciso ir além, o que demanda mais esforços acadêmicos, políticos, educativos para superação dos novos desafios. Essa pesquisa se insere nesse contexto, explorando o campo e verificando os entraves a fim de que novos olhares possam se dedicar a eles.

Nesse sentido, temas antigos e novos foram verificados com destaque para a necessidade de se pensar a saúde dos professores diante de tantas pressões oriundas do sistema, da escola, da sociedade, da família, num contexto de desvalorização da profissão; a influência de religiões de cunho conservador no travamento de questões relevantes e necessárias como a educação em sexualidade; a formação docente para os temas transversais, assim como políticas de superação da fragmentação histórica das práticas pedagógicas; além dos diversos temas apontados ao longo dessa pesquisa.

De fato, Saúde se cria e se vive no cotidiano: nos locais de ensino, no trabalho, no lazer, na família, na vizinhança, nos grupos etários, na religião, na política, na consciência. Assim, concluo que as ações em promoção de saúde, tanto

na escola, quanto em outras instituições sociais precisam levar em consideração a multiculturalidade característica de nossa sociedade além da luta pela democratização do poder político, necessidade imprescindível para o rompimento das raízes históricas que sustentam e reproduzem o paradigma biomédico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AERTS, D. *et al.* Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n.4, p.1020-1028, Jul./Ago. 2004. Scielo Brasil.

AMARAL, R.A. **Escolas Promotoras de Saúde**: análise de uma experiência de implantação. 2004. 135f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2004.

ANTUNES, M.A.M. Políticas Públicas em Educação e Saúde: das práticas higienistas à saúde escolar como prática social inclusiva. In LIMA, E.M.M. *et al.* (Org.) **Políticas Públicas de Educação-Saúde**. Reflexões, Diálogos e Práticas. Campinas: Editora Alínea, 2009. p. 29-48

ARROYO, M.G. Educação popular, saúde, equidade e justiça social. **Cad. CEDES**, Campinas, vol. 29, n. 79, p.401-416, Set./Dez. 2009. Scielo Brasil.

BICUDO PEREIRA, I. M. T.; BÓGUS, C. M.; WESTPHAL, M. F. Educação em saúde na escola: como está a formação de professores de 1ª a 4ª série do 1º grau? **Rev. Bras. Saúde Esc.**, v. 1, n. 1, p. 4-18, 1990.

BOMFIM, A.M. *et al.* Parâmetros curriculares nacionais: uma revisita aos temas transversais meio ambiente e saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.11 n.1, p.27-52, jan./abr. 2013. Scielo Brasil.

BORTOLLETO FILHO, F.(Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. 1048 p.

BRANDÃO, C.R. **O que é Educação**. São Paulo: Brasiliense, 2004. 116p. (Coleção primeiros passos; 20)

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 2.264/74. Programas de Saúde - Educação da Saúde. Relatora: Conselheira Edília Coelho Garcia. Rio de Janeiro: **Editex Rio**, 1974.

_____. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de Julho de 1934). **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 16 de Jul. 1934.

_____. 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, 5 de Dez. 2007

_____. Lei n.º 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 de Ago. 1971.

_____. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de Dez. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde) Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em 02/04/2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso – 3ª ed. – Brasília: 2004.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Brasil. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental. Volume 10.4 - Temas Transversais – Saúde. Brasília: MEC/SEF, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. . In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p.41-80 (Saúde em debate; v.170)

CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 871p. (Saúde em debate; 170)

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção à saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. 184f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

COLLARES, C. A. L. Ajudando a desmistificar o fracasso escolar. In: **Toda criança é capaz de aprender?** São Paulo: FDE, 1989. p.24-28. (Série Idéias, 6). Disponível em: <http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/ajudando_a_desmistificar_merenda_escolar.pdf>. Acessado em 29/03/2013

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. Educação ou Saúde? Educação X Saúde? Educação e Saúde! **Cad. CEDES**, Campinas, n.15, p. 7-16, 1985.

_____. **Preconceitos no Cotidiano Escolar - ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 1996. 264p

COSTA, N. D. Estado, educação e saúde: A higiene da vida cotidiana. **Cad. CEDES**, Campinas, n.4, p. 05-27, 1981.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.07-18 (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em 02/04/2013

FERRIANI, M.G.C. **A inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar**: análise crítica de uma experiência. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1991. (Coleção Campi; 3)

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, n.2, p. 397-402, 2010. Scielo Brasil

FREIRE, P. **Ideologia e educação**: reflexões sobre a não neutralidade da educação. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1982

_____. **Educação como prática da liberdade**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a. 189p.

_____. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011b. 143p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c. 184p.

GOHN, M.G. **Educação Não Formal e o Educador Social** – atuação no desenvolvimento de projetos sociais. São Paulo: Cortez, 2010. 104p. (Nova Coleção Questões da Nossa Época, v.1)

_____. **Movimentos Sociais e Educação**. 2. ed. - São Paulo: Cortez, 1994. 128p. (Nova Coleção Questões da Nossa Época, v.27)

GÓIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H. R. Descontinuidades e Continuidades do Movimento Higienista do Brasil do século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 41-54 Jul. 2008. Disponível em: <<http://cbce.tempsite.ws/revista/index.php/RBCE/article/view/172/181>>. Acesso em: 16 Abr. 2013.

GONDRA, J.G. Medicina, Higiene e educação escolar. In: LOPES, E.M.T., FARIA FILHO, L.M.V., GREIVE, C. (orgs.). **500 anos de educação no Brasil**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p.519-550

GOUVÊA, L.A.V.N. Educação para a saúde na legislação educacional no Brasil, In: **Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**, Cascavel: Anais do Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2001.

GRYNSZPAN, D. Educação em saúde e educação ambiental: uma experiência integradora. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 2, p. 133-138, 1999. Scielo Brasil

HEIDMANN, I.T. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.2, p. 352-358, Abr./Jun., 2006. Scielo Brasil.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**. 2008. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/defaulttabpdf_esgot_san.shts> Acessado em 12/02/2012

IERVOLINO, S. A. **Escola promotora da saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. 189f. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/>>. Acesso em: 2013-04-07.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975. 164p.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. A Promoção da Saúde no Âmbito Escolar: A iniciativa regional Escolas Promotoras de Saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I**, (s.d). p.8-13

LEFEBVRE, H. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991. 216p.

_____. **Critique of Everyday Life**. Introduction – volume I. London/New York: Verso, 2008. 283p.

_____. **Critique of Everyday Life**. Foundations for a Sociology of the Everyday – volume II. London/New York: Verso, 2008. 380p.

_____. **Critique of Everyday Life**. From modernity to modernism – volume III. London/New York: Verso, 2008. 179p.

_____. **La presencia y la ausencia**: Contribución a la teoría de las representaciones. Fondo de Cultura Económica, 1983. 279 p.

_____. **Lógica formal. Lógica dialética**. 3ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983. 301p. (Coleção Perspectivas do homem; v.100)

LIMA, V.L.G.P. *et al.* Promoción de La Salud, Educación para la Salud y Comunicación Social en Salud: especificidades, interfaces, intersecciones. **Promotion & Education**, v.7, n.4, p.8-12, 2000. Disponível em: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/en_consulta/promo_salud_edu_en_salud.pdf>. Acesso em: 06/04/2013.

LOMÔNACO, A.F.S. Concepções de saúde e cotidiano escolar – o viés do saber e da prática. In: **REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO (ANPED)**, 27. Caxambu: Anped, 2004. Disponível em: <www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t063.pdf>. Acesso em 06/04/2013.

MAINARDI, N. **Educação em saúde**: problema ou solução? 2010. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MELLO, A.L. **Metodologia Participativa e Biomonitoramento**: promoção da saúde no distrito de Vicente de Carvalho, Guarujá, SP. 2010. 323f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MELO, J. A. C. Educação Sanitária: Uma visão crítica. **Cad. CEDES**, Campinas, n.4, p. 28-43, 1981.

MINAYO, M.C.S Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p.189-218 (Saúde em debate; v.170)

_____**O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo: HUCITEC, 1996. 269 p.

MOYSÉS, M. A. A. **A Institucionalização Invisível**. Campinas: Mercado de Letras, 2001. 264p.

_____**Fracasso escolar, uma questão médica?** In: **Toda criança é capaz de aprender?** São Paulo: FDE, 1989. p.29-31 (Série Idéias, n. 6) Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_06_p029-031_c.pdf>. Acesso em: 30/03/2013

PATTO, M.H.S.P. **A Formação do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PAULA, B. Saúde Integral. In: BORTOLLETO FILHO, F.(Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p.910-912

PELICIONE, M.C.F. Meio ambiente. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**, (s.d), p. 42-44. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 02/04/2013

_____**Educação em Saúde e Educação Ambiental**: estratégias de construção da escola promotora da saúde. 2000. 259f. Tese (Livre-Docência em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PELICIONI, M.C.F.; TORRES, A.L. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: USP/FSP/HSP; 1999. 14 p. (Série monográfica do Departamento de Prática de Saúde Pública, Eixo Promoção da Saúde, 12). Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/escola.pdf>>. Acesso em 06/04/2013.

PENIN, S. **A aula**: espaço de conhecimento, lugar de cultura. 4. ed. Campinas: Papyrus, 1999. 181 p.

_____**Cotidiano e escola**: a obra em construção. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 165 p.

_____. **Escola e cotidiano**: a obra em construção; confronto entre condições objetivas e representações de professores, diretores e pais em quatro escolas públicas de primeiro grau de São Paulo. 1987. 283p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

ROCKWELL, E.; EZPELETA, J. A escola: relato de um processo inacabado de construção. **Currículo sem Fronteiras**, v.7, n.2, p.131-147, Jul./Dez, 2007. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol7iss2articles/rockwell-ezpeleta.pdf>>. Acesso em 29/03/2013

SÃO PAULO. Decreto n. 2.141, de 14 de novembro de 1911. *Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado*. Disponível em <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1911/decreto%20n.2.141,%20de%2014.11.1911.htm>

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 41.ed. revista. Campinas: Autores Associados, 2005. 118p.

SILVEIRA, G.T. **Escola Promotora de Saúde**: quem sabe faz a hora. 2000. 224f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I**, (s.d). 57p. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 02/04/2013

TELAROLLI JUNIOR, R. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, Out. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701996000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de abril de 2013.

TOLEDO, R.F. **Educação, saúde e meio ambiente**: uma pesquisa-ação do distrito de Iauaretê do município de São Gabriel da Cachoeira/AM. 2006. 326f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, Set./Dez. 2009. Scielo Brasil

_____. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, suppl. 2, p. 39-57, 1998. Scielo Brasil

WESTPHAL, M. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 635-667 (Saúde em debate; v.170)