

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Administração e Planejamento de Saúde

Mestrado em Saúde Pública

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: A SAÚDE BUCAL COMO
OBJETO DE SABER

Mestranda: Germana Reis de Andrade Guimarães
Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro, 2003

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

G963p Guimarães, Germana Reis de Andrade
 Promoção da saúde na escola: a saúde bucal
 como objeto de saber. / Germana Reis de Andrade
 Guimarães. Rio de Janeiro : s.n., 2003.
 168p., graf.

 Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato
 Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
 Nacional de Saúde Pública.

 1.Promoção da saúde. 2.Educação em saúde
 bucal. 3.Saúde escolar. I.Título.

CDD - 20.ed. – 617.601

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: A SAÚDE BUCAL
COMO OBJETO DE SABER**

Germana Reis de Andrade Guimarães

Dissertação submetida ao corpo docente da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

Prof. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof. Dra. Isabel Cristina Matuck

Prof. Dra. Rosely de Oliveira Magalhães

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

- 2003 -

Dedico esse trabalho...

Ao meu precioso e inesquecível avô Murillo que tanto me apoiou e que de certa forma é co-autor dessa obra.

AGRADECIMENTOS

♥ Agradeço à Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz pela oportunidade de engrandecimento intelectual e, sobretudo, humano.

♥ Agradeço à minha orientadora, Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares, pela orientação na elaboração dessa dissertação e, antes de tudo, pela compreensão e dedicação que tanto contribuíram para a minha formação como pesquisadora.

♥ Agradeço à Prof.^a Dr.^a Rosely de Oliveira Magalhães pela grande contribuição, tanto na qualificação do projeto de dissertação, quanto na defesa final desse trabalho.

♥ Agradeço à Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Matuck pela construtiva participação na banca de avaliação final desse trabalho.

♥ Agradeço à Prof.^a Dr.^a Maria Helena Mendonça, por participar da qualificação do projeto de dissertação.

♥ Agradeço a todos os professores da ENSP/Fiocruz, os quais me conduziram a uma melhor compreensão do universo da Saúde Pública.

♥ Agradeço a todos os amigos do mestrado pelas frutíferas discussões acadêmicas.

♥ Agradeço à minha mãe Prof.^a Miriam Reis de Andrade Guimarães por sua grande contribuição na elaboração dessa dissertação, assim como por suas revisões sintáticas.

♥ Agradeço ao meu pai por revelar-me que sonhar é imprescindível para que a vida faça sentido a cada momento.

♥ Agradeço à minha avó, de todo meu coração, pela enorme dedicação devotada a mim.

♥ Agradeço ao meu querido namorado Fabrício pelas conversas em Filosofia e pelos momentos agradáveis.

♥ Agradeço à toda minha família pelo imenso apoio.

“Levar o aluno a descobrir seu próprio corpo e sua relação com o mundo é um passo fundamental para a formação de sua identidade (...) Será, portanto, através da observação, da análise, da reflexão e da manipulação dos novos conceitos de vida/saúde/doença que o jovem irá incorporando hábitos e conhecimentos indispensáveis para manter ou adquirir saúde e conquistar melhor qualidade de vida”. (Darcy Ribeiro, 1985).

RESUMO

Esse trabalho tem como foco de estudo as ações educativas para a saúde implementadas no cenário escolar e direciona a investigação para as ações educativas relacionadas à promoção da saúde bucal. Como a infância e a adolescência são períodos do ciclo de vida marcados por grande vulnerabilidade por representar fases em que o ser humano está crescendo e se desenvolvendo, tanto fisicamente como intelectualmente, merece uma atenção redobrada. Sendo assim, é estratégico haver uma atuação na escola, local onde as crianças e adolescentes normalmente se encontram e que também já trabalham com a construção do conhecimento. Segundo nossos pressupostos a garantia da educação para saúde com vistas ao empoderamento do alunado deveria causar impacto e assim, resultaria em maior autonomia das pessoas em relação ao cuidado consigo mesmo, com o outro e com o meio em que vive, para a conquista da melhoria da qualidade de vida. Utilizamos, como toda a pesquisa científica, um método. Verificamos que o mais apropriado para tal estudo seria o fundamentado na Pesquisa qualitativa, pois através dessa forma, poderíamos desvelar nosso objeto de estudo recorrendo aos instrumentos metodológicos, tais como: a entrevista semi-estruturada, a observação participante e a análise documental, que podemos chamar de Triangulação. Nosso local de investigação foi um Centro Integrado de Educação Infantil (CIEP), que representa uma das escolas existentes no Município do Rio de Janeiro e se situa em área de extrema pobreza e acúmulo de diferentes necessidades. Nesse cenário, nossos atores pesquisados foram alunos e pais ou responsáveis. Os resultados que tivemos revelam a realidade precária em que vivem nossos entrevistados. Percebemos através de suas falas o conhecimento por eles compartilhados, mas também evidenciamos suas debilidades em não saber utilizá-lo da forma mais conveniente dentro do seu contexto. Essa constatação nos faz refletir que essa deficiência não pode ser atribuída aos indivíduos entrevistados, pelo contrário, deve orientar os agentes educadores e os formuladores das políticas públicas no sentido de possibilitarem a transformação do espaço da escola num ambiente que produza saúde permitindo aos seres humanos que fazem parte dela, estejam integrados nesse processo, empoderando-se, tendo sempre como pilar a promoção da saúde, que é a grande norteadora da saúde no seu sentido positivo.

ABSTRACT

This paper, focused on the study of educational health actions implemented in the school setting, directs the investigation on educational actions related to oral health promotion. Given that childhood and adolescence are periods of the life cycle marked by strong vulnerability, when the human being grows up and develops, both physically and intellectually, these stages deserve increased attention. It is therefore strategically important that actions are implemented at school, a site where children and adolescents generally meet and where the construction of knowledge also begins to be worked out. According to our assumptions, by guaranteeing an education in health with the aim of empowering the students, it should cause an impact and consequently result in more autonomy by the individuals in relation to the care for themselves, for other people and for the environment where they live, in order to improve the quality of life. As in any scientific research, a method was used, and we decided herein for the method based on the qualitative research, because through it we could unveil our object of study using methodological tools such as semi-structured interview, participating observation and documental analysis, which we may call Triangulation. The investigation was carried out at an integrated center for child education (CIEP), which is one of the modalities of school available in the municipality of Rio de Janeiro, located in an extremely poor area where different needs overlap. In this setting, the actors of this research were students and their parents or people in charge of them. The results show the precarious reality experienced by these individuals. Their talkings reveal not only the knowledge they share, but also their frailty in using it appropriately. This finding leads us to the consideration that these individuals cannot be blamed for this deficiency; on the contrary, it should be used by educational agents and public policy makers to transform the school setting into a health producing environment, therefore integrating the human beings that are part of it in this process and empowering them, always based on the notion of health promotion, a major guiding line for health in its positive sense.

SUMÁRIO

Apresentação	11
Pressuposto/Hipótese	19
Objetivo Geral	19
Objetivos Específicos	19
Justificativa	21
Fundamentação Teórica	23
Metodologia	58
Resultados e Discussão	67
Considerações Finais	146
Referências Bibliográficas	150
Anexo 1	160
Anexo 2	161
Anexo 3	162
Anexo 4	164
Anexo 5	166
Anexo 6	167
Anexo 7	168

Lista de Figuras

Figura 1: Classificação do total de alunos por sexo.	69
Figura 2: Classificação do total de alunos por idade.	69
Figura 3: Classificação do total de alunos por série escolar.	70
Figura 4: Classificação do total de pais ou responsáveis por sexo.	70
Figura 5: Classificação do total de pais ou responsáveis por idade.	71
Figura 6: Classificação do total de pais ou responsáveis por renda familiar.	71
Figura 7: Classificação do total de pais ou responsáveis por grau de instrução.	72
Figura 8: Classificação do total de pais ou responsáveis por situação conjugal.	72

1. APRESENTAÇÃO

A política de saúde que foi formulada a partir da 27ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, trouxe o desafio de alcance da meta conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT/2000). Esses objetivos foram ratificados em Alma-Ata (OMS, 1978), através do paradigma da Atenção Primária de Saúde (APS) consolidando um desejo de tornar o alcance da saúde mais democrático.

Entre seus requisitos indispensáveis estavam três eixos: a visão multissetorial, a valorização comunitária e a recomendação do uso de tecnologia apropriada. Cada um desses aspectos trazia contribuições complementares à melhoria de vida da população, pois seu intento era valorizar seus referenciais sócio-culturais no contexto da relação do homem com o seu entorno. Entendíamos que só a partir dessas condições poderíamos realizar ações em parceria com os próprios sujeitos, tendo em vista a qualidade de vida da comunidade.

O primeiro eixo considerava que a conquista da saúde extrapolava o setor da saúde e que seria adquirida levando em consideração o envolvimento das esferas ambiental, social e econômica. O segundo destacava o espírito de autoresponsabilidade - *individual, familiar, comunitário e nacional* – como sendo a condição para que as pessoas desenvolvessem livremente seus próprios destinos. Essa noção consistia na essência da atenção primária. O terceiro trazia o rompimento com uma rede de tecnologia de eficácia não comprovada, de excessiva complexidade e de alto custo e o acordo com outros tipos de tecnologia mais apropriados por serem tecnicamente satisfatórios, culturalmente aceitáveis e financeiramente viáveis (Mahler, 1981).

Essa proposta influenciou fortemente o pensamento e as tendências das políticas de saúde no Brasil e, conseqüentemente, interferiu no andamento de sua reforma sanitária, assim como em outros países.

De acordo com Halm (apud Mendes, 2001), existem três gerações diferentes de reforma sanitária se tomarmos a experiência européia. Devido ao nosso estudo se inserir, conjuntamente, nas reformas contemporâneas do setor saúde, nos deteremos na terceira, iniciada no final dos anos 90 e que ainda se mantém. Os aspectos que essa reforma engloba

são: introdução de mecanismos de definição de prioridades na oferta de serviços, visando à ampliação de cobertura, busca da equidade, melhoria da saúde pública, valorização da atenção primária à saúde através da reformulação dos modelos assistenciais, introdução da avaliação tecnológica em saúde e da medicina baseada em evidências, descentralização e participação social e empoderamento dos cidadãos (OPS/OMS,1999; Mendes, 2001).

Ao tentar alcançar maior equidade nas condições de vida, saúde e acesso aos Serviços e frente à necessidade de incrementar o nível de eficiência e garantir a sustentabilidade financeira desse setor, devem considerar-se os ajustes macroeconômicos e o replanejamento das políticas de gasto público derivados dos processos da reforma do Estado no marco da democratização e evolução (OPS/OMS,1999).

Apesar de toda a consistência teórica e metodológica da proposição da APS e de alguns ganhos alcançados com sua implementação, houve dificuldades desde o início com a operacionalização de seu eixo central. Este, se pautava na consideração da saúde não mais como um objetivo, e sim como um subsídio para a vida cotidiana e portanto, apoiado em recursos sociais e pessoais, além da capacidade física. Daí porque foi fundamental seu desdobramento na metodologia da Promoção da Saúde, pois essa, como ressaltou Tavares (1998) representa fidedignamente a opção política mais abrangente e eficiente para solucionar as condições de saúde da população, e assim conseguir ultrapassar os limites da meta de saúde para todos no ano 2000 conquistando no século XXI melhores resultados.

Para Vaistman (1992), a configuração do campo da saúde está diretamente relacionada ao processo social de produção, estando a resultante dessa implicação refletida nas condições de vida da população. A saúde, portanto, é alcançada com a harmonia da vida cotidiana, onde o indivíduo se relaciona consigo, com os outros e com o ambiente. Assim, a resposta satisfatória advém com o equilíbrio entre as várias esferas que cercam o ser humano inserido numa determinada sociedade.

Castellanos (1998) apresenta uma concepção aproximada, quando nos diz, que a saúde está ligada intrinsecamente com a vida do dia a dia dos indivíduos e populações, considerando assim, a mesma, como palco onde debutam e se entrelaçam os fatores que determinam a situação de saúde, que são respectivamente os processos biológicos e os sociais.

Dentro dessa lógica, a Promoção da Saúde, formalmente instituída a partir da I Conferência Internacional em Ottawa (1986) se coloca então, como estratégia privilegiada para intervenção nos determinantes da saúde, tais como: educação, alimentação, habitação entre outros (Brasil, MS, 2001). Em seu documento base - *A Carta de Ottawa* -, está definida como o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde. Nesse sentido, traz para o conceito de saúde dois grandes eixos: a) capacidade de um indivíduo ou grupo realizar aspirações e satisfazer necessidades; b) possibilidade de mudanças do contexto e/ou de seu enfrentamento, criando suas próprias estratégias de sobrevivência.

Torna-se primordial, portanto, o enfoque direcionado ao atendimento do conceito ampliado de saúde, ou seja, à nova concepção de saúde, e que segundo a Carta de Ottawa (Brasil, MS, 2000), seria possibilitado por uma metodologia contida em cinco campos de ação estratégicos: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

Dentre os campos de ação da promoção da saúde, anteriormente mencionados, o de criação de ambientes favoráveis (OMS/Sundsvall, 1991) destaca a escola como cenário privilegiado para implementação de estratégias abrangentes. Isto se dá porque a mesma se apresenta como local que proporciona a divulgação de ensinamentos, em geral, e também da saúde, pois mantém o contato integral com os alunos e seus pais.

As áreas prioritárias para o fortalecimento da promoção da saúde no âmbito escolar são (OPS/OMS, 1996):

- ◆ a integração da educação para a saúde no currículo escolar com um enfoque integral, com base numa metodologia participativa;
- ◆ o melhoramento dos serviços de saúde e de alimentação;
- ◆ a criação de ambientes físicos e sociais saudáveis.

Conceitos importantes também foram apresentados com a proposta da promoção da saúde:

- O empoderamento (“empowerment”) – *“O processo de ação social que promove a participação da pessoa, organizações e comunidades para metas de incremento do controle individual e comunitário, eficácia política, melhoria da qualidade de vida na comunidade e justiça social”* (Wallerstein, 1992) apud Restrepo (2001: 39).
- O cenário ou ambiente - facilita e favorece a saúde, como o do trabalho, do lazer, de moradia, da escola e da própria cidade, que compõem a agenda da saúde (Buss, 2000).
- A comunidade educativa – os alunos, professores, funcionários, pais e familiares (SMS/RJ, 2000).

Fundamentando-nos em Santos (1982), podemos considerar a escola como um local onde a prática social é exercida através da oferta de serviços à população. A escola é uma instituição fundamental na vida de qualquer ser humano que deseje se inserir na civilização letrada. A criança na escola adquire contato com diversos conhecimentos, inclusive de que tem direitos que devem ser respeitados, que serão importantes para que ela amadureça e possibilitem seu exercício de cidadania. Outro ponto importante é que a escola é um espaço onde o estudante, seus professores e outros funcionários passam a maior parte do tempo. Com isso, muito do que o aluno vivencia nesse local é incorporado por ele, socializado com sua família, devendo ser estendido à comunidade.

Em função desse quadro, é necessário e importante garantir a continuidade do que a criança aprende na escola, bem como, o acesso de seus pais às informações que potencializem esses saberes, já que necessitam manter em casa as mesmas orientações fornecidas na escola e que isso deve interferir positivamente no estilo de vida da família e no contato com a comunidade vizinha.

A evolução do conceito e práticas da saúde escolar caracterizou-se por diferentes concepções ao longo dos anos. A primeira denominação foi a de Higiene Escolar, do final do século XIX até 50; depois veio a Medicina Escolar, anos 50 e 70, logo, no final da década de 70 e início de 80, houve uma aproximação entre a Educação e a Saúde. Na

década de 80, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) trouxe o conceito ampliado de saúde, direcionando a saúde escolar na conformidade de uma política de saúde única seguindo os princípios básicos do Sistema de Saúde (SUS), que podemos conceber como uma Atenção Integral à Saúde da Criança em Idade Escolar (Silva, 1999).

Em conformidade com as influências instauradas nas políticas de saúde no plano internacional, o Ministério da Saúde no Brasil formulou um modelo de Programa Saúde da Família, seguindo os princípios da Atenção primária de Saúde (APS) e da Promoção da Saúde (PS), pois sua filosofia é fundamentada na: *“a compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social”* (Brasil, MS, 1998: 8).

Em continuidade a esse grande avanço na área da saúde, a Saúde Bucal foi incluída na estratégia de reorientação da atenção básica (Brasil, MS, 2000). Esse direcionamento político enfatiza o reflexo de sua importância como um dos enfoques voltados para a conquista da qualidade de vida, a partir da constatação de que o perfil epidemiológico nessa área ainda não é dos mais animadores.

Em relação às políticas de saúde bucal, ainda guardam um perfil distorcido do papel que deveriam representar. Quando verificamos o traçado percorrido por tais políticas nos deparamos com uma interrogação: por que motivos essas políticas não são comprometidas com as prioridades/ demandas de saúde da população? Os dados que seguem expressam a situação analisada nas considerações anteriores:

O Brasil apresenta-se no topo do “ranking” das doenças bucais com 100% da população manifestando doença cárie e/ou doença periodontal. A porcentagem de crianças de 02 anos que têm cárie é de 56%; quando é analisada a idade de 12 anos, a média de dentes cariados é de 07 dentes; o resultado fica ainda mais lastimável quando se trata do grupo de 60 anos, que possuem apenas 06 a 08 dentes naturais em toda sua arcada dentária (Silva, 1999).

A parcela da população que vem detendo maior prioridade para a Odontologia encontra-se na faixa de 6 a 19 anos de idade, que representa na sua maioria os escolares. Segundo Pinto (2000), isso é relevante devido a cinco (5) fatores:

- O aparecimento gradativo da dentição permanente.
- A menor capacidade de resistência do esmalte – em fase final de consolidação – ao ataque dos agentes causadores da cárie;
- Os resultados favoráveis que são possíveis conseguir com a aplicação de medidas preventivas de caráter coletivo;
- A presença da maioria das crianças e adolescentes nas escolas de 1º e 2º graus, as quais proporcionam facilidades de atendimento e um ambiente considerado propício à absorção de novos conhecimentos, entre os quais os conteúdos de educação em saúde;
- A possibilidade de utilização das instalações, espaços, equipamentos e recursos humanos (disponíveis para escolares) para o atendimento de não – escolares.

Em todas essas propostas aqui apresentadas a característica marcante foi a oferta de ações com o objetivo de esclarecer possível associação entre as suas debilidades no aprendizado e a presença de algum problema de saúde. Na verdade, as ofertas pouco se aproximavam das reais necessidades dos escolares e suas famílias.

Silva (1999), em seu relato, demonstra que até os dias atuais o discurso da saúde escolar se mantém. Continua a ser o mesmo do período higienista, normalizador e que impõe seus conteúdos como únicas verdades, tendo como preocupação maior, aspectos referentes ao social pela via da medicalização.

Martínez (1996) ao analisar a concepção tradicional biologicista pôde verificar a desvinculação entre saúde e educação. Segundo Gonzales y Mitjaus (apud Martinez, 1996) com o paradigma surgido posteriormente, denominado Educação para a Saúde pouca coisa mudou. Nessa abordagem, começa a ser valorizado o conjunto de conhecimentos e hábitos para prevenir enfermidades.

A concepção mais recente defendida pela autora citada anteriormente reconhece a relação evidente entre a saúde e o processo educativo. Segundo seu ponto de vista (Martinez, op.cit.: 20):

“As políticas sociais, emprego, a cultura, os valores etc. têm um importante e diferenciado impacto na saúde dos distintos grupos, camadas e classes da sociedade. A família, os

meios de difusão massiva e a escola constituem importantes contextos para a educação e a promoção da saúde, sempre em íntima relação com o macro contexto social em que estão inseridos”.

Sendo assim, o conceito de saúde não deve ser limitado à ausência da enfermidade, mas como um patrimônio subjetivo, construído sócio-historicamente pelo homem. Para essa conquista é fundamental que não identifiquemos o espaço escolar como reprodutivista, tal qual um dos Aparelhos Ideológicos do Estado, denominado por Althusser (1985). O próprio autor, no entanto, reconhece que esses aparelhos também podem servir como arena da luta de classes. Em suas palavras, o pensador reconhece que a escola é o aparelho de Estado dominante, acrescentando inclusive que o par - *escola-família* - substituiu o par - *igreja-família* - de forma mais competente, já que seu funcionamento possibilita a aquisição dos mais variados conhecimentos e valores desde que o escolar permaneça com assiduidade na escola.

Guattari (1981), por sua vez, nos convence de que o papel da escola em nossas vidas não é determinista, segundo seu ponto de vista a formação da nossa subjetividade não é mecanicamente plasmada, a criança não vive num mundo fechado, nem tampouco a família, pois os seres humanos são permeáveis a todas as forças circundantes, a todas as influências do campo social, inclusive a exercida na prática escolar.

As visões que cada um dos autores têm sobre escola são contraditórias, ao mesmo tempo em que as duas têm um caráter absoluto. Todavia devemos pensar a escola como um espaço compreendido entre esses dois pontos de vista, pois a maneira atual de concebê-la é como um local onde existe conflito de idéias e cultura, onde os saberes são compartilhados e os conteúdos são transmitidos, mas não de uma maneira impositiva. Pelo contrário, os alunos recebem informação e captam aquilo que lhes agrada e da forma que lhes convém.

Devemos considerar, portanto, o processo educativo como potencialmente conflitante e dialético, onde o sim e o não brigam e discordam. Sendo assim, como a escola pode contribuir para incorporar a saúde bucal como princípio educativo à prática social desenvolvida pela instituição?

A partir dessas premissas, visualiza-se com mais intensidade a necessidade de fortalecer a reorientação das ações de saúde, com ênfase para a saúde bucal na atenção básica incluindo-se aí também algumas ações descentralizadas na escola. Esta necessidade se concretiza quando nos deparamos com as características que permearam ao longo dos anos as políticas de saúde bucal. As mesmas sempre guardaram um perfil fragmentado e suas finalidades de resguardar a saúde e o bem estar da população, embora fossem apontadas como objetivos primordiais, não passaram de meras tentativas fracassadas.

Dessa forma, dirigimos nosso foco de atenção aos escolares, por representarem uma parcela importante dentro do ciclo de vida familiar e assim, através deles conseguir atingir seu núcleo familiar. O cuidado direcionado à estrutura familiar permite à equipe de saúde informar-se e analisar a família segundo as características e manifestações específicas de cada um, respeitando os diversos ciclos individuais existentes.

Na construção do objeto de nossa pesquisa vieram algumas reflexões iniciais, que no entanto não pretendemos responder nesse estudo. Na verdade, constituíram base para que pudessemos refinar nossa problematização expressa na hipótese, e que ao nosso ver, foi confirmada pelo alcance dos objetivos propostos.

Partimos assim, das seguintes questões:

- 1) Entendendo a importância do grupo criança/ adolescente/ escolar no ciclo de vida familiar¹, como a escola pode contribuir na construção de indicadores de sua qualidade de vida e saúde e de sua família?
- 2) Como se insere a proposta da promoção da saúde bucal na reorientação da atenção básica no sentido do empoderamento da comunidade educativa?
- 3) Como o cenário da escola pode favorecer as ações de educação para a saúde?

PRESSUPOSTO/HIPÓTESE

O impacto das ações educativas em saúde, desenvolvidas no espaço da escola, com ênfase na promoção da saúde bucal têm como exigência garantir o empoderamento dos escolares e suas famílias no sentido da busca da qualidade de vida.

OBJETIVO GERAL

Analisar as ações educativas em saúde, voltadas para a promoção da saúde bucal implementadas na escola e a sua interação com as demandas/necessidades de saúde dos escolares e suas famílias, para a construção de indicadores de qualidade de vida e saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar as ações educativas em saúde desenvolvidas na escola, com ênfase na saúde bucal.
- 2) Analisar as representações sociais dos escolares e suas famílias sobre suas prioridades/demandas de saúde, incluindo as de saúde bucal.

ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

O nosso trabalho foi estruturado em seis capítulos, conforme iremos descrever:

O primeiro, introdução, que traz a apresentação do tema e do marco teórico. Também são explicitados a hipótese e os objetivos geral e específicos.

No segundo é exposta a justificativa do estudo, mostrando a relevância e a importância do mesmo.

O terceiro trabalha os conteúdos da fundamentação teórica que subsidia o nosso estudo e foi subdividido em três subcapítulos: A Nova Visão da Saúde: A Saúde Pública; Promoção da Saúde e Empoderamento; A escola como Instituição Mediadora de Políticas Públicas de

Educação para a Saúde e a Importância da Reorientação da Saúde Bucal através da Atenção Básica.

O quarto trata das questões metodológicas, tanto o método empregado quanto os instrumentos utilizados para alcance dos objetivos propostos.

No quinto apresentamos os resultados da análise dos dados, articulando-os com as principais categorias teóricas que circunscrevem o objeto.

Por fim, temos o sexto capítulo que versa sobre as considerações finais do estudo, onde são levantadas questões que merecem destaque e que propõem maior rigor para que sejam mais bem trabalhadas.

Notas:

¹ *ciclo de vida familiar* - corresponde a uma seqüência normal de etapas pela qual passa uma família ao longo de sua existência (Lucía, 1996).

2. JUSTIFICATIVA

Quando pensamos em saúde bucal percebemos que a mesma é um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla, enquanto qualidade de vida. Todavia necessita de mecanismos que ampliem as suas ações para que a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil seja alcançada. O levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, portanto, representa um “trunfo” gerador de dados. Essas informações servirão para a elaboração de instrumentos para a definição de estratégias que orientem a operacionalização de ações voltadas para esta problemática (Brasil, MS, 2000).

Damos destaque também para a importância e necessidade de sua expansão na medida em que sejam contemplados os princípios do SUS, com ênfase na equidade e na integralidade, articulando atividades promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras para vários grupos populacionais que convivem em um mesmo território (Brasil, MS, op. cit.). Portanto, dessa forma a Odontologia estará contribuindo no cumprimento desses princípios do Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva os escolares representam um grupo contido dentro do ciclo familiar, que por motivos inerentes a sua fase de desenvolvimento humano, mostram-se como prioritários no que concerne à saúde bucal.

A escola sendo um local privilegiado da prática social ao longo dos anos também pôde se apropriar de mudanças significativas na sua constituição. Desde a década de 80 são visíveis as novas propostas de educação traduzidas em perspectivas transformadoras (Gadotti, 1997). Nesse sentido o espaço escolar deixou de ser visto como local de reprodução da cultura das classes dominantes, passando a ser vista como um lugar de conflito, em que os sujeitos da classe popular compartilham a sua cultura, seus desejos, suas expectativas com o saber oficial.

O papel da escola, portanto, é fornecer elementos para a capacitação dos alunos para uma vida saudável. Considerando como instrumento básico a educação para a saúde como um fator de promoção e proteção à saúde e estratégia para a conquista dos direitos de cidadania. Sua inclusão no currículo responde a uma forte demanda social, num contexto

em que a tradução da proposta constitucional em prática, requer o desenvolvimento da consciência sanitária da população e dos governantes para que o direito à saúde seja encarado como prioridade (Brasil, ME, 2001).

Sendo assim, vemos no nosso estudo a possibilidade de contribuir para a formação de uma equipe interdisciplinar no interior da escola, com vistas a criar: bancos de dados, materiais pedagógicos, documentos científicos, seminários para a divulgação permanente da Promoção da Saúde do Escolar e de sua Família.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3. 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as características das políticas públicas sociais seguiram o padrão internacional. Até o final da década de 80 seu aspecto trazia o perfil residual e meritocrático-corporativo (Draibe, 1989) apud (Carvalho et al.,1998). Entretanto os conflitos geradores de mudanças no setor saúde, especificamente, começaram a interferir desde meados de 70, trazendo em seu bojo as necessidades de reformas no sistema de saúde. Essa intervenção trouxe o apelo pela ampliação da universalização da saúde, assim como a urgência em diminuir os gastos do setor (Viana, 1997).

As Políticas de Saúde obedecem a um misto de saberes e práticas que são contraditórias, pois de um lado encontramos a conformação de um sistema público e do outro, um sistema privado de saúde, representado pelos planos de seguro de saúde que não se articulam.

Diante de diversas abordagens pelas quais passaram as políticas de saúde no Brasil, percebemos que embora as condições de vida e saúde das populações continuam inadequadas, há maior acesso aos Serviços de grande parte da população que antes estava excluída dos direitos à saúde.

Nesse trabalho, procuramos entender o campo da saúde pública e os ganhos alcançados devido não só à contribuição trazida pelos movimentos sociais na transformação da forma de relacionamento do Estado com a sociedade civil. Como enfatiza Almeida (1997) foi de grande importância a pressão das Agências Internacionais, tais como a OMS que interferiram e influenciaram fortemente na construção dessas mudanças. Com isso, evidenciamos que o assistencialismo vem sendo paulatinamente substituído por paradigmas mais comprometidos com a participação dos usuários e beneficiários da saúde.

Dentre as políticas de saúde contemporâneas temos a proposta da promoção da saúde que aponta para um novo conceito de saúde, percebida não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana. Para tal, destaca-se a consideração dos meios sociais bem como as capacidades físicas (Buss, 2000a).

Daí se apreende a importância do desenvolvimento da capacitação dos indivíduos e comunidades sobre os fatores determinantes de sua saúde, o que vem sendo denominado de empoderamento. Esse componente educativo possibilitará uma atuação no sentido de melhoria da qualidade de vida e maior controle desse processo (Buss, op. cit.).

Nesse contexto a promoção da saúde sai dos centros de saúde e se estende para as comunidades, escolas, o que favorece a criação de ambientes favoráveis à saúde.

Estaremos voltados, mais especificamente, para as mudanças ocorridas nas políticas de saúde bucal culminando com sua reorientação através da atenção básica, tendo em vista a articulação que os diferentes conceitos tiveram com os contextos históricos.

Assim, com a finalidade de ampliar a compreensão do nosso objeto de estudo, iremos contextualizá-lo através de uma revisão de literatura, a qual foi subdividida nos seguintes tópicos: 1) Nova Visão da Saúde: A Saúde Pública; Promoção da Saúde e Empoderamento; 2) A Escola Como Instituição Mediadora de Políticas Públicas de Educação Para a Saúde; 3) A Importância da Reorientação da Saúde Bucal através da Atenção Básica.

3. 2. NOVA VISÃO DA SAÚDE

3. 2. 1. A SAÚDE PÚBLICA

No sentido de adaptar-se ao novo perfil de necessidades decorrentes das transformações demográficas, sociais e econômicas a saúde pública tradicional teve que ser reformulada e suas características de enfrentamento das epidemias foram ampliadas. Doravante, um novo perfil de luta da saúde pública está sendo construído para que os desafios sejam superados e que mantenhamos positivo dessa forma o impacto nas condições de vida e saúde da população.

Daí porque a saúde pública vem sendo considerada não somente a saúde *das populações*, mas também, a saúde *pelas populações* e quando trazemos essa questão como destaque, queremos vincular os aspectos culturais, o conceito de capital social e de práticas sociais.

Todos os três pontos são intrinsecamente relacionados e uma articulação cuidadosa e satisfatória dos mesmos pode refletir no melhoramento e na maior compreensão do campo da saúde pública.

A *cultura* representa a identidade propriamente dita de uma sociedade e portanto, relaciona-se à postura que temos ao enfrentar os desafios que a vida nos impõe. É indispensável ter sempre a visão de que a sua constituição é possível pelo acúmulo de experiências passadas, mescladas com as do presente e com vistas ao futuro. Podemos simplesmente conectar o termo cultura ao processo de formação de uma determinada sociedade ao longo do seu desenvolvimento histórico (Schelling, 1990).

Por outro lado, a conformação da cultura de uma determinada sociedade será de fundamental importância na constituição do *capital social*, pois esse se reveste de sentido quando toma por base a cultura. Sendo assim, o capital social estaria relacionado a todo o conjunto de valores sociais institucionalizados pela sociedade e organizados a fim de possibilitar o estabelecimento de redes de relações que favoreçam o pleno desenvolvimento (OPS/OMS, 2002).

Acrescentamos a esse raciocínio acima, as considerações de Maturana (2001) acerca do conceito de convivência. Este autor valoriza a “negociação” que os sujeitos possam praticar entre si mutuamente, unificando seus desejos comuns em detrimento de divergências e discordâncias existentes entre eles. Nesse sentido, aposta em que os resultados dessa interação trarão os pilares para um novo tipo de convivência gerada “no espaço do desejo” e utopias da população. Com isso, as redes de relações são fortalecidas e o alcance das metas propostas estarão possibilitadas a serem atingidas da melhor maneira possível.

Santos (2002) também considera importante o conceito de rede e as relaciona às situações históricas da vida humana. Para ele há duas formas de conceber a noção de rede: uma associada às questões materiais ligadas aos meios de produção e a outra que se remete à esfera social. Sendo assim, a interação dessas duas correntes evidencia que é através da ação do homem que ele constrói e transforma a sua existência.

Como síntese do papel que exerce na sociedade a cultura e o capital social temos as *práticas sociais*² que traduzem esses dois itens através de ações comprometidas com a melhoria de vida e saúde da população. No documento conceitual sobre “A Saúde Pública nas Américas” (2002) são considerados quatro agrupamentos de práticas sociais que podem nos aproximar de forma mais fiel do caminho da conquista de uma saúde satisfatória para a maioria dos seres humanos. São eles: 1) Desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura da vida e da saúde pública; 2) Atenção às necessidades e demandas de saúde; 3) Construção de entornos saudáveis e o controle de riscos e danos à saúde coletiva e 4) Construção de cidadania e da capacidade de participação e controle sociais.

A reorientação dos serviços destaca que, para atender às demandas das comunidades, sua organização necessitaria abranger quatro grupos de práticas de saúde, a saber: transformações sociais, econômicas e culturais; vigilância à saúde compreendendo ações de prevenção e promoção; clínica e reabilitação; urgências e emergências.

O primeiro grupo trata de questões mais gerais que estão presentes fora do setor saúde, logo é de extrema importância que se executem políticas públicas saudáveis para seu alcance. Esse grupo interfere predominantemente nas condições de vida e em menor escala no estilo de vida dos indivíduos e populações.

A vigilância à saúde trabalha tanto com as ações de prevenção ligada aos fatores de risco das doenças quanto com a promoção da saúde voltada à potencialidade da saúde. Ou seja, requer ao lado de ações competentes do setor saúde, a mediação estratégica para o trabalho intersetorial. O terceiro e quarto grupos estão relacionados à medicina científica e, portanto são encarregados em diagnosticar e tratar os indivíduos seja programadamente ou não.

O conjunto dos grupos é fundamental, pois contempla de forma abrangente as necessidades da população. O desafio é haver o equilíbrio entre tais necessidades e o investimento governamental.

Como percebemos são vários os fatores envolvidos no estabelecimento e manutenção de uma articulada estrutura de serviços de saúde. Mesmo que esteja exposta a necessidade de transformações econômicas, sociais e culturais como questões fundamentais que

influenciam positivamente na reorientação dos serviços de saúde, na realidade as ações exercidas não ultrapassam a esfera da vigilância à saúde. Nesse caso, os investimentos na melhoria das condições de vida são deixados à deriva.

Esses quatro grupos de práticas, na realidade, não estão sendo contemplados, pois até o momento, o máximo que nós percebemos acontecer além dos dois últimos grupos que já são hegemônicos é o incentivo a vigilância à saúde. Pouca é a preocupação no que concerne às esferas macro e que são fundamentais para que ocorra a promoção da saúde no sentido mais completo do conceito.

Torna-se fundamental, então, para a compreensão da saúde pública, a consideração dos conceitos de sistema de saúde, atenção à saúde e a atenção médica pelo motivo de haver uma inter-relação entre a mesma e essas esferas que compõem a área da saúde. É interessante percebermos que a concepção e o propósito dos sistemas de saúde são o atendimento das necessidades sociais de saúde. Portanto, englobam desde valores primordiais que são a eficácia e a satisfação social até pontos complementares e intermediários nos quais estão incluídas a equidade, a participação social, a eficiência e a descentralização (OPS/OMS, 2002).

O documento elaborado pela OPS/OMS sobre a saúde pública nas Américas (2002) nos traz cinco grupos relevantes de recursos e situações que são importantes para que os objetivos da gestão dos sistemas de saúde sejam contemplados: Liderança, informação, recursos humanos adequados e capacidade física, conhecimentos e tecnologias e financiamento. Alertamos que esse último tem uma maior representatividade pelo fato de ter a possibilidade de proporcionar influências e resoluções significativas em relação aos outros itens mencionados. Porém, devemos enfatizar também, o papel de destaque que é exercido pela informação no mundo atual globalizado, onde adquire a conformação de rede e com isso potencializa sua atuação.

O elo existente entre a saúde pública e o campo político faz-se principalmente pela sua instrumentalização como meio para se alcançar o pleno funcionamento das engrenagens que são necessárias ao bom desempenho social da saúde pública, como um conjunto de

atributos que estão preocupados com a saúde da população, e independente de qualquer fator.

A promoção da saúde expressa bem esse vínculo, pois além de trazer como destaque a importância dos componentes de educação para a saúde, busca atuar sobre os determinantes da saúde através de um trabalho intersetorial, portanto essencialmente, político. Traz também como característica de atuação, a preocupação exacerbada com a conquista e preservação da saúde, sendo que essa é alcançada através de muito empenho e determinação, contando com ações bem sucedidas que são dirigidas *“aos diversos núcleos, tanto os referentes às pessoas e comunidades quanto os voltados aos processos, condições e sistemas que necessitam ser modificados favoravelmente à saúde”* (Restrepo, 2001:36).

Em se tratando de saúde pública o Estado tem papel fundamental, mas não é o único a se envolver nos trâmites que regem a saúde pública, estando presentes também, as organizações públicas não governamentais e em menor proporção o setor privado.

O grande desafio da saúde pública, no Brasil, encontra-se na esfera da atuação *pela* saúde da população, pois esse enfoque privilegia os aspectos que tratam das condições de vida e saúde das populações e para tal, leva em consideração a dimensão de estilo de vida não somente, mas também a dimensão mais global que inclui aspectos externos aos hábitos dos indivíduos e comunidades, tais como os fatores ambientais e macro econômicos e políticos. Essa superação é de extrema importância quando nos deparamos com alguns pontos que ainda são preponderantes na nossa sociedade e que podemos destacar: assistencialismo, ações voltadas à cura, fragmentação da atenção.

Estudos (OPS/OMS, 1999; Paim & Almeida Filho, 2000) evidenciam que há uma crise da saúde pública, tanto referente a sua base técnico-científica quanto ao seu campo de práticas. Os motivos são diversos e complexos, perpassando por questões que Paim & Almeida Filho (2000:14) relatam serem *“provocadoras de impasses e limitações, tal como a crescente tecnificação da prática médica e a biologização dos modelos conceituais, gerando um enfraquecimento dos discursos ”sociais da saúde”*.

Os mesmos autores (op cit.) consideram indispensável uma análise de paradigmas e propostas de ação que contemplem os assuntos coletivos da saúde. Trazem para o debate o movimento iniciado há vinte anos atrás, na América Latina, chamado de Saúde Coletiva e mostram que existem pontos em comum com a saúde pública institucionalizada. E como alternativa de substituição da “velha saúde pública” (aspas nossas) nos trazem como preponderante a maior participação da sociedade nas condições de saúde e a “*incorporação do complexo promoção-saúde-doença-cuidado*” (Paim & Almeida Filho, op. cit.:57).

A saúde pública tem que combater os obstáculos impostos às políticas sociais, dado a própria crise que têm enfrentado alguns grupos que vivem em situações de desigualdade, nos países capitalistas. Acrescenta-se também, os novos obstáculos impostos pelo processo de globalização, pois apresentam alto impacto na saúde e nas políticas de saúde. Sendo assim, os desafios encontrados pela Saúde Pública no contexto da Globalização são diversos e bastantes complexos. Caracterizam-se por seus aspectos políticos, econômicos e sociais.

Como consequência da crise de toda a ideologia que permeia o estado moderno e a ascensão do novo tipo de relação instituído com a globalização, o campo da saúde, segundo Carvalho (1996:105), sofre grande impacto devido a tais transformações:

“seja ao nível de seu objeto (processo saúde enfermidade de indivíduos e coletividades) ou seja ao nível do instrumental teórico-metodológico em que se apóiam o conhecer e o fazer sanitário.”

A Globalização, na política, interfere na dinâmica do poder e nos interesses econômicos de grupos multinacionais, estando direcionada ao bem estar de uma pequena parcela da humanidade. O que impera é um “novo” sistema organizativo e político, o Neoliberalismo. Esse representa a imposição de um Estado mínimo, onde os direitos sociais e as políticas sociais são suprimidas em troca do fortalecimento da intervenção privada. O que é estimulado é a subordinação dos países em desenvolvimento aos programas de “ajuste fiscal” do Fundo Monetário Internacional (FMI)- Banco Mundial (Noronha & Soares, 2001).

Dessa forma, são impostas normas elaboradas pelos países desenvolvidos, fundamentadas na receita do grande capital, como: diminuição dos gastos no mercado interno, aumento da exportação, aumento da importação de produtos de bem de consumo e o pagamento da dívida externa, afim de assegurar os investimentos do capital externo. Esses programas são responsabilizados pela a desestruturação econômica e segregação social em tais países (Vieira, 2000).

Levando em consideração a esfera econômica, as medidas adotadas pelo governo geram uma crise de proporções fenomenais. De acordo com Vieira (2000: 84):

“A abertura econômica, a integração dos mercados e a privatização têm sido apresentadas como panacéia do desenvolvimento. As conseqüências sociais são graves: aumento do desemprego, aumento da pobreza e da concentração de renda, conflitos sociais, degradação dos serviços públicos, deterioração da qualidade de vida, destruição ambiental”.

Já em relação à faceta social, a Globalização traz conseqüências desastrosas e desumanas. Grande contingente da população mundial encontra-se em estado de pobreza e sofrendo muito com a desnutrição causada pela fome. Além dos problemas relatados, no século XXI, um dos principais problemas relacionados às cidades será o desemprego urbano que assolará a sociedade como um todo, sem restrições.

Não podemos deixar de falar das questões que dizem respeito ao meio ambiente, dado sua relação intrínseca com a saúde, encontrando-se em desequilíbrio em função do modelo de desenvolvimento adotado pelos Estados Modernos. O ser humano desenvolveu meios tecnológicos de interferir na natureza, que nem sempre se mostraram benéficos e direcionados ao equilíbrio do ecossistema. O modo de produção e vida da população, portanto, são os responsáveis pelos danos causados à natureza e à grande parte da população mundial, dentre eles podemos destacar a poluição, por estar intrinsecamente relacionada ao processo de industrialização; a insuficiente disponibilidade de água potável para todos do planeta e a carência na rede de esgoto, que causa a falta de saneamento básico em vários locais do mundo.

O surpreendente é que os maiores causadores dos danos à natureza são os países desenvolvidos que contêm apenas 20% da população mundial e sua capacidade de poluição é na ordem de 80% do total (Vieira, 2000) Então, analisando criticamente a esfera ambiental podemos concluir que os países que estão se desenvolvendo não devem repetir os erros advindos do modelo de desenvolvimento do passado, para isso precisam interagir com o meio ambiente, de maneira sustentável, respeitando os ciclos da natureza.

Quando analisamos os prós e os contras da Globalização, percebemos que os males são grandes em se tratando dos países em desenvolvimento. Nesse panorama globalizado, configura-se a polêmica acerca da Promoção da Saúde que compele à Saúde Pública. Além de ter que incorporar uma atualização de conhecimentos técnicos ou de compromissos sociais, necessitará desenvolver outras estratégias de atendimento frente às demandas de saúde da população, em função da existência de um novo paradigma sanitário. É fundamental para isso a busca de parcerias, tanto no conteúdo interdisciplinar, quanto na ação intersetorial. Outro desafio encontrado pelo campo da saúde pública é a necessidade de superação da relação entre coletivo/individual, pois:

“a busca da saúde envolve um processo que não se restringe ao acesso universal a bens e serviços de consumo individual ou coletivo, e cada vez mais se desenvolve no território das relações interpessoais, onde direitos e deveres recíprocos marcam as relações indivíduo/indivíduo e indivíduo/coletivo” (Carvalho,1996:116).

Na verdade, concordamos com Santos (1999) que nos alerta para desconfiarmos da forma autoritária com que a ciência moderna moldou nossas percepções sobre os fenômenos sociais. Por isso precavém-nos dizendo:

“As práticas sociais alternativas gerarão formas de conhecimento alternativos. Não reconhecer estas formas de conhecimento implica deslegitimar as práticas sociais que as sustentam e, nesse sentido, promover a exclusão social dos que as promovem” (Santos, 1999: 329).

Dentre as condições para que alcancemos sucesso na empreitada feita em direção da saúde de todos, temos a captação de recursos e meios sejam eles materiais ou intelectuais. Sem

esses elementos, não há possibilidade estrutural de combate frente aos obstáculos surgidos ao longo do processo de busca de saúde.

Conforme analisado até aqui, as políticas que são direcionadas à garantia de direitos à população e não a qualquer outros interesses são as políticas sociais. Através do exercício dessas, a população é representada e, de certa forma, algumas leis ou regras que regem os homens em sociedade podem ser satisfatoriamente desempenhadas. A razão do bom desempenho dessas políticas, entretanto, ocorre quando há, paralelamente, um investimento ativo destinado à população.

Como base dessa atuação, encontra-se a construção de uma nova subjetividade. Alerta-nos Santos (1999: 333): *“De nada valerá inventar alternativas de realização pessoal/coletiva, se elas não são apropriáveis por aqueles a quem se destinam”*.

Os aspectos referentes à constituição das políticas de saúde despertam bastante interesse por parte dos países desenvolvidos, mais especificamente dos Estados Unidos que buscam a qualquer custo manter e impor a sua hegemonia perversa no panorama mundial (Mattos, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), como fórum específico, trata dos assuntos que estão ligados à saúde e vem desde o pós-guerra ditando as políticas de saúde e de formação dos profissionais dessa área.

Nos países em desenvolvimento, até recentemente, sua influência foi refletida de maneira preponderante, pois presente em sua concepção estava a ajuda a esses países que se encontravam em estado de necessidade. Conjuntamente com o Fundo das Nações Unidas (UNICEF), a OMS promoveu a Conferência de Alma-Ata (1977) que proporcionou a discussão sobre a importância e eleição como destaque dos cuidados primários para saúde das populações dos locais onde imperavam sua atuação.

O Brasil, como país membro da OMS, vem incorporando também na sua história de desenvolvimento das políticas de saúde as principais orientações/discussões estabelecidas no panorama mundial. A aquisição dessa experiência foi possível devido à própria

conjuntura político-econômica instalada no país. Essa favoreceu a implantação dos interesses externos, embora reconheçamos que os espaços para o estabelecimento de diretrizes nacionais serão conquistados na medida em que a intervenção dos setores políticos associada aos interesses da população conseguirem uma convergência em seus objetivos.

3. 2. 2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de vigilância à saúde proposto no III Congresso Brasileiro de Epidemiologia (1997) sugeriu duas concepções: a restrita e a ampliada. A primeira entende o conceito como uma intervenção voltada para o conhecimento, previsão, prevenção destinada ao atendimento dos problemas de saúde de uma população num território determinado. A segunda pretende resgatar uma metodologia cuja relevância se dirige à organização dos serviços e ações tendo como eixo a visão social de saúde a partir da moderna epidemiologia.

Apesar dessa evolução teórica e metodológica, ainda temos o modelo biomédico predominante na organização da atenção à saúde. Em função da permanência desse modelo torna-se necessário uma análise retrospectiva de como e por que se incorporou essa filosofia assistencial vigente até hoje.

Antes do modelo biomédico se sobressair como modelo hegemônico da sociedade científica o que havia até então era uma disputa entre várias formas de interpretação acerca de como seria a concepção das doenças.

Segundo Foucault (1987a), foi somente no século XVII que houve o nascimento da clínica. Nessa época, o campo da medicina sofreu uma mudança, passando a trabalhar com o olhar. Foram utilizados os benefícios da anatomia patológica para compreender melhor como funcionava o organismo humano e, também, como se comportavam determinadas lesões.

No século XIX, a teoria do contágio tomou outra forma e dessa maneira incorporou valores médicos do século XVI como: localização, especificidade intervenção. Houve também reformulação na maneira de se relacionar com os casos de doença através da obtenção de

dados com a observação e a experimentação. Mas foi a teoria microbiana, neste século XIX, que despertou o interesse dos cientistas, pois significou um novo patamar de relação com a natureza, onde novas formas terapêuticas ganharam espaço (Czeresnia, 1997).

Podemos perceber que por muito tempo a doença se manteve em destaque, a preocupação maior era em compreendê-la em sua essência, ou seja, como e porque ela se manifestava.

Leavel e Clark (1976) através da concepção da história natural da doença, formularam um esquema lógico que acompanhava todo o desenrolar do processo de adoecimento. Elaboraram os níveis de prevenção, que podem ser denominados de: primário, secundário e terciário. Pelo que podemos perceber, a prevenção significa o mapeamento de todo o desenvolvimento de uma doença a fim de que um mal pior possa ser evitado. Portanto, está relacionado ao conceito de doença.

Por outro lado, hoje vemos surgir a prevenção contemporânea além da concepção da saúde pública baseada em evidência, que trabalha ao mesmo tempo com o enfoque de cientificidade centrada na medida de impacto e a relação custo benefício. Sendo assim, sua estratégia abrange o diagnóstico clínico e laboratorial precoce (“screening”), aconselhamento, imunizações e profilaxia. O “screening” na atualidade obedece a um calendário de execução segundo idade, sexo e outros fatores de risco ao lado de inovações clínico- laboratoriais e experiência profissional. Essas ações são realizadas não apenas pelo médico, mas por outros profissionais da saúde e dirigidas ao grupo familiar e à comunidade no que concerne à saúde física, mental e a componentes sociais e ambientais (Buss, 1999).

A promoção da saúde surgiu primeiramente como uma consequência do que estava sendo proposto no campo da saúde, no cenário mundial a partir da evolução expressa no conceito ampliado que vem com a nova visão voltada para o termo saúde. A valorização da saúde é um componente importante dentro do processo do desenvolvimento humano, pois traduz a qualidade de vida e o direito à cidadania. Pensando dessa forma e também constatando que estava acontecendo o caos nas condições de saúde das populações, sem maneira de ser sanada, somente pelas estruturas do setor saúde, é que o conceito de promoção da saúde vem sendo construído há 25 anos.

Como idéia precursora tivemos o Informe Lalonde (1974) que de início procurou organizar a partir de quatro grupos um modelo explicativo que denominou de campo da saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida, organização da atenção da saúde. Esse autor percebeu que a morbidade e a mortalidade estavam amplamente vinculadas às três primeiras esferas e em menor escala havia a influência da atenção à saúde. Foi a semente para elaboração da Carta da promoção da saúde, Ottawa (1986) que a partir de então vem fortalecendo a luta por uma visão mais positiva da saúde.

A contribuição da promoção da saúde então, foi o enriquecimento na forma de seguir a vida, pois nos alertou que o bem viver só pode ser vivido quando os vários setores da sociedade caminham na mesma direção, sendo esta repleta de justiça.

A promoção da saúde apresenta uma dimensão individual e outra coletiva. A primeira relaciona-se às atividades que visam a transformação do comportamento dos indivíduos, centrando-se em seus modos de vida, sendo direcionada ao núcleo familiar e ao ambiente cultural que a cerca. As atividades de promoção perpassam pelas práticas educativas que alertam sobre os riscos comportamentais, isto é no âmbito de fatores em que os indivíduos detêm algum controle, como é o caso do hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas entre outras (Buss, 2000b).

A outra dimensão, a coletiva, é a que vem caracterizar a promoção da saúde atualmente, pois traz como ponto importante a influência dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Suas atividades estão mais orientadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido no amplo sentido de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas, de ambientes saudáveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço do poder de decisão dos indivíduos e das comunidades (empoderamento) (Buss, op. cit.).

Primeiramente na concepção de Leavel e Clark (1976), a promoção da saúde, como componente do nível primário de prevenção teve como alvo o indivíduo, centrando-se no âmbito dos estilos de vida. Preocupava-se isoladamente com cada pessoa deixando de pensar a saúde de forma mais coletiva, culpabilizando cada um por seus hábitos sem fazer uma articulação com as condições estruturais que os cercavam. Essa visão passou a ser

insuficiente à medida que houve mudanças na maneira do homem se relacionar com o mundo ao seu redor. Devido à interferência do homem na natureza, fruto da busca de adaptação frente ao seu acaso, novas preocupações surgiram associadas a essa nova conformação. Esse fato gerou a alteração do perfil epidemiológico.

O componente estilo de vida, relaciona-se às questões inerentes aos indivíduos e suas escolhas, ou seja está ligado à dimensão individual, estando associado aos hábitos de vida pessoais. Sua importância está na busca de hábitos de vida mais saudáveis através da modulação do que Carvalho (1996) alertou de riscos autocriados que envolvem desde a atividade de lazer e padrão de consumo, como também as situações ocupacionais. O trabalho desenvolvido nessa esfera tem sido alvo de críticas, pois é repleto de contradição, ao mesmo tempo em que se defende a melhoria da saúde dos indivíduos, culpam-se eles por seus problemas de saúde.

Tentando superar esse entrave nos detemos no pensamento de Nancy Milo, que de acordo com Kickbusch (1996) sugere que o estilo de vida engloba padrões de conduta determinantes das suas escolhas “possíveis” dentro do seu universo sócio- econômico, mais de acordo com as possibilidades de desenvolvimento das habilidades pessoais e comunitárias, na direção do empoderamento.

Como caminho de concretização da dimensão coletiva da promoção da saúde, foram realizadas outras Conferências Internacionais a fim de aprofundar os pontos levantados em Ottawa (1986) e considerados importantes a serem trabalhados.

A segunda Conferência foi a de Adelaide (1988), que tratou com rigor do tema sobre as políticas voltadas para a saúde que pressupõem alcance da intersectorialidade. A discussão estabelecida coloca em destaque a necessidade dos vários setores governamentais participarem de um mesmo projeto norteado não somente pelos aspectos econômicos, mas sim comprometidos com a questão da saúde. Sendo assim, a saúde passa a ser valorizada em dois âmbitos, um como “*direito humano fundamental*” e outro como um “*sólido investimento social*” (Brasil, MS, 2001:26). São também tratados assuntos referentes à equidade, ao acesso e desenvolvimento, além do incentivo à constituição de novas alianças em prol do incremento das ações de saúde. Houve a eleição de quatro áreas prioritária para

se atuar, a saber: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criando ambientes saudáveis.

A terceira aconteceu em Sundsvall (1991) e abordou os Ambientes Favoráveis à Saúde. Nesse sentido, tornou-se evidente a importância do engajamento que o meio ambiente saudável tem com as questões relacionadas ao bem-estar e à saúde da população. Desse modo, ficou explícito que as condições que propiciam a saúde não podem deixar de prescindir da melhoria da qualidade do ambiente físico, social, econômico e político.

Em Jacarta (1997), na Quarta Conferência são apontados os novos desafios a serem enfrentados no século XXI. Logo, tem como prioridades promover a responsabilidade social para com a saúde, aumentar os investimentos para seu fomento, consolidar e expandir parcerias, aumentar a capacidade comunitária e conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde. Diante desse contexto, até o setor privado se “sensibiliza” e se inclui no conjunto das instituições governamentais e não-governamentais, fortalecendo o quórum daqueles que vinham defendendo as políticas públicas voltadas para a promoção da saúde.

A Declaração do México, em junho de 2000, determina como prioridade relacionada à promoção da saúde um conjunto de ações que extrapolam as idéias. Essa nova fase recomenda como eixo principal colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais. Com esse objetivo foram levantadas as necessidades de mais investimento econômico nas ações gerais, como também na área da pesquisa científica (Brasil, MS, 2001).

3. 2. 3 EMPODERAMENTO: Do Sujeito “EM SI” ao Sujeito “PARA SI”

As políticas públicas de saúde têm sido sistematicamente marcadas pelo apagamento do sujeito. A responsabilidade desse enfoque se associa ao viés positivista que considera o social como objeto ou fato, quando se trata das concepções biomédicas de saúde-doença. Nas organizações dos serviços de saúde, no seu planejamento e avaliação, a ênfase tem sido muito maior nos métodos que conferem relevância às relações entre funções, papéis e relações técnicas. Mesmo após o surgimento do planejamento estratégico seus objetivos são

voltados para perceber a vontade dos diferentes atores a fim de controlá-los e dominá-los, mostrando a concepção autoritária de organização da saúde coletiva (Minayo, 2001).

A carta de Ottawa (1986) embora institua o papel dos indivíduos para a construção da sociedade saudável, ficará em nível de protocolo de intenções caso não sejam conquistados espaços políticos para que os sujeitos sociais participem e construam a nova categoria essencial trazida neste documento, o empoderamento. Tendo em vista as novas demandas, devemos articular a compreensão do planejamento, organização das estratégias político-econômico-ideológicas e as práticas de saúde com as análises da práxis e dos sujeitos sociais, históricos e culturais na complexidade dos conflitos sociais.

A década de 90 trouxe como evidência a importância do “sujeito” como autor das reformas, como co-participante para formalizá-las. O sentido da nova proposta filosófica tem origem na ação comunicativa de Habermas. Segundo este autor o sujeito possui a capacidade da ação e também da crítica social, possibilitando que através desse protagonismo as manifestações de vivências subjetivas busquem a transformação social (Minayo, 2001).

Ainda, torna-se necessário recorrermos ao chamado pensamento complexo sistematizado por Morin (1994), pois para ele os seres humanos dotados de linguagem, consciência e cultura, são ao mesmo tempo sujeitos biológicos e sujeitos conscientes, capazes de decisão, de escolhas, de invenção de estratégias, por isso mesmo, dependentes de todos os determinismos que nos permitem transcender a nós mesmos, através da autonomia.

Também Foucault (1987b) nos mostra a importância da subjetividade na reformulação de paradigmas antes atrelados às concepções macroestruturais, relacionadas ao modelo sócio-econômico. Em sua concepção, chama a atenção para a necessidade do indivíduo não ser apenas portador de um discurso sobre as políticas públicas de saúde, mas sim alguém que incorpore e que se “empodere” através da assimilação dos conteúdos dessas propostas, constituindo-se, dessa maneira, sujeito e cidadão.

A metodologia da promoção da saúde ressalta a importância da capacitação técnica e política da comunidade, pois, assim, será construído o seu empoderamento. Dessa forma,

através da aquisição de informação e educação em saúde, as pessoas fortalecem seus saberes e tornam-se responsáveis pela própria saúde (Buss, 2000b).

A tradução no nosso idioma da palavra “Empowerment” não abrange completamente seu significado. No português, geralmente se traduz como empoderamento ou fortalecimento. Existem, também, traduções que descaracterizam o seu sentido, sendo o caso do termo conscientização.

Ao ampliar a compreensão sobre o conceito de Empoderamento, Tones (1996) apud Cardaci (1999: 406) considera que *“o ponto de vista radical em promoção da saúde é aquele que se dirige a conquistar o próprio empoderamento das comunidades”*. Com o uso pleonástico, o autor quer reforçar o sentido profundo dessa concepção. Nessa mesma linha podemos lembrar das considerações de Wallerstein (1988) apud Cardaci (1999) quando nos chama a atenção para a importância da autodeterminação no campo da educação em saúde, pois não é bastante as comunidades terem clareza sobre seus direitos à saúde, torna-se fundamental que simultaneamente elas próprias sejam agentes e condutoras das suas formas de organização social, detendo assim as necessidades de sua comunidade e os interesses do conjunto da sociedade.

Zimmernan (Bernstein et al., 1994) contribui para que possamos refletir sobre empoderamento nos desgarrando dos paradigmas mais antigos sobre promoção da saúde, alertando-nos que devemos mudar o enfoque sobre o tema. A meta do empoderamento consiste em orientar as pessoas, fortalecer organizações da comunidade para serem mais independentes. Sendo assim, devem ser estimulados novos comportamentos que gerem a autonomia e o poder decisório.

Dentro desse contexto, Wallerstein & Bernstein (1994), separa o conceito de empoderamento em três níveis: 1) em nível individual, quando se refere às diferenças físicas e comportamentais; 2) em nível organizacional, quando abrange mobilização de recursos que efetivam a participação; 3) em nível comunitário, quando indivíduos e organizações desenvolvem suas ações visando através dos esforços coletivos respostas para as necessidades do grupo.

Aproxima-se desse conceito o que Freire (1980) define como autonomia. Diz ele que indispensável para a autonomia é a construção da consciência crítica dos sujeitos. Considera que no processo de construção desse nível qualitativo da consciência sejam formuladas reflexões e estratégias coerentes com os propósitos sinceros de transformar os sujeitos em atores de suas próprias histórias. De acordo com autor, o empoderamento comunitário incorpora estratégias efetivas realizadas por indivíduos organizados, que reúnem esforços em direção à mesma meta definida como ação.

Braithwaite (Bersntein et al., 1994) é outro autor que confirma a efetividade do empoderamento, pois de acordo com ele a apropriação desse valor pressupõe que um grupo, uma organização, uma coalizão ou parceria sustentam seus propósitos durante muitos anos; quando conseguem transferir soluções de um problema para outro; quando conseguem mudar significativamente e positivamente aspectos da vizinhança ou da comunidade como esforços de coalizão e quando a auto determinação é conquistada pela comunidade como estratégia para resolução dos seus problemas.

Apesar das considerações positivas do empoderamento devemos mencionar a crítica levantada por Braithwaite (1994). Para esse pesquisador é preciso proporcionar o empoderamento às comunidades pressupondo que elas possuem um saber que lhes é próprio e que, a partir dessa valorização, estejam estimuladas para a importância da participação comunitária. A sua preocupação também é voltada para a formação dos profissionais de saúde que não leva em consideração esse saber, pelo contrário, pensa que eles possuem as respostas e as soluções para os males das pessoas. Esses profissionais segundo ele, devem se propor a desenvolver processos de interação em que o saber científico compactue com a inteligência comunitária, transformando substancialmente o planejamento coletivo.

O conceito de Empoderamento encontra-se intrínseco no nosso objeto de estudo, pois é imprescindível vincular às ações de saúde que são proclamadas pelos veículos oficiais mudanças significativas. Para esse intento, verificamos ser necessária a adoção de novos conteúdos sobre os temas, como também de metodologias mais participativas, pois não podemos mais apenas informar sobre a saúde, mas tornar a população consciente de que ela pode e deve ser promotora de ações saudáveis. Sendo assim, vemos ser fundamental

articular o saber técnico com o saber popular, pois a informação - instrumento deve tomar os sujeitos envolvidos, no processo, como autores.

3.3. A ESCOLA COMO INSTITUIÇÃO MEDIADORA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.

Enfocamos em nosso trabalho a articulação entre as ações de dois setores da sociedade: educacional e da saúde em suas trajetórias de avanços e de recuos expressos por políticas públicas, que denunciam através dos eixos prioritários, tensões dos movimentos sociais. A educação e a saúde são práticas sociais que sempre estiveram articuladas ao longo do processo histórico, sendo a educação mediadora dos valores incorporados pelos sujeitos sociais relacionados à saúde.

A concepção de escola civilizadora com a qual convivemos até hoje é decorrente do compromisso proclamado no processo de ascensão da burguesia, desde que assumiu a liderança política a partir do século XVIII com a Revolução Francesa. Para se afirmar, essa nova classe reservou à instituição escolar um papel de destaque para divulgar valores, comportamentos e saberes.

Bourdieu & Passeron (1982) alerta para que compreendamos a intencionalidade histórica dos propósitos da escola burguesa que seleciona, organiza e transmite conhecimentos e práticas de modo a garantir através da violência simbólica consubstanciada na ação pedagógica e na comunicação cultural conceitos sobre educação e saúde, enfocando ensinamentos sobre hábitos de higiene, culpabilizando as classes populares pela falta dessas noções.

Além da aprendizagem de hábitos de higiene também convinha às classes dirigentes burguesas que fossem apreendidos pelas camadas populares outros valores sociais e morais. Estes ao serem incorporados pelas populações periféricas, além de estarem favorecendo aos destinatários desses conteúdos, também estariam satisfazendo às próprias classes privilegiadas, já que essas preconizavam apropriar-se dos resultados desse investimento no mercado de trabalho. Afinal, os corpos saudáveis e adaptados não só atenderiam às

necessidades básicas do capital, como os dos próprios beneficiados, pois para esses era a forma de alcançar a inclusão social.

Primeiramente essa interferência deu-se de uma forma diretiva na escola. Seguiu normas que tinham como alvo o combate às doenças contagiosas. A preocupação maior era em relação ao corpo do indivíduo, ao seu comportamento e a sua relação com o ambiente. Entretanto, em nenhum momento promovia-se a consciência desses sujeitos mostrando-lhes as relações entre o nível de saúde e as péssimas condições de moradia e saneamento existente ao seu redor. Dessa forma, a escola representou um local onde as práticas de saúde inerentes ao sistema de saúde puderam se expandir.

A problemática da saúde escolar é detalhada por Lima (1985: 46-47) quando define porque a escola deve ser analisada no contexto do mundo da reprodução do trabalho, caracterizada pelo modelo capitalista de produção. Nessa ótica, enquadra a instituição escolar como locus no qual os “corpos” são circunscritos nesse espaço de três formas:

- 1) *Ocupando um lugar na produção, seja diretamente desenvolvendo um trabalho prático como operário ou técnico, seja indiretamente trabalhando com o intelecto aplicando a ideologia dominante;*
- 2) *Enquadrando numa visão de senso comum que perceba de forma natural a direção da classe dominante;*
- 3) *Justificando sua posição através de um sistema meritocrático de aprovação. A ascensão social é explicada a partir do mérito que é conferido a cada indivíduo pela sua exposição ao sistema escolar.*

Na concepção de Fontenelle (1940), a escola que era higiênica e que funcionava com hábitos higiênicos contribuía para educar o povo. Ele acreditava que as crianças adquirindo bons costumes iriam propagá-los em casa, pois o pressuposto era que as informações sobre higiene e saúde transmitidas pela escola ao transformarem os hábitos dos alunos pudessem provocar mudanças em seus familiares. Essa crença alimentava a idéia de que esses hábitos eram puros e saudáveis, e, portanto, em função desse propósito, não hesitaria em cultivar adeptos.

Carlos Sá (1942) na mesma época, em meados de 40, defendia a estratégia da conquista higiênica total da criança escolar, e acreditava que eram necessários os aspectos técnicos e a manutenção de uma escassa preocupação doutrinária.

Outra forma de articulação que teve entre a saúde e a escola que podemos identificar foi a medicina escolar, que representou na década de 50 a preocupação maior em relação à “*biologização de questões relacionadas à aprendizagem*” (Rio de Janeiro, SMS, 1999:21). Essa proposta guardava um caráter cujo teor era desarticulado com a promoção da saúde, detendo ampla identificação com a doença. A baixa escolaridade resultante do aprendizado deficiente dos alunos das camadas pobres era atribuída a diagnósticos do tipo: distúrbio neurológico, disfunção cerebral, desnutrição estimulando a crença de que o indivíduo e não seus determinantes são os responsáveis pelo seu fracasso escolar.

No período que compreendeu 1950 a 1978, essas instituições somaram esforços tentando elaborar de maneira mais objetiva e efetiva programas que dessem conta de sua meta, a saúde da criança através da escola.

No final de 70 e início da década de 80, período de lutas e conquistas democráticas, o Estado e a sociedade alteraram a forma com que se relacionavam. Esta mudança pôde ser verificada no espaço da escola por meio da atuação da Comissão Interinstitucional de Saúde e Educação que elaborou um “*Plano Integrado de Atuação*”. Essa intervenção mostrou-se ineficiente no que se referia à constituição de “bases teórico-metodológicas capazes de promover a articulação das áreas e das ações” (Rio de Janeiro, SMS, 1999:25).

O contexto instalado no final da década de 80 favoreceu a conquista de uma nova forma de enfrentar o tema saúde do escolar. Esse fato ocorreu porque o texto constitucional de 1988 que trouxe a instituição do SUS proporcionou uma mudança na forma de se tratar a saúde do escolar. Essa passou a ser baseada nos princípios do SUS e, portanto, tornou-se uma “*atenção integral à saúde da criança em idade escolar*” (Rio de Janeiro, SMS, 1999:27). Temos como exemplo a proposta político pedagógica elaborada nos Centros Integrados CIEPs que se mostrou transformadora trabalhando com a “*triade educação, saúde e cultura*” e mantendo parceria com o SUS a fim de não apenas sanar possíveis problemas de saúde, mas também tornar as questões relacionadas à saúde reflexões curriculares.

Peregrino (2000) denuncia, entretanto, que há preferência da escola pela divulgação de um saber acadêmico dizendo que o desprestígio dado aos saberes do mundo vivido acarreta um artificialismo nos conteúdos escolares, tornando-os neutros ascéticos e sem história. Talvez possamos explicar as dificuldades de estabelecermos relações entre teoria e prática, entre saberes escolares e saberes sociais, principalmente emergentes dos grupos populares.

Segundo a análise de (Peregrino, op. cit.:74) “*a escola se configura como instituição de prescrição dos saberes moralizantes para a formação dos “novos homens”*”. Sendo assim, tornou-se de extrema importância a criação de uma linguagem própria que se distanciasse da linguagem do cotidiano para que o controle fosse mais bem exercido e a disseminação dos saberes codificados pudesse ser realizado, mas guardando o caráter não democrático. Os saberes científicos produzidos no espaço escolar serviram mais para o fortalecimento do poder de estado do que para o beneficiamento da população (Peregrino, op.cit.).

Dessa forma, enquanto as políticas públicas relacionadas à Escola e à Saúde até início de 80 foram prescritivas sem terem colaborado para o empoderamento do alunado dos bairros periféricos, a educação popular promovida pela ação dos movimentos sociais mediante Igreja, sindicatos, associações de moradores, associações de classe ensaiaram formas mais democráticas de interagir conhecimentos utilizando para isso metodologias participativas.

Assim, como nos faz refletir Bass et al. (1980) se a educação que se propõe deve ser autônoma e independente, a construção desse novo conhecimento só poderá se dar a partir da sistematização e divulgação de um saber que se inscreve nas experiências cotidianas das classes populares.

Para que a efetivação desse saber se articule com os conteúdos sistematizados da escola, precisamos ater-nos à recomendação de Gramsci (1968), quando indica a necessidade da troca recíproca entre educador, alunos e comunidade. A presença orgânica, ou seja, organizadora proveniente desse professor/ intelectual, será responsável por uma nova pedagogia capaz de superar a mera informação, promovendo um novo modo de pensar e de agir redefinido a partir dos interesses e necessidades dos próprios sujeitos participantes do processo de aprendizagem.

O que podemos constatar é que depois de um período compreendido entre 64 a fins da década de 70 de práticas limitadas e de grande instabilidade referente à representação dos setores da sociedade, devemos atentar para a reestruturação das formas de intervenção social. Dentro desse contexto torna-se importante o repensar a articulação entre a educação e a saúde e os movimentos sociais organizados, como também, a formulação de políticas sociais que vão ao encontro das necessidades e possibilidades da população.

A escola hoje, no início do século XXI, convive com profissionais da saúde e da educação que vêm tentando articular conteúdos de suas áreas, entretanto ainda há equívocos na formação dos dois profissionais. Os profissionais da saúde continuam privilegiando as causas e soluções médicas para problemas sociais. Os professores quando mencionam os conteúdos relativos à saúde têm incorporado os princípios higienistas ultrapassados e assim não criam as condições necessárias para a aprendizagem e a divulgação dos programas de ensino de saúde contidos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (Maia, 1999).

Segundo nossa análise, permanece a busca de uma articulação para o favorecimento da promoção da saúde escolar, que tem sido preocupação da Organização Mundial de saúde (OMS), do Fundo Internacional das Nações Unidas de Emergências para a Infância (UNICEF) e da Organização Científica e Cultural das Nações Unidas para a Educação (UNESCO) desde a década de 50.

Essa busca compartilhada expressa a preocupação de provimento de uma atenção à saúde da criança em idade escolar de forma integral, considerando como importantes seu crescimento e desenvolvimento como sujeito que detém especificidade e vulnerabilidades próprias (Tavares, 2000).

A Declaração de Jakarta (1998:44) afirmou que: “*as estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida, assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde*” e também identificou os cenários propícios para o desenvolvimento da promoção da saúde, incluindo entre eles a escola.

De acordo com Tavares (2000) a atenção da saúde escolar deve compreender quatro modos de intervenção: a família, a escola, a comunidade e os serviços de saúde. Esses quatro pólos

articulados são capazes de influenciar o crescimento, desenvolvimento, educação, hábitos de vida saudáveis, alimentação entre outros. Além da incorporação desses valores, são adquiridas comportamentos de controle sobre as condições sanitárias da escola, da violência, da saúde oral e de outras formas promotoras.

A atuação do modelo de promoção da saúde no espaço escolar deve potenciar as seguintes dimensões:

- * dimensão curricular;
- * dimensão psicossocial;
- * dimensão ecológica;
- * dimensão comunitária.

A *dimensão curricular* seria alcançada através de uma ótima relação entre os conteúdos programáticos e a vida e também com a garantia de uma maior interligação entre as aprendizagens. A *dimensão psicossocial* favorece um bom relacionamento intra e inter pessoal garantindo dessa forma um clima de escola estimulante e antes de tudo estimular prazer na vivência e nas realizações de atividades escolares. A *dimensão ecológica* preocupa-se com estabelecimento de um ambiente físico agradável, saudável e seguro, ao mesmo tempo em que deve assegurar uma alimentação nutritiva e bem balanceada e proporcionar a prática de exercícios físicos regularmente de maneira adequada. A *dimensão comunitária* representa um recurso para a comunidade, sendo que assim possa ocorrer uma boa dinâmica de articulação com os pais, famílias e organizações locais, enquanto suporte e reforço educativo e do desenvolvimento social (OPS/OMS, 1995).

No Brasil está em desenvolvimento uma reformulação e ampliação dos conteúdos programáticos que são trabalhados na escola. A proposta é inserir temas transversais que trabalhem com questões do cotidiano e que favoreçam a formação das crianças e adolescentes como cidadãos para que participem com espírito crítico e de forma autônoma, sabendo seus direitos e deveres. Os temas selecionados partiram da necessidade de um preparo para os desafios do mundo contemporâneo e tratam portanto das questões éticas, da saúde, da importância da preservação do meio ambiente, do conhecimento e respeito à pluralidade cultural e também à preocupação com a orientação sexual.

Dessa forma está havendo a valorização da promoção da saúde na escola. Sendo que os Parâmetros Curriculares Nacionais (2001:07) indicam como objetivos do ensino fundamental que os alunos sejam capazes de:

- *compreender a cidadania como participação social e política, assim como exercício de direitos e deveres políticos, civis e sociais, adotando, no dia-a-dia, atitudes de solidariedade, cooperação e repúdio às injustiças, respeitando o outro e exigindo para si o mesmo respeito;*
- *posicionar-se de maneira crítica, responsável e construtiva nas diferentes situações sociais, utilizando o diálogo como forma de mediar conflitos e de tomar decisões coletivas;*
- *conhecer características fundamentais do Brasil nas dimensões sociais, materiais e culturais como meio para construir progressivamente a noção de identidade nacional e pessoal e o sentimento de pertinência ao País;*
- *conhecer e valorizar a pluralidade do patrimônio brasileiro, bem como aspectos socioculturais de outros povos e nações, posicionando-se contra qualquer discriminação baseada em diferenças culturais, de classe social, de crenças, de sexo, de etnia ou outras características individuais e sociais;*
- *perceber-se integrante, dependente e agente transformador do ambiente, identificando seus elementos e as interações entre eles, contribuindo ativamente para a melhoria do meio ambiente;*
- *desenvolver o conhecimento ajustado de si mesmo e o sentimento de confiança em suas capacidades afetiva, física, cognitiva, ética, estética, de inter-relação pessoal e de inserção social, para agir com perseverança na busca de conhecimento e no exercício da cidadania;*
- *conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva;*
- *utilizar as diferentes linguagens – verbal, matemática, gráfica, plástica e corporal- como meio para produzir, expressar e comunicar suas idéias, interpretar e usufruir das produções culturais, em contextos públicos e privados, atendendo a diferentes intenções e situações de comunicação;*
- *saber utilizar diferentes fontes de informação e recursos tecnológicos para adquirir e construir conhecimentos;*

■ *questionar a realidade formulando-se problemas e tratando de resolvê-los, utilizando para isso o pensamento lógico, a criatividade, a intuição, a capacidade de análise crítica, selecionando procedimentos e verificando sua adequação.*

Mas apesar da educação para a saúde nas escolas criar diversas tentativas de motivação para seus alunos, seu objetivo deve ser atingir os anseios das crianças e adolescentes através do enfoque nos assuntos ligados aos seus interesses, tentando reunir conteúdos escolares, para que eles participem ativamente e de forma autônoma na gestão de sua qualidade de vida seja em âmbito individual, seja no âmbito social (Busquets & Leal, 1999).

A educação para a saúde bucal insere-se nessa problemática à medida que seus conteúdos específicos estão contidos na abordagem de saúde de uma forma geral. Por unanimidade, professores e diretores, consideram preocupante as doenças bucais, dentre outros problemas de saúde. Além disso, mesmo que prioritária para a comunidade escolar, poucas equipes realizam trabalhos voltados para a saúde bucal (Cruz, 1998).

Por fim, é fundamental expor a maneira fragmentada que é trabalhada as questões concernentes à saúde bucal. Sua abordagem trata isoladamente dos dentes, como se esses fossem independentes da boca, do corpo e do contexto que o indivíduo se apresenta como sujeito social (Martins, 1998).

3.4. A IMPORTÂNCIA DA REORIENTAÇÃO DA SAÚDE BUCAL ATRAVÉS DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica representa em termos de ação em saúde o nível mais elementar de cuidados em saúde, contempla dessa forma o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, ou seja a rede básica de saúde, onde existe a preocupação com a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

A rede básica de saúde estruturou-se no país tendo como origem os vários centros e postos de saúde, sendo que de início a sua conformação garantia “ações de caráter preventivo,

simplificado e de baixo custo dirigidas a grupos populacionais marginalizados ou a atenção a algumas doenças infecciosas” (Costa & Maeda, 2001:16).

Este desenho, porém, se formou graças às características que marcavam as políticas de saúde que sempre mantiveram um padrão sem muito compromisso com as ações preventivas direcionadas ao coletivo com predomínio das ações curativas voltadas para a esfera individual.

O que podemos perceber é que a conformação e importância da rede básica apresentaram diferenças ao longo da história, devido à intrínseca associação com os interesses presentes nas políticas de saúde. No panorama mundial, a atenção básica tornou-se o destaque a partir de 1977, ano em que foi realizada a Conferência de Alma Ata e que serviu de guia para a reestruturação dos sistemas de saúde.

Tentando nos aproximar das diferentes interpretações que tiveram a atenção básica, Mendes (1996) nos apresenta três alternativas de proposta:

- a) A atenção básica apenas como uma medida isolada dirigida a poucas pessoas em estado precário de saúde, isto é, na verdade constituía um programa à parte, de suprimento de necessidades emergenciais à uma parcela excluída da sociedade;
- b) A atenção básica como estratégia de organização do primeiro nível de atenção;
- c) A atenção básica como estratégia de reformulação de todo o setor saúde.

No Brasil, como já relatado acima, a atenção básica de início refletiu os ideais da primeira proposta, estando dessa maneira, bem longe de contemplar os anseios da população de forma competente. Aos poucos a rede básica de saúde foi se fortalecendo até se tornar parte indispensável do sistema de saúde que estava sendo elaborado no país. A sua importância se fez notar no período de crise do setor saúde, entre 60 e 70, sendo que sua ascensão foi um meio de solucionar os graves problemas instalados em consequência do modelo médico-preventista que excluía uma parte da população que não estava vinculada ao mundo do trabalho.

Essa tendência se estendeu ao longo da instituição do Sistema Único de Saúde, pois as características desse sistema garantiram a sua permanência como parte do todo. Costa e Maeda (2001) acentuaram que o modelo defendido pelo SUS foi o piramidal, que tem em sua base o nível primário que é sustentado por um conjunto de unidades de baixa complexidade que formam a rede básica. E como nessa proposta é valorizada a regionalização e a hierarquização dos serviços essa rede serviria de porta de entrada para o sistema de saúde, garantindo dessa forma a estruturação do sistema de referência e contra-referência.

O grande desafio que vislumbramos será a permanência solidificada desse desenho e funcionamento para que sejam alcançados os anseios da população tanto em relação às ações de baixa complexidade quanto às de média e alta complexidade, importando somente a satisfação das necessidades requeridas.

Apesar da importância reconhecida da rede básica de saúde, seu desempenho não está sendo potencializado. O motivo dela não estar sendo plenamente a “porta de entrada” encontra-se no próprio tipo de modelo assistencial hegemônico no país. Os princípios de hierarquização das ações e a regionalização não são cumpridos da maneira que deveriam, dessa forma a consolidação de um sistema local de saúde fica prejudicado. No momento, podemos admitir algumas experiências dos governos em implantar esses modelos mais democráticos. Um exemplo desse progresso é o Programa Saúde da Família.

Mendes (1996) afirma também como projeto estruturante do campo dos serviços de saúde a conformação dos distritos sanitários. Essa conformação segue o conceito de território-processo, isto é, ao mesmo tempo em que é um espaço programático de caráter democrático, onde os atores se articulam no território-distrito. O conceito de hierarquização está estreitamente vinculado à noção de distrito sanitário e dessa forma os serviços são organizados de acordo com o grau tecnológico.

Tendo em vista as conquistas atuais, é preciso alterar o funcionamento do nosso sistema de saúde e o caminho adotado é através da atenção básica. No bojo dessa transformação, torna-se de extrema urgência também a reorientação da saúde bucal através desse nível de atenção, pois a contemplação dessa área de conhecimento e atuação sempre se manteve

muito distante de um verdadeiro esquema de serviços organizados em conformidade com as necessidades da população.

Nos detendo na tese de Moreira (1999), podemos acompanhar o caminho trilhado pelas políticas de saúde bucal e chegar à reflexão acerca das influências sofridas por tais políticas. Sua narrativa começa na década de 30 quando nos fala de uma odontologia não programada de livre demanda vinculada aos mecanismos da previdência e baseada no modelo flexneriano.

Nos anos 50, pós- guerra, período marcado por considerável processo de dominação dos Estados Unidos no que concernia à imposição do seu estilo de vida e de sua cultura, foi elaborado um programa de atenção social que incluía a atenção odontológica. Este modelo foi importado pelo Brasil, sendo instituída pela Fundação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) representando o primeiro desenho referencial de programação do campo das ações odontológicas. Destacam-se dessa época, dois projetos: um deles foi o Sistema Incremental tradicional de Aimorés (MG) de 1951 e o outro foi a fluoretação das águas de abastecimento em Baixo Guandú (ES), em 1953. O nome dado por Zanetti (1993) foi de Modelo de Programação da Odontologia Científica Escolar Sespiana.

O período pós-64 foi marcado pela tentativa de ampliação da cobertura feita na área da saúde tendo sido incluída nessa lógica a Odontologia que tornou-se simplificada à medida em que as bases ideológicas continuaram as mesmas com exceção da simplificação estabelecida na prática realizada pelo profissional. O componente novo trazido pela proposta foi a constituição de uma equipe odontológica contendo o técnico de higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD), o que se mostrou bastante compensatório no sentido da produtividade.

A saúde bucal coletiva representou uma mudança. Segundo Birman apud Capel (2002: 68), o conceito de saúde coletiva desafiou a hegemonia do “*universalismo naturalista do saber médico*”. Acrescentando a esse conceito categorias das ciências humanas, a compreensão sobre a saúde deixou de ter um enfoque apenas biológico e passou a ser concebida em outro âmbito, revelando as dimensões simbólica, ética e política.

A Odontologia, conforme analisado até então, vem alcançando um espaço importante no cenário das Políticas de Saúde Pública, tendo em vista a sua inclusão no Programa Saúde da Família (PSF). Entretanto, as dificuldades a serem enfrentadas permanecem, uma vez que perpassam por elas outros pontos além daqueles existentes nas atuais políticas de saúde bucal. Dentre eles, a formação de graduação do Cirurgião-Dentista assume um peso importante nessa questão, pois mantém, em grande escala conteúdos técnicos e específicos dessa área do conhecimento. Sendo assim, especializa o saber técnico-profissional e desvaloriza o saber sobre o sujeito na sua integralidade como um ser biopsicosocial.

Pensando de acordo com essa perspectiva, podemos dar ênfase à competência atribuída ao profissional da saúde, que no seu papel de responsável pela saúde da população deve somar à sua capacidade técnica, o comprometimento com o dever político. Esse enfoque será fundamental, pois estimulará a crítica e portanto, a avaliação mais profunda da prática a ser exercida, incorporando a ela fatores importantes para impedir a alienação (Rios, 1995).

Dentro dessa lógica, percebemos que é fundamental trabalhar com a comunidade (intra e extra-muros), onde o profissional da saúde tem a possibilidade de um contato mais próximo com a realidade, sendo dessa forma útil no seu papel de orientador de práticas mais saudáveis.

Devemos ressaltar, entretanto, que a Odontologia como profissão só foi possível graças às necessidades da população, que se viu desprovida de cuidados específicos quanto à região bucal, quando o processo de industrialização, além de incorporar o açúcar na dieta das pessoas, proporcionou também, a alteração na forma de preparo dos alimentos, deixando-os mais aderentes ao dente e provocando um grande problema de saúde pública que foi a cárie dentária.

As questões relacionadas à Odontologia, dentre elas a formação dos recursos humanos, as práticas e as políticas desenvolveram-se em conformidade às relativas à saúde em geral. Sendo assim, desenvolveram-se em dois âmbitos: um representado pela Previdência e o outro adequado à regência do Ministério da Saúde.

Primeiramente, no sistema previdenciário o que prevalecia eram as ações de extração dentária e curativa – reabilitadoras. Contudo, os conteúdos preventivos mantiveram, ao longo da história previdenciária, uma tímida repercussão.

A cobertura assistencial odontológica sofreu grande crescimento na época do “milagre econômico”. Essa expansão deveu-se ao interesse em aumentar a cobertura e as medidas que foram tomadas não levaram em consideração a ampliação dos próprios serviços. Pelo contrário, o incentivo maior ficou em torno da compra de serviços através dos inúmeros convênios e credenciamentos (Zanetti, 1998).

Essa lógica permaneceu presente no decorrer dos anos até a década de 80, sendo que sua manutenção se deu às custas de uma orientação administrativa com característica autoritária e centralizada. Outra vertente que podemos analisar é que o desenvolvimento de um esquema de compra de serviços no mercado não foi acompanhada de uma estruturação na forma de fiscalizar e coordenar. Esse fato gerou uma desordem gerencial o que acarretou o super faturamento das ações odontológicas e a estagnação do modelo tornando-se obsoleto no que se referia à atenção à saúde (Zanetti, 1998).

Já na esfera do Ministério da Saúde, as políticas de saúde bucal perpassaram desde a política de fluoretação das águas de abastecimento, através da Fundação SESP até a prestação de assistência aos escolares através de programas que visavam a redução da cárie dentária e doença periodontal. Essa proposta mesmo que tenha favorecido uma melhora na condição de saúde bucal da população infantil (cerca de 54% na faixa etária de 12 anos) não representou uma mudança substancial, pois o restante populacional permaneceu sem atenção efetiva. Dessa forma, podemos entender porque esse *“modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas”* (Brasil,MS, 2001: 2).

Com o SUS, as ações de saúde bucal puderam ser incluídas dentro da lógica de atenção integral e universal obedecendo a uma hierarquização e regionalização dos serviços. Em 1989 foi elaborada a Política Nacional de Saúde Bucal que na prática buscou organizar o sistema para (Brasil,MS,1989):

- 1) alcançar uma ampla cobertura das crianças de seis a 12 anos de idade;
- 2) prevenir as doenças bucais, com ênfase na cárie dental, em toda a população, a partir do nascimento;
- 3) enfatizar ações de educação para a saúde bucal, em todos os níveis;
- 4) prestar cuidados essenciais onde houver uma comunidade;
- 5) prestar atenção especializada a casos encaminhados pela rede básica de saúde bucal;
- 6) expandir gradativamente a prestação de serviços resolutivos aos grupos em segundo e terceiro grau de prioridades: de 13 a 19 anos e de dois a cinco anos de idade.

Essa proposta que mostra uma ampliação das ações no campo da Odontologia significou a consolidação do que, na década de 90, se denominou de Odontologia de Promoção da Saúde (Weyne, 1997).

Mesmo que a área da Odontologia tenha conseguido avançar nas questões que envolvem a redução na prevalência e severidade das principais doenças bucais através do uso do flúor sistêmico e local (dentifrícios) e na superação do paradigma da prática com a elaboração de uma nova forma de encarar os problemas bucais, ainda há muitos pontos que devem ser avaliados e reformulados, dentre eles temos a questão do grupo de polarização³ (Weyne, op. cit.).

Ao pensarmos na saúde bucal dentro do contexto da promoção da saúde, podemos refletir que tê-la é muito mais do que gozar de uma saúde geral, é poder resguardar o direito de viver bem, com qualidade de vida. E, além disso, a manutenção da boa aparência é mantida através da preservação da auto estima.

Pelo que podemos constatar a saúde bucal aos poucos vem conquistando espaço frente à busca de um paradigma mais promotor. Esse fato pode ser verificado quando o assunto é sua inclusão no PSF através da Portaria nº 1.444 de 28 de Dezembro de 2000, que estabeleceu incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios por meio desse programa. Levou-se em consideração a necessidade de aumentar o acesso da população às ações de saúde bucal, diminuir os dados epidemiológicos e reorganizar a atenção através da atenção básica. A portaria nº 267 de 06 de março de 2001

que tratou das normas e diretrizes da saúde bucal foi elaborada a fim de regulamentar a portaria nº 1.444.

A justificativa para haver maior preocupação com a atenção em saúde bucal perpassa pelos resultados apontados em 1998 na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Essa pesquisa mostrou o alto índice de exclusão da população em relação ao acesso aos serviços odontológicos em todo o Brasil. Indicou ainda que a maior parte dessas pessoas ganham até um salário mínimo e a maioria, 32% reside na área rural (IBGE, 2000).

O plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica indicou que a inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais (Brasil,MS,2001:2):

1. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
2. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
3. integralidade da assistência prestada à população adscrita;
4. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do SUS;
5. definição da família como núcleo central de abordagem;
6. humanização do atendimento;
7. abordagem multiprofissional;
8. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
9. educação permanente dos profissionais;
10. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Pelos pontos expostos, verificamos que em termos de documento oficial a Odontologia está num patamar que nunca antes esteve. O incentivo à promoção da saúde mostra-se presente explicitamente no item VIII. Porém, o que vemos na prática não demonstra o que os documentos revelam, pois ainda não houve uma expansão considerável de municípios que aderiram à proposta da inclusão da saúde bucal. O que dificulta sua implementação são as

características inerentes de sua trajetória, dentre elas, temos como exemplo, a falta de perfil do profissional.

A formação do graduado em Odontologia ainda obedece aos preceitos do modelo flexneriano. Esse fato nos faz refletir o quanto é restrito o projeto de formação do Cirurgião-Dentista. Esse profissional acaba tendo contato com apenas uma das “fases da Lua”, ou seja, toda sua bagagem se mantém atrelada ao conteúdo técnico, deixando em segundo plano a necessidade de um aprofundamento referente aos aspectos que regem as questões sociais e que são fundamentais para a totalidade da sua formação.

Mendes (1986) diz que a educação dos futuros Cirurgiões- Dentistas ainda traz conteúdos ideológicos da odontologia Flexneriana, como: o plano de curso estruturado em microdisciplinas e especialidades odontológicas; a lesão e a doença sendo destaques e orientando de forma geral o currículo; o caráter curativo e reabilitador são pontos enfatizados; os professores são os responsáveis exclusivos pelo planejamento educacional; os docentes são especializados por microdisciplinas e o campo da pesquisa é direcionado quase totalmente para a pesquisa biológica.

Outra característica levantada por Córdon (1997) que impede a existência de uma estrutura sólida de saúde bucal é a dificuldade encontrada para analisar e comparar as diversas experiências em saúde bucal, nos vários municípios brasileiros analisados por ele. É nítido aos nossos olhos que a saúde bucal ainda encontra-se sem um eixo norteador e enfrentando barreiras para que se organize dentro dos pressupostos do SUS.

O grande desafio não só da saúde bucal, mas também da saúde de uma forma geral é a garantia da existência do sistema de referência e contra-referência, obedecendo assim à hierarquização dos serviços e a integralidade das ações. Desse modo, haverá a organização dos serviços odontológicos de maneira inteligente, pois além da disponibilidade de todas as ações de saúde bucal, elas estarão organizadas de acordo com o nível de complexidade necessária. Ao mesmo tempo que é gratificante para a população em termos de direitos e cuidados em saúde é vantajoso para o Estado, pois essa medida possibilita um menor custo financeiro.

Podemos encontrar, todavia, algumas experiências isoladas de inclusão da saúde bucal no PSF como é o caso da cidade de Curitiba. Esperamos que essa realidade seja estendida a todos os municípios do Brasil, pois assim estará sendo cumprida a filosofia de qualidade em saúde.

Notas:

² práticas sociais - conjunto de fatos e ações socialmente reconhecidos e executados pelas sociedades – coletiva e individualmente, pois sempre com um significado público (OPS/OMS, 2002).

³ *grupo de polarização* - representa os 20% das pessoas que detêm até 80% das doenças e das necessidades de tratamento e que, aparentemente, não são alcançados pelos métodos disponíveis de prevenção e tratamento, ou se mostram “resistentes” a eles (Weyne,1997).

4. METODOLOGIA

4.1 O MÉTODO

O objeto de estudo teve como tema central a análise das ações educativas presentes na escola e as diferentes visões de mundo⁴ que os grupos sociais vêm elaborando sobre estas ações bem como suas demandas/necessidades de saúde.

A abordagem dessa observação teve como princípio o método dialético tendo em vista as possíveis contradições conseqüentes da diversidade dos atores participantes dessa pesquisa. A escola como locus da prática social apresenta-se portanto, como um espaço dinâmico e por isso confirma a visão de Brandão (1984:114) quando enuncia :

“A história é irrequieta, inacabada, superável, porque é contraditória. Uma história não contraditória coincidiria com uma história parada, tranqüila, onde nada acontece. Ou seja, não é um fenômeno histórico”.

Segundo Deslandes (1997) apesar das políticas públicas serem construídas por sujeitos históricos, devemos levar em consideração como os atores redimensionam na sua prática os princípios políticos, filosóficos, as estratégias e as demandas populares contidas nos programas derivados do SUS. A autora sugere que sejam observados os sujeitos envolvidos nos programas e serviços para que tenhamos através do discurso desses atores, a concepção e a percepção que possuem das propostas institucionais. A sua visão privilegia a análise da práxis, pois é a partir desse exercício que podemos capturar as relações que fundamentam a essência política, assim como as representações que os atores sociais possuem dessa ação.

Para dar conta desse objeto, escolhemos a Pesquisa Social ou Qualitativa, que se coloca como o método mais apropriado para se obter uma resposta fidedigna da realidade que estamos investigando.

Segundo Minayo (2001:13-22):

“A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatística”.

Foi uma primeira aproximação com o que realmente acontece, portanto, um estudo em nível exploratório. De acordo com Triviños (1987), o pesquisador opta pelo estudo exploratório a fim de resgatar o máximo de informações que o ajudem a compreender melhor os problemas que assolam determinada comunidade e, com isso poder chegar a uma resposta satisfatória. Uma outra vantagem abordada pelo mesmo autor é a de que *“um estudo exploratório pode servir para levantar possíveis problemas de pesquisa”* (op. cit.:109), desafiando assim o pesquisador a perceber novos questionamentos para a situação.

Assim, nosso trabalho centrou-se na identificação e compreensão das representações sociais dos indivíduos pesquisados (escolares, pais ou responsável), para que se constituíssem pontos de reflexão e eixo para repensar os estilos de vida em suas dimensões individual e coletiva, bem como a organização de novas práticas sociais.

Com isso, pretendíamos chegar à totalidade do objeto pesquisado através de uma parcela que o compõe. Esse fato nos alertou sobre a importância da questão qualitativa para refletirmos que por de trás do conceito do termo qualitativo está em destaque o seu caráter político e representativo das ações dos atores sociais.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, a preocupação com a amostragem perpassou pela questão da representatividade no que concerne ao conteúdo. A preocupação com a contabilidade da amostra, ou seja, a sua quantidade não é fundamental como é para a pesquisa quantitativa. Podemos expressar que, o que a pesquisa qualitativa busca é o esgotamento de determinado tema em suas semelhanças e diferenças que tenha sido posto em discussão. Essa característica pode ser denominada de Índice de saturação (Bertaux,1980), que é comumente utilizado nesse tipo de pesquisa para balizar a amostra.

Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Conforme acentua Minayo (2000:102):

“São propostos alguns critérios básicos para a amostragem qualitativa: (a) definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação sendo privilegiado os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa através de uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) embora desenhada inicialmente como possibilidade, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria; (d) prever uma triangulação. Isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de abordagem.

Dessa forma, nossa unidade de análise foi o conjunto de entrevistados e não cada participante isoladamente.

A análise precedente seguiu os passos da metodologia qualitativa conforme já explicitado no capítulo quatro, passando pelas etapas da análise temática e de enunciação - *conteúdo e discurso* - respectivamente, com vistas ao tratamento dialético dos dados. Estes procedimentos visam a necessidade de apreensão do objeto analisado, em sua complexidade e contradições.

4.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Utilizamos na nossa pesquisa a categoria geral de representações sociais, porque através dessa pudemos revelar as idéias do “*senso comum*”, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuíam sobre a realidade. Pressupomos que no conjunto dessas vivências poderia emergir “*um pensamento fragmentário*” e contraditório, porém significativo da dinâmica do dia a dia, modulado pela diversidade. Por isso, não pudemos negar que capturar o cotidiano é importante por esse ser marcado pelas contradições inerentes às desigualdades sociais.

A composição inerente às categorias das representações sociais é constituída pela assimetria dos elementos que compõem o tecido social mostrando aspectos “*ora de dominação como de resistência, tanto das contradições e conflitos como conformismo*”. A abordagem dessas categorias vai de encontro à concepção científica positivista ancorada apenas no quantificável e observável. A utilização das representações sociais tem relevância por possibilitar a mediação do discurso e da linguagem dos sujeitos, pois não “*fotografam*” a realidade, mas a colocam em movimento previsível e inédito (Minayo, 2000).

Segundo Lefebvre (1980) as representações produzem os sentidos que se superpõem aos das significações das palavras, não se reduzindo a elas. Tal conclusão advém do fato de que os discursos são compreendidos como produção dos sujeitos em sua prática social. Por esse motivo, em nossa pesquisa, procuramos valorizar as falas dos vários participantes, pois os indivíduos ao elaborarem socialmente as representações, colocam em cada abordagem não só seu estilo pessoal como também características básicas de sua comunidade. A essas considerações, acrescentamos a observação de Rangel (1993:12) de que “*... a forma (coletiva) de definir, interpretar e construir a realidade, comunicando valores e conhecimento, variam de acordo com os grupos sociais que lhes atribuem significados*”.

As representações sociais de saúde se remetem nesse trabalho, aos conceitos de Minayo (2000:193) que explicita em seu estudo sobre saúde, como sendo “*metáforas privilegiadas para a explicação da sociedade*”, pois nelas emergem “*atitudes, comportamento, concepção de mundo*”. Sendo assim, além do conteúdo dos depoimentos dos entrevistados, consideramos também a sua materialidade discursiva como ferramentas fundamentais para a construção de sentido em nossa análise. De acordo com Moscovici (1978), é através da expressão dos indivíduos que podemos entender a interpretação que os sujeitos dão à sociedade, ao universo a que pertencem e a sua inserção perante esse contexto.

Torna-se imprescindível a referência à representação social voltada para saúde bucal, pois significa o alvo da nossa pesquisa. Trino (2000) em seu trabalho enfoca a boca através de três eixos: cognição, representação e afeto. Em outro estudo (Mendonça, 1999), apresenta uma abordagem antropológica sobre a mutilação bucal. A sua percepção aponta para a importância do dente natural como um critério extraído dos informantes da pesquisa

realizada pela autora. Esses consideraram: a dentição original como sinal de juventude, descontração, liberdade de expressão na fala e no sorriso. Ao contrário, a ausência de dentes significou uma forma de mutilação, tal como a dificuldade crescente na comunicação.

Em suma, esses dados anteriormente mencionados, serviram como um referencial para nos estimular a compreensão do objeto boca pela voz dos participantes de nossa pesquisa.

4.3 INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

A coleta de dados foi de forma diversificada e para tal utilizamos três técnicas distintas para que houvesse uma melhor captação da realidade, o que é denominado de TRIANGULAÇÃO DA COLETA DE DADOS (Triviños, 1987). De acordo com a Triangulação e com o enfoque que demos aos vários sujeitos que fizeram parte do nosso universo de pesquisa, trabalhamos considerando três etapas, as quais foram fundamentais na busca da realidade. Assim, demos destaque às questões referentes aos sujeitos, ao meio em que se encontravam e aos pontos que se relacionavam ao nível do macroorganismo estrutural e social no qual estavam inseridos.

Tivemos como centro da pesquisa a realização de entrevistas que foram elaboradas de forma semi-estruturada (Anexo 1 e 2). Segundo Cruz Neto (2001), esse tipo de entrevista trabalha com um misto de perguntas estruturadas previamente e de perguntas abertas, onde o entrevistado detém a liberdade para se expressar.

Entendemos que dada a natureza desse método, as perguntas servem como “baliza”, não devendo cercear a comunicação entre pesquisador e pesquisado.

Na busca de uma maior expressão e aprofundamento pois, na comunicação com os sujeitos da pesquisa, a entrevista foi conduzida através de um Roteiro de Entrevista, que na concepção de Parga Nina (apud Minayo, 2000) gera “uma conversa com finalidade”. Na ótica de Triviños (op.cit.:146), a entrevista semi-estruturada representa um dos principais meios de coletas de dados nas pesquisas qualitativas e dessa forma a privilegia :

“porque esta, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Essas foram realizadas, no Centro Integrado de Educação Pública Presidente Juscelino Kubitschek (CIEP JK) pertencente à rede da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, que tem a maioria de seu alunado crianças entre 4 e 15 anos de idade provenientes da Comunidades do Complexo de Manguinhos. O CIEP JK localiza-se no Parque Carlos Chagas, área tradicionalmente de manguezal, uma das 11 comunidades do Complexo de Manguinhos. Esse Complexo situa-se na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro, IV Distrito Sanitário (antiga Área de Planejamento 3.1), ao longo da Estrada de Ferro da Leopoldina, ocupando uma área localizada nas X^a (Ramos) e XII^a (Inhaúma) Regiões Administrativas (Bodstein & Zancan, 2001).

Sua área possui cerca de 12.000 domicílios, ocupados por 3,7 habitantes, em média. A maior parte desses domicílios, cerca de 70%, é construída em assentamentos regulares. Os demais 30% estão construídos em áreas consideradas irregulares, provisórias ou de risco (Bodstein & Zancan, 2001). Sendo a pobreza, característica marcante de todas as comunidades.

Ao mesmo tempo, a escolha da escola como foco de estudo teve como objetivo transcender à compreensão de suas relações internas. Segundo André (1989: 42):

“trata-se de considerá-la como parte de uma totalidade social de que alguma maneira a determina e com a qual ela mantém determinadas formas de relacionamento.”

De acordo com objetivo do estudo selecionamos dois grupos com os quais realizamos as entrevistas, cada um contando com 15 (quinze) participantes:

- 1) Crianças da 1^a série e da 4^a série com idades variadas.
- 2) Pais ou Responsáveis (sendo apenas um representante).

A seleção desse grupo - sujeito do estudo, crianças, pais ou responsáveis oriundos da comunidade onde a escola se localiza permitiu que concordássemos com a reflexão feita por Marx (1973:28-29):

“Assim como não se julga um indivíduo pela a idéia que ele faz de si próprio, não se poderá julgar uma tal época de transformação pela consciência de si; é preciso. Pelo contrário, explicar esta consciência pelas contradições da vida material, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção. Uma organização social nunca desaparece antes que se desenvolvam todas as forças produtivas que ela é capaz de conter; nunca relações de produção novas e superiores se lhe substituem antes que as condições materiais de existência destas relações se produzam no próprio seio da velha sociedade. É por isso que a humanidade só levanta os problemas que é capaz de resolver e assim, numa observação atenta, descobrir-se-á que o próprio problema só surgiu quando as condições materiais para o resolver já existiam ou estavam, pelo menos, em via de aparecer”.

Como alvo da pesquisa, tivemos as crianças e achamos melhor entrevistar as pertencentes ao período intermediário do 1º ciclo e a 4ª série do ensino fundamental. Para tal, selecionamos uma turma do período intermediário do 1º ciclo (idades entre 7 e 8 anos) e outra da 4ª série (idades entre 10 e 11 anos). Essas classes escolares foram privilegiadas pelo motivo de conter as idades que melhor se encaixam ao perfil que desejávamos, ou seja, estávamos interessados tanto nas idades que estão entre as de mais prioridade para a saúde bucal quanto nas idades onde a criança está começando a compreender melhor o ensinamento pedagógico da escola (período intermediário do 1º ciclo) e terminando uma etapa (4ª série, e, portanto, o encerramento do primário). A composição de nossa amostra foi a partir das primeiras 15 crianças que aceitaram participar.

O critério de inclusão, então, foi crianças que pertenciam ao CIEP JK e cursavam o período intermediário do 1º ciclo e a 4ª série do ensino fundamental, que aceitassem participar e seus pais autorizassem e quisessem participar também. Já o critério de exclusão foi o inverso, isto é, as crianças que não aceitassem participar ou seus pais ou responsável não autorizassem ou não aceitassem participar.

Contamos com as professoras para mediar a aproximação com os participantes, sendo que esses foram voluntários. Tornou-se imprescindível ainda esclarecer que os nomes que constam em nosso trabalho são fictícios, o que está dentro das normas gerais do comitê de ética, órgão o qual submetemos nossa pesquisa.

Os dados provenientes da entrevista semi-estruturada – *centro da pesquisa* – se constituíram num material privilegiado para a análise da enunciação. Segundo Minayo (2000), devem ser respeitadas as etapas da análise, embora cada entrevista tenha sido concebida em sua totalidade. Foram observados em cada uma das entrevistas os seguintes aspectos: a) a dinâmica do discurso; b) o estilo e c) os elementos atípicos e as figuras de retórica. Para nossos entrevistados utilizamos esses referenciais, pois é através da seleção vocabular da escolha de tópicos, das recorrências, das hesitações que o sentido supera o significado.

Primeiramente, como *dinâmica do discurso* observamos além da lógica discursiva, o seu encadeamento e as rupturas. O *estilo* é a maneira de cada um dos entrevistados se expressar de acordo com o seu pensamento sobre o tema. Os *elementos atípicos* referem-se à ênfase que os entrevistados dão em seus relatos particularizando determinados eventos, em seu discurso. As figuras de retórica são percebidas quando o relatante utiliza: paradoxos, ou seja, opiniões contrárias a respeito de um determinado assunto; hipérboles, quando tratam com exagero os fatos apresentados; elipse ao omitirem um dos termos da frase; metonímia, ao produzirem idéias em que a parte representa o todo ou o abstrato é usado para justificar determinadas situações concretas e vice-versa e metáfora, quando o falante substitui uma idéia pela outra devido a analogia entre elas (Minayo, op. cit.).

Utilizamos como complemento as técnicas de observação participante, que foi realizada ao longo das entrevistas, e também a análise documental. A primeira, teve por objetivo colher informações sutis que pudessem passar despercebidas, para ter registro utilizamos um Diário de Campo (Anexo 5). Contribuiu, desse jeito, ao enriquecimento da análise.

A observação participante, na visão de Cruz Neto (2001), transita entre dois extremos, um deles representa a aproximação plena e o outro, o total distanciamento, mas optou-se por uma variação dessa técnica, que significa uma complementação da técnica central e,

portanto uma abordagem mais superficial porém, esclarecedora. Nesse caso o pesquisador mantém um papel de participante observador, sua atuação se limita ao momento da pesquisa de campo. A análise documental teve finalidade de identificar, através de documentos internos (listagem no anexo 6), as ações educativas para saúde desenvolvidas no espaço escolar, com destaque para o conteúdo de saúde bucal.

Dessa maneira, estivemos nos aproximando através de vários aspectos de nosso objeto de estudo e contribuindo para uma melhor compreensão do mesmo e de sua relação com a prática.

Notas:

⁴ *representações sociais ou “visão de mundo”* – pode ser entendida como pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade (Gomes, 2001).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. APRESENTAÇÃO

Esse trabalho por pretender analisar as ações educativas para a saúde voltadas para a promoção da saúde bucal fez com que entendêssemos a necessidade de identificarmos na população investigada, as representações construídas por ela, mais especificamente pais ou responsáveis e seus filhos, alunos do CIEP JK do município do Rio de Janeiro sobre: **a)** conceito de saúde e modelos explicativos de saúde-doença e **b)** ações educativas efetivas para a promoção da saúde percebida por essa comunidade. Em função da abrangência desses conteúdos subdividimos esses temas em três blocos de questões (anexos 1 e 2) que estão contidas tanto nas entrevistas dos pais ou responsáveis, quanto nas dos alunos.

O primeiro bloco tratou de resgatar às concepções ligadas ao termo saúde e os fatores relacionados e fundamentais para que ela seja concretizada e alcançada. A abordagem perpassou por questões mais gerais até algumas mais específicas. A seguir buscou o caminho contrário que foi o entendimento do assunto relacionado à doença e sua forma de manifestação e combate na e pela população. Por fim, o segundo enfocou os aspectos referentes às ações educativas voltadas para a promoção da saúde bucal, sendo que houve uma grande preocupação pelo grau de interação que os pais ou responsáveis mantinham com tal proposta. Tornou-se imprescindível, no entanto, resgatar a identificação dos atores entrevistados dentro de seus vários contextos, destacando-se aí: a família, a casa e a escola.

Pela diferença de faixa etária e nível de informação dos dois segmentos participantes, nem sempre os enunciados foram os mesmos, porém houve uma aproximação dos conteúdos temáticos, em seus significados.

Sendo assim, apesar de termos encontrado nas respostas, idéias próprias do “senso comum” tecendo concepções e visão de mundo repetidas e conservadoras, pudemos observar, ao mesmo tempo, a presença de abordagens enunciativas de conhecimentos importantes que vêm dando conta de suas buscas por estratégias de sobrevivência. Isso não quer dizer que essa população esteja negando a responsabilidade do atendimento público às suas demandas e necessidades.

Os dados coletados tiveram como eixos norteadores os conceitos presentes nos estudos mais recentes no campo da saúde conforme já analisado. Por isso, tivemos como referência para o contexto da análise as concepções de saúde pública, promoção da saúde, empoderamento, políticas de saúde e de saúde bucal entre outros, extraídos de documentos oficiais e textos acadêmicos, para com esses pontos de vista percebermos melhor o discurso dos entrevistados. Dessa forma, quisemos constatar seus saberes nos relatos concedidos, por eles, em relação ao seu papel na sociedade.

Os sub-capítulos que seguem, então, versarão sobre os atores e seu contexto, Conceito de Saúde e de Modelos Explicativos e Ações Educativas e Saúde Bucal.

5.2 OS ATORES E SEU CONTEXTO

Abaixo apresentamos figuras que ilustram as classificações referentes aos atores entrevistados:

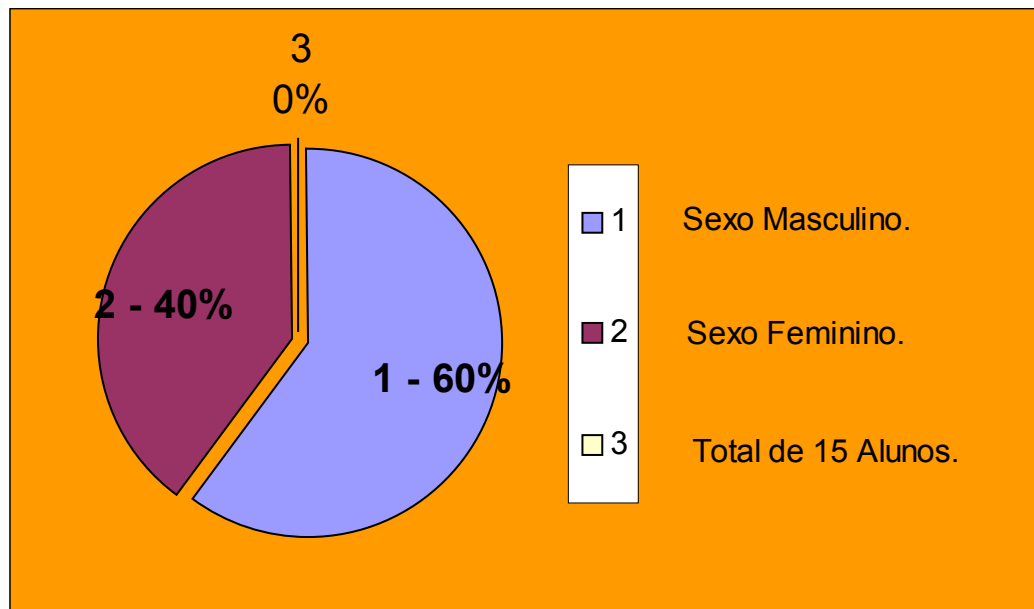


Figura 1: Classificação do total de alunos por sexo.

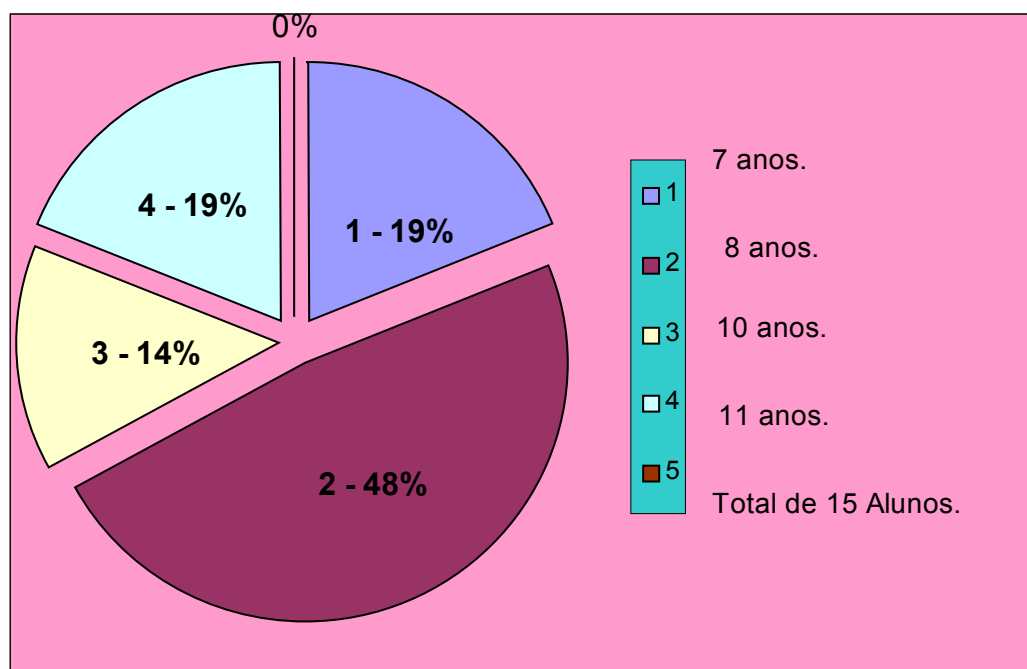


Figura 2: Classificação do total de alunos por idade.

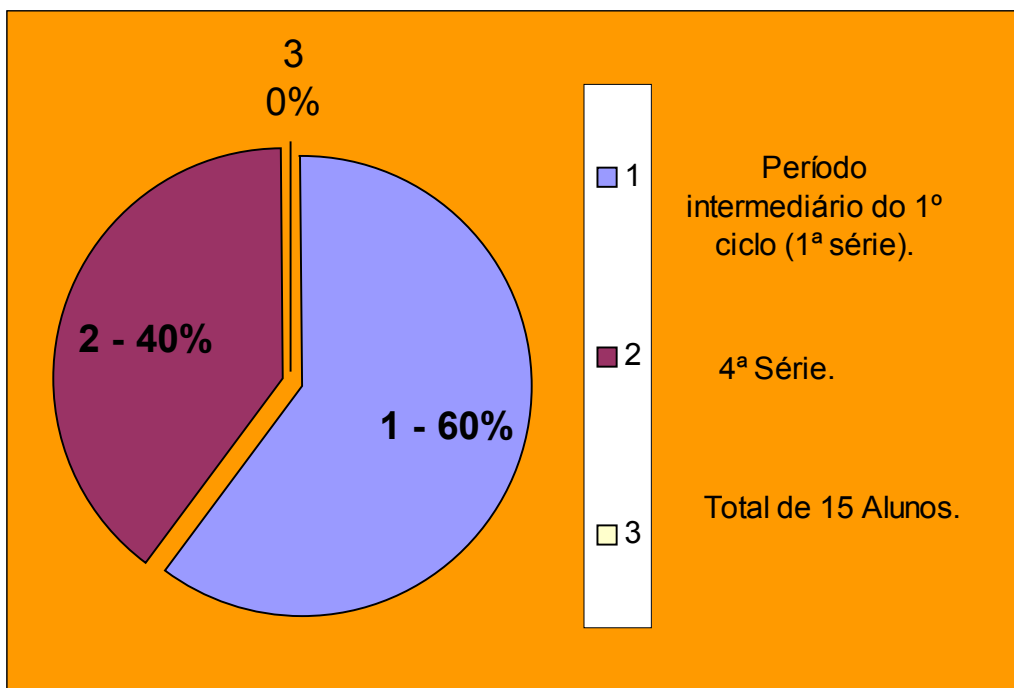


Figura 3: Classificação do total de alunos por série escolar.

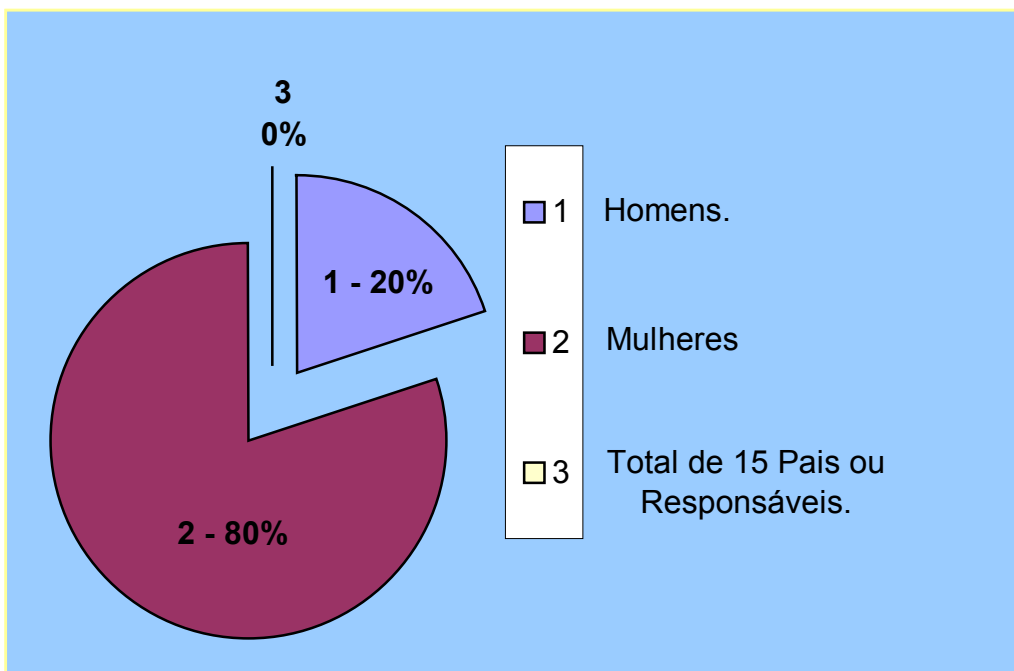


Figura 4: Classificação do total de pais ou responsáveis por sexo.

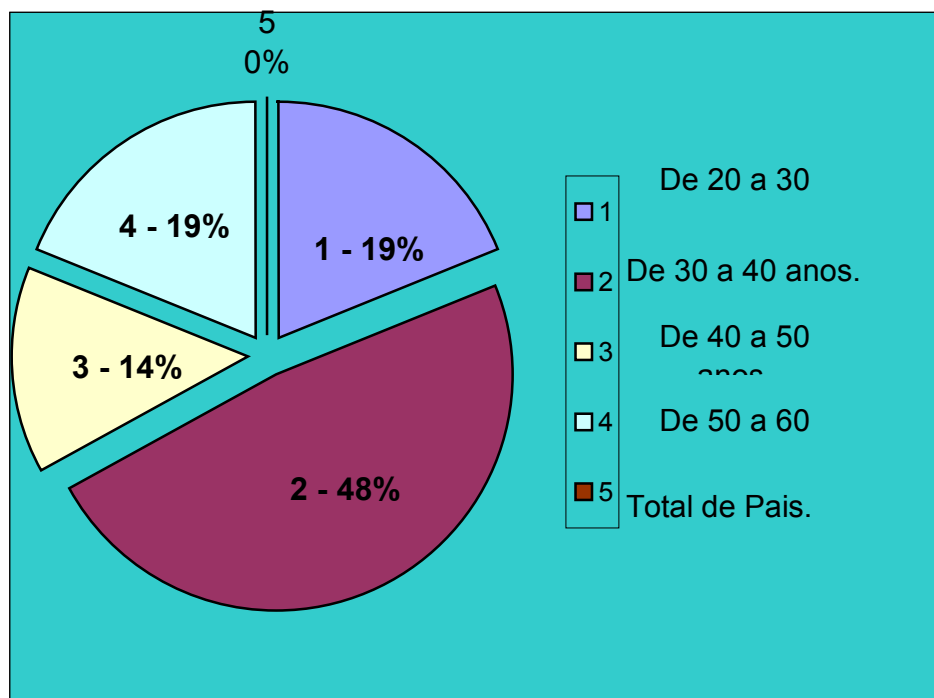


Figura 5: Classificação do total de pais ou responsáveis por idade.

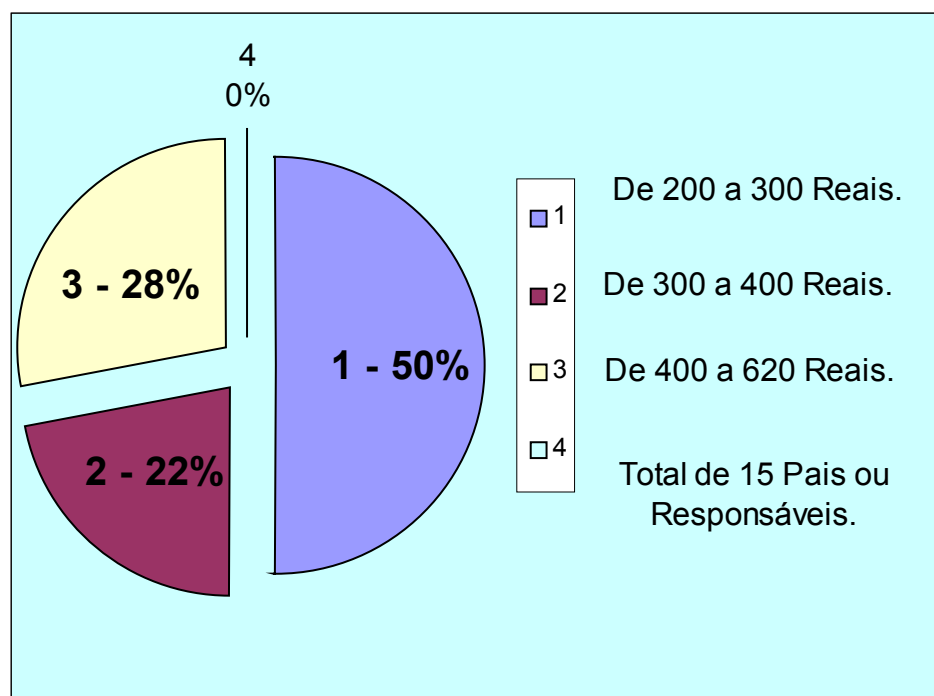


Figura 6: Classificação do total de pais ou responsáveis por renda familiar.

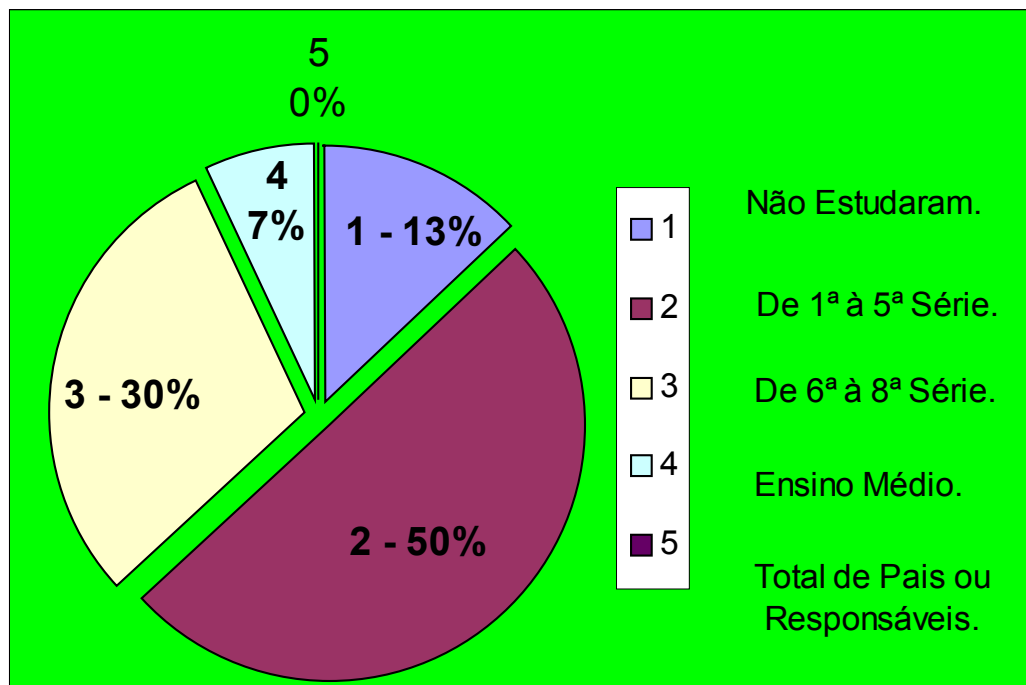


Figura 7: Classificação do total de pais ou responsáveis por grau de instrução.

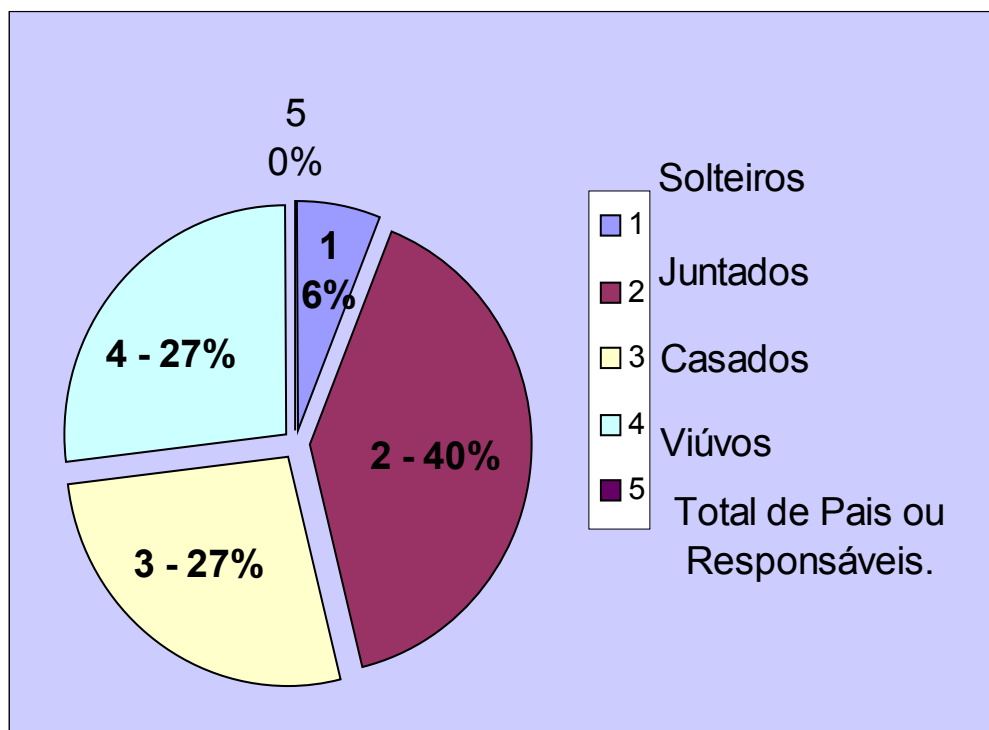


Figura 8: Classificação do total de pais ou responsáveis por situação conjugal.

Em nosso trabalho entrevistamos duas populações, uma, de crianças do 1º ciclo do período intermediário (antiga 1ª série) e da 4ª série (a escola ainda não trabalha com o 2º ciclo) e a outra que constou dos seus respectivos pais ou responsáveis.

Os alunos entrevistados foram os protagonistas de nosso trabalho, devido ao fato deles representarem os agentes diretos das ações educativas voltadas para a saúde, desenvolvidas pela escola. Escolhemos crianças matriculadas no período intermediário do 1º ciclo e na 4ª série (final do 2º ciclo), prestes a saírem da escola, a fim de percebermos alguma correlação entre o tempo de escolaridade segundo os anos de aprendizagem e a aquisição de conhecimentos resultante dessa vivência.

Não houve diferença considerável entre os dois grupos de alunos entrevistados. Esse fato nos remete a lembrar e enfatizar que o método qualitativo tem como característica a busca de uma unidade de análise, onde tanto a fala de um é representativa dos demais, quanto todos expressam as particularidades inerentes àquele grupo.

Dentre os quinze (15) alunos entrevistados, nove (9) eram do sexo masculino e seis (6) eram do sexo feminino (Fig. 1), sendo que dois (2) tinham sete (7) anos de idade; sete (7) apresentavam oito (8) anos de idade; três (3) com dez (10) anos de idade e três (3) com onze (11) anos de idade (Fig. 2). Assim, percebemos que todos de certa maneira estão com suas idades equivalentes às suas séries escolares (Fig. 3).

Podemos perceber que o universo entrevistado apresenta-se distante do que realmente ocorre com alunos das camadas menos favorecida segundo alguns estudos (Lima,1985; Zago, 2000).Um deles, realizado com moradores da periferia urbana de Florianópolis, acompanhou o desempenho escolar dos filhos de 16 famílias num período de 1991 a 1998 e constatou que a permanência ou não do aluno na escola tem uma forte relação com as prioridades familiares. Muitas vezes precisam ajudar em casa no complemento da renda e para tal abandonam os estudos, sendo maior a evasão escolar na 5ª e 6ª série do ensino fundamental. Em sua observação fica marcante a consciência de que os participantes têm sobre a obtenção do diploma para poderem almejar um trabalho mais digno (Zago, 2000).

Outro ponto importante levantado pela mesma autora é a constatação de que os problemas escolares de evasão e repetência se correlacionam com o tipo de postura da escola que ainda guarda um perfil elitista e de exclusão. Fica em segundo plano uma maior aproximação entre *“as intenções que embasam as políticas de democratização do ensino e a realidade escolar da população socialmente desfavorecida”* (Zago, op. cit.:39-40).

Quanto às atividades extra classe a maioria, doze (12), tomando o grupo como unidade de análise, relatou freqüentar a Igreja, seja regularmente, nove (9) crianças, ou não, três (3) entrevistados. Em seus relatos apenas um (1) explicitou a Igreja que freqüentava, a Assembléia de Deus. Três (3) participantes não expressaram o hábito de ir à Igreja. Alguns disseram que participavam de atividades recreativas nesses locais, como por exemplo, aulas de teatro. Somente os alunos do período intermediário do 1º ciclo, não todos, informaram que faziam teatro na escola. E três (3) meninos, da 4ª série, disseram fazer parte de uma escolinha de futebol que acontece no espaço da escola, mas que é organizada por pessoas não ligadas diretamente à escola. No conjunto das entrevistas pudemos verificar que a Igreja se apresenta como o local que oferece, de forma mais democrática, atividade extra-classe.

“Vou à Igreja toda semana. Faço teatro na escola mermo. Na Igreja a gente faz teatro, a gente fica lá em cima se arrumando, depois a gente desce pra fazer teatro” (Guilherme, 8 anos).

“Freqüento a Igreja toda semana. Faço teatro na Igreja, na escola” (Maura, 8 anos).

“Pratico esporte, futebol. Ali naquele campo, escolinha de futebol. Freqüento a Assembléia de Deus, toda semana” (Nélio, 11 anos).

“De vez em quando eu vou para a Igreja. Dentro da escola faço teatro” (Fernando, 8 anos).

A quantidade de Igrejas existentes em todo o complexo de Manguinhos de acordo com Bodstein & Zancan (2001) chega ao número de nove (9), sendo diversificado o tipo de Igreja. Tem a Assembléia de Deus, Igreja Batista, Igreja Metodista, Igreja Evangélica,

Igreja Presbiteriana, Igreja Universal, com uma maior concentração na Comunidade Parque Osvaldo Cruz. Também há na região centros espíritas, mas os atores entrevistados não afirmaram freqüentar.

Valla (2000) indica em seu estudo que a forte presença da classe popular nas Igrejas, principalmente nas evangélicas e nas pentecostais está associada ao desequilíbrio existente entre a oferta de bens individuais e coletivos e a garantia dos direitos sociais e humanos. Essa desarmonia gera a busca através da religião do sentido da vida, como forma de superação dos problemas do cotidiano.

Outro motivo gerador da religiosidade popular, Valla (op. cit.: 130) foi buscar em Parker. Segundo a concepção desse autor o povo ao se sentir submisso à situação da pobreza, desprotegido pelas *“leis dos homens”*, apega-se à crença de que *“há um Deus pai e criador que não esquece dos seus filhos”*.

Um dos mecanismos utilizados pela escola para buscar uma aproximação com a comunidade é o Conselho-Escola-Comunidade que atua como um instrumento de mudança e valorização, no processo de democratização da Escola. Sendo que para seu funcionamento é necessário haver representantes da equipe da direção, dos professores, dos funcionários, dos responsáveis e dos alunos. Esses dois últimos são escolhidos por eleição. A integração Escola-Família-Comunidade tem sido satisfatória de forma que houve aumento na participação nas reuniões e nas festas como também no processo educacional (Rio, SME, 2002).

Resolvemos, então, incluir ainda como atores da nossa pesquisa, os pais ou responsáveis pela possibilidade de um maior conhecimento do contexto do universo familiar e sua relação com a realidade social, nas quais estavam imersos tanto quanto suas crianças. Através desses seus relatos, pudemos ampliar e aprofundar as informações acerca dos hábitos, manifestações, comportamentos relacionados à dinâmica familiar. Essa dimensão foi assegurada pelas narrativas construídas por esses entrevistados a respeito da rotina do dia a dia com as crianças, levando-se em conta as suas próprias experiências e as influências que elas trouxeram para seu convívio familiar.

Muitas referências trazidas por esse grupo na articulação de seu discurso mostraram os traços característicos de sua cultura original. Apesar do mosaico, constituído por procedências variadas, como por exemplo, oriundas do nordeste, sudeste e sul, seus desejos de alcançar uma melhor qualidade de vida é a representação de um denominador comum. Não se pode negar que tal convergência nos faz acreditar que há uma “consciência latente” nos indivíduos de segmentos menos favorecidos, que têm direitos subtraídos ainda não resgatados.

Em nossa pesquisa participaram os quinze (15) responsáveis pelas crianças entrevistadas, dentre eles estiveram presentes somente três (3) homens (Fig. 4). Esse fato nos possibilita inferir que o papel da mulher na estrutura/dinâmica familiar é preponderante principalmente nos diversos setores de formação da criança. Pudemos observar que é a mãe ou a avó que determinam as orientações que devem ser seguidas pelas crianças. Caracterizaram-se pela pouca instrução (Fig. 7) e pela ocupação de postos de trabalho braçais (faxineira, entre outros), cuja exigência de escolaridade é no máximo do primeiro segmento do nível fundamental. Com o aumento da demanda por emprego sem necessidade de qualificação a oferta tornou-se insuficiente, sendo nesse contexto um dos fatores responsáveis pelo desemprego entre cinco das entrevistadas. Dentre elas, há duas que apesar de terem uma profissão, tiveram que se submeter ao emprego de diarista para contribuírem na renda familiar.

“Sempre fui caixa, agora sou servente” (Socorro, 33 anos).

“No momento estou parada, eu trabalhava com faxina no Sedex, eu saí porque a firma vai indenizar a gente e normalizar a situação, não estava indo muito bem” (Marlene, 40 anos).

“Sou costureira, mas como não estou conseguindo estou trabalhando como diarista” (Helena, 44 anos).

Fazendo parte das recomendações para o desenvolvimento e implementação de um enfoque de educação integral em saúde no âmbito escolar na América Latina (OPS/OMS, 1995) temos a incorporação do enfoque de gênero no programa. Essa medida visa a diminuição dos riscos que são resultantes dessa problemática, pois como é sabido um dos

determinantes para a saúde é a marcada diferença entre o papel masculino e o feminino. Reforçando essa preocupação, como é fundamental para a saúde da criança a educação de sua mãe, existe um esforço de empoderar a mulher desde criança e assim conseguir potencializar os benefícios.

Como forma de resgatar as representações sociais que os atores têm sobre as possibilidades de realização pessoal, procuramos indagar aos entrevistados sobre o que seria para eles viver bem, imbuído do sentimento de felicidade.

As crianças ao darem seus depoimentos demonstraram grande maturidade e nos permitiram que levantássemos alguns pontos chave. Em seus discursos, destacamos as seguintes categorias: proteção da família e da igreja; poder ser criança; poder sonhar com o futuro e violência.

A proteção da família é demonstrada de forma preponderante quando há o desejo de não ver os pais brigando; quando as mães cuidam; quando simplesmente respondem mãe e pai; quando existe a conversa entre os membros da família.

“(...) Minha mãe e meu pai parar de brigar” (Lauro, 8 anos).

“Quando as mães cuidam (...)” (Maura, 8 anos).

“(...) ficar em casa com a minha mãe, feliz” (Érico, 10 anos).

“Minha mãe e meu pai” (Olinto, 10 anos).

“(...) tá sempre de bem com a minha família, não tá sempre um de cara virada pro outro, tá sempre conversando, isso é viver bem pra mim” (Paula, 11 anos).

Já a proteção estabelecida por meio da igreja pode ser analisada como se esse recinto representasse uma redoma de vidro que protegesse contra os males do lado de fora, tendo Deus como corregedor dos maus atos dos homens.

“Viver bem é ter paz, é só isso. Paz? É não ter ninguém te atormentando, falando palavrão, ir à igreja pra não ter nada disso, não ter barulho (...)” (Érico, 10 anos).

“(...) Deus tem que ver esses que matam as pessoas, essas coisas assim, que eles matam. Às vezes ninguém faz nada com ninguém e eles matam (...)” (Diana, 8 anos).

O direito de ser criança é uma categoria forte em seus relatos, o que nos deixa satisfeitos por demonstrar que apesar de toda uma onda na mídia de incentivo ao desenvolvimento precoce, eles querem ser o que realmente são, crianças.

“As mães têm que deixar a gente ir pra rua pra gente brincar, a gente têm que ter liberdade, essas coisas” (Carolina, 7 anos).

“É brincadeira, é jogá bola (...)” (Lauro, 8 anos).

Sonhar com o futuro é uma atitude que independe da idade, mas é importante a criança exercitar essa postura, pois dessa maneira se transformará num adulto mais saudável tanto na aparência quanto na forma de se comportar perante as circunstâncias. Sendo assim, podemos enumerar questões importantes levantadas por eles, como: ter trabalho, alimentar-se bem, ter dinheiro, ter melhor condição de moradia.

“(...) O que tá pior é o trabalho” (Bárbara, 10 anos).

“É ficá com boa saúde, não ficá comendo essas coisas que não trata nossa saúde (...)” (Maura, 8 anos).

“(...) se alimentá bem, coisas importantes (...)” (Heloísa, 8 anos).

“Os poblemas, como ficá devendo, não fazê besteira (...)” (Guilherme, 8 anos).

“(...) Tem que ficar sem lama lá em casa, parar de chover forte (...)” (Ivo, 8 anos).

A violência mesmo sendo algo negativo aparece constando nas falas das crianças. Sendo que podemos separar em diferentes tipos, dentre os quais destacamos não ter dinheiro para comprar o que a criança quer consumir. Como toda demanda que requer pronto-atendimento não devem ser esquecidos os limites do ambiente econômico dessas crianças e suas famílias. Isto é, como equilibrar o atendimento às necessidades básicas e aquele que surge a partir do próprio ser criança, trazendo como consequência a falta de liberdade para brincar ou circular nas ruas por causa da situação perigosa.

“Ter coisa de bom é a mãe deixa a gente brinca na rua, minha mãe deixa sempre eu brincá na frente de casa, que minha mãe mora no beco (...) Eu vou pra escolinha, fico no trabalho da minha mãe, só, brinco na rua, mas agora tá perigoso brincar na rua, tá tendo muito tiroteio” (Nélio, 11 anos).

Esse depoimento rico de contradições, evidência não só a compreensão da realidade, como também traz uma reflexão profunda ainda que em tão pouca idade sobre o desafio do viver cotidiano. Nele se ressalta que a violência afeta diretamente o que é a essência dessa idade da vida, o brincar.

Outros tipos de expressão da violência indicam o ter que conviver com a violência dentro e fora de casa.

“(...) ficá quieto em casa pra minha mãe não batê” (Lauro, 8 anos).

“(...) Ontem mesmo, teve um monte de tiro (...) passou dois camburões na minha rua, primeiro nessa aqui de cima aí eu fiquei com medo, com medo, com medo e eu falei assim: Ísis, vamos entrar(...) Não, não vai bater nenhuma bala não. Aí, continuamos a brincar. Depois, passou dois camburões e o pai da minha colega falou assim: Ah, devia ter gente baleada. Eu não sabia nem o que era baleado, aí eu perguntei pra minha mãe. Eu queria que o Rio de Janeiro mudasse muito, que tá tudo sujo, o Rio de Janeiro tem que mudar mais muito mesmo” (Diana, 8 anos).

Surgiu ainda a influência da violência quando um escolar expressou a força que vem tendo a imagem do poder na figura do herói-bandido algumas vezes contraposto ao caminho possibilitado pelas Igrejas:

“Ser bandido. Isso é o que as pessoas acham no lugar que eu moro. Eu prefiro o caminho da igreja. Quero ser pastor” (Afonso, 11 anos).

Esse depoimento merece um comentário mais profundo, por representar fielmente o que está acontecendo em nosso estado. Existe atualmente, um forte poder estruturado pelo narcotráfico de forma a enfrentar o poder oficial. Sua formação deu-se ao longo de vários anos de descaso do poder público. O ideal, como a própria fala revela, é ser bandido, pois em seu local de moradia estar nessa posição é ter prestígio, é ter poder. Mesmo que a criança deseje ser pastor, o que está em seu imaginário é o que é pensado pelo seu universo de convivência, contrariando seu desejo.

Tivemos também uma reflexão que denota que as prisões nos moldes em que são concebidas atualmente, são espaços que favorecem a perpetuação e aprofundamento da agressividade:

“Eu acho que tem que acabar com a violência, tem que ter mais trabalho (...) Eu acho que quando eles estão na prisão, eles não têm que deixar sem fazer, tem que colocar eles pra trabalhar. Eles saem com mais raiva, aí tem que voltar (...)” (Bárbara, 10 anos).

FAMÍLIA

O grupo familiar tem uma importância fundamental na organização da sociedade. As primeiras informações constituintes da educação, por serem geralmente transmitidas pela atuação desse grupo, torna a família um apoio necessário para o desenvolvimento dos indivíduos que dela fazem parte.

Cada modelo de sociedade, entretanto, produziu uma concepção de família diferenciada satisfazendo assim, as suas exigências. Em pleno século XXI, no mundo globalizado em que vivemos, caracterizado por desigualdades em várias esferas, há mudanças estruturais

em nível econômico-social. Em função disso, a família, uma instituição social básica também se transformou.

Na Idade Média não havia um sentimento existencial profundo entre pais e filhos. Isso ocorria em função das crianças ainda cedo serem levadas para outras famílias, que delas se ocupavam devendo dar-lhes educação. A socialização da criança ou do jovem, portanto, era compartilhada com os adultos (Ariès, 1981).

No século XV, devido ao aumento da frequência ao tempo escolar, a escola veio a substituir de forma contundente a tarefa antes reservada às famílias (Ariès, op. cit.).

Já no século XVII, além da figura do preceptor, que educava a criança na sua própria casa, esta podia ser colocada numa escola pelos pais. Nesse momento a responsabilidade deles aumenta, tendo que assumir deveres com os filhos tais como: escolha de colégio e preceptor. A partir desse quadro, processa-se um *“clima sentimental diferente entre pais e filhos, como se a família moderna, nascesse ao mesmo tempo em que a escola (...)”* (Ariès, op cit.: 232).

O tipo de família que vem prevalecendo, é o nuclear, que é constituído pela mãe, pai e filho que vivem no mesmo ambiente sem a presença no mesmo teto de outros parentes. Apesar de ser uma nova forma de conceber a família, apresenta pontos em comum com o tipo de família extensa quando estão envolvidas algumas funções, como *“a criação e socialização dos filhos e a estabilidade emocional e mental das personalidades adultas”* (Miranda Netto et al., 1987:457). Os filhos do casal precisam de um certo grau de formação para que amadureçam plenamente e possam no futuro constituir suas próprias famílias nucleares.

Às crianças quando foram perguntadas sobre suas famílias responderam com satisfação e demonstraram confiança e segurança:

“Eu gosto de morá com eles, eles pra mim são legais, conversam...” (Paula, 11 anos).

“Gosto muito dela, ela me dá muita coisa, muita roupa, muito brinquedo e muita coisa pra trazer pra escola, caderno, lápis, borracha” (Júlio, 7 anos).

Os depoimentos revelam formas diferentes de sentirem as famílias. Enquanto um demonstra afeição e se relaciona de forma harmoniosa e construtiva com seus pais, o mesmo não ocorre no outro que vincula à família, a possibilidade de obter recursos materiais de consumo.

As perguntas feitas referentes aos seus dados familiares englobavam desde como se constituíam as suas famílias; quantos irmãos eles tinham; se eram dos mesmos pais; quais pessoas da família trabalhavam fora. Suas respostas quanto à conformação da família apontaram majoritariamente para sete (7) o desenho familiar nuclear; quatro (4) somente com a mãe e os irmãos; uma (1) com a avó além dos pais; um (1) com irmãos, a mãe e o padrasto no lugar do pai; um (1) tendo a avó, a mãe e os irmãos e uma (1) tendo presentes os avós, primos e tio.

Confirmando a tendência moderna, os dados concretos das entrevistas revelaram a predominância do tipo de família nuclear (Fig. 8). Esse resultado pode ser ampliado caso possamos incluir no grupo, a família que tem a presença do padrasto no lugar do pai, isso porque o padrasto assume o papel de pai social da criança e, dessa forma, interfere de maneira fundamental na formação da mesma. A família que não contém o pai pode ser classificada de família desagregada. E as outras que se apresentam com membros de diferentes níveis de parentesco são tidas como extensas.

Essa visão mais atual evidencia que os componentes da família configuram um sistema de papéis. Os critérios de julgamento mudam, porque os mesmos papéis da família tradicional podem ser desempenhados de modo diverso por outros indivíduos, e cada papel pode distribuir-se entre vários indivíduos.

“Um dos fatos mais importantes da história moderna é o declínio da família extensa e a expansão dessa família nuclear, que surge consorciada com outros traços, tais como a livre escolha dos companheiros no casamento, o maior número de divórcios, a maior mobilidade residencial, o enfraquecimento dos laços de parentesco, a emancipação da mulher (e seu ingresso na força de trabalho) e a perda do sentido de responsabilidade dos filhos em relação ao pais e avós. Em contrapartida, aumenta a responsabilidade pelos

filhos e pela estabilidade psíquica do marido e da mulher” (Miranda Netto et al., 1987:457-58).

Na fala a seguir, a mãe expressa a tristeza de não poder compartilhar momentos agradáveis com seus familiares. Sua tristeza era tal que até chorou ao relatar que seus parentes nunca a haviam visitado. Esse depoimento é um exemplo do enfraquecimento dos laços de parentesco que está acontecendo atualmente.

“A minha família não me procura, eu só tenho mesmo os meus dois filhos, minha família mora toda aqui mas eles ficam no canto deles e eu no meu canto. Eu moro aqui 4 anos e eles nunca foram na minha casa, eles são assim mesmo bem diferente de mim. Eu vou até a casa deles mas eles não vem na minha, pra mim faz bem ir na casa deles” (Ivanilda, 32 anos).

Com o intuito de averiguar como se comporta a família pós-moderna, Vaitsman (1994) em seu estudo percebeu uma nova forma de interpretação da família, não mais vista como uma estrutura pré-concebida, mas sim como dinâmica à medida que houve mudanças na formação da família, tendo em vista a constituição de novos caminhos de interação e formas de sociabilidade. Essa autora aponta as razões pelas quais a composição familiar se modificou: uma delas, a emancipação da mulher na sociedade, acabou afetando as dimensões práticas e simbólicas da estratificação de gênero, pois o desenvolvimento da individualidade feminina trouxe incompatibilidades determinantes, já que antes, apenas o homem era provedor o cabeça do casal (Vaitsman, op. cit.).

Romanelli (2002) acrescenta, enfatizando uma maior participação da mulher no provimento financeiro do lar e que num segundo momento é a vez dos filhos que entram no mercado de trabalho. Podemos extrapolar essa afirmação quando, no caso, a mulher além de ser provedora é a chefe da família, situação muito comum nos dias atuais.

Esse papel desempenhado pela mulher torna-se possível, pois *“ao derrubar as barreiras do mundo público no enfrentamento das diferentes práticas da vida cotidiana, as mulheres modificaram os rumos da construção da identidade feminina e desconstruíram os*

significados de um feminino que se colocava não só como diferença, mas como submissão ao masculino” (Vaitsman, 1994: 191).

Do universo familiar pesquisado, também nos interessou identificar sua constituição. No total de quinze (15) entrevistados, sete (7) disseram que tinham dois (2) irmãos; quatro (4) tinham apenas um irmão (1), sendo que um dos entrevistados relatou que a mãe ainda estava grávida e o neném estava para nascer; uma entrevistada informou que tinha cinco irmãos, mas que na verdade ela já havia tido seis, pois um morreu por causa da polícia, que o tinha confundido com outra pessoa. Todos as crianças, mencionadas anteriormente, relataram serem filhos do mesmo pai e da mesma mãe. Tiveram duas (2) crianças que afirmaram terem irmãos somente da mesma mãe, uma delas tinha quatro (4) irmãos e a outra possuía dois (2), sendo que essa acrescentou que teve um irmão da mesma mãe e mesmo pai, mas só que havia morrido de alguma doença. Apenas um participante informou ter um irmão dos mesmos pais e outro de pai diferente.

As perdas, como o analisado podem ser de várias naturezas, sendo destaque nos depoimentos acima as referentes à morte, seja por causa da violência seja por doença. Essas perdas não parecem representar uma indignação, pois a realidade pela qual eles passam transforma esse sentimento em algo adaptável e por isso suportável.

Essa atitude pode ser entendida se percebermos como é difícil interpretar o que seria a violência, pois como Minayo & Souza (1999:10) afirmam: *“principalmente por ser ela, por vezes, uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural; por vezes uma resultante das interações sociais; por vezes ainda, um componente cultural naturalizado”*.

As mesmas autoras (op cit.) falam, no entanto, que essa “aparente adaptação” não é o mesmo que naturalização ou banalização da violência. Significa antes de qualquer coisa compreender o tema como algo presente na história da sociedade e que, quando relacionado à saúde, apresenta duas formas diferentes de preocupação. Uma, quando a saúde é pensada de uma forma ampla, tudo o que interfere de modo inoportuno a afeta. A outra quando é levado em consideração o sentido restrito provoca danos e às vezes a morte.

As respostas relacionadas a quem trabalhava em suas casas para a garantia do sustento apontaram que em maior número, cinco (5), são apenas as mulheres - mãe que trabalham; depois vêm os pais, num total de três (3); em terceiro aparece os pais (mãe e pai), com dois (2); e o restante têm formas variadas, com um (1) representante cada tipo, mãe e padrasto; pai e irmão; prima, tio, avô; mãe e avó e nenhum dos dois, mãe e pai, trabalhando.

Pastore (2002) faz uma comparação entre 1970 e hoje em dia e constata que, na primeira data, somente 20% das mulheres brasileiras trabalhavam fora, ao contrário de agora, pois a porcentagem aumentou para 48%. Mostra ainda, outra mudança ocorrida no universo feminino, as mulheres que trabalham fora de casa deixaram de ser apenas as jovens, solteiras e sem filhos. Sendo de 50% do total a porcentagem de mulheres casadas que trabalham fora. Destaca, também, que esse desenho é devido a redução dos salários dos maridos, ao menor número de filhos e a melhoria educacional.

A renda familiar reflete o poder aquisitivo que a família possui e seu lugar na escala da sociedade, ou seja, determina sua classe social. Pelo constatado, todos são de classe desfavorecida, pois recebem entre 200 e poucos reais até 650 reais (1 a 3 salários mínimos), sendo que sete (7) delas recebem na faixa de 300 reais (1 salário mínimo e mais oitenta reais). Sendo que o salário mínimo atualmente é de R\$ 200,00 reais (Fig. 6).

Quando o assunto abordado foi trabalho da criança, somente um entrevistado disse que trabalhava fora, e assim mesmo ajudando ao seu pai, que é pedreiro, a construir casa. Os outros trabalham dentro de casa, em alguma tarefa doméstica. As formas de dependência financeira variam muito. Em suas respostas, um total de cinco (5) crianças depende da mãe, três (3) da avó, dois (2) da mãe e do pai, um (1) da mãe, do pai e do irmão maior, um (1) da mãe e do irmão maior e um (1) da mãe e do padrasto.

O mundo humano nos indica, portanto, que um é um mundo de família e que assim deverá continuar porque até agora, depois de tantas experiências, nenhum outro grupo apareceu capaz de substituí-la plenamente em seu relevante papel. A estrutura da família pode passar por mudanças, mas é inconcebível uma sociedade onde não se mantenha pelo menos nas suas funções básicas.

Por fim, é de extrema importância chamar a atenção para o conceito de rearranjo/dinâmica familiar proposto por Vaitsman e a sua relação com “práxis” da saúde. Essa relação se mostra bastante complexa, à medida em que nada está estabelecido de antemão, pelo contrário, o envolvimento e seus “frutos” são conquistados num longo processo de luta por condições mais satisfatórias. Então, para que a “práxis” da saúde seja exercida é fundamental estar atento às mudanças ocorridas na sociedade e nas suas instituições, destacando nesse caso a família.

CASA

A casa representa o local onde as pessoas buscam refúgio e por esse motivo deve ser o mais aconchegante possível. Apesar de ter esse significado particular, a casa é uma construção social.

Segundo Damatta (1985:13): *“a casa define tanto um espaço íntimo e privativo de uma pessoa (por exemplo, seu quarto de dormir), quanto um espaço máximo e absolutamente público(...)”*.

Relacionando a expressão acima com a fala do escolar a seguir, percebemos que para as crianças que vivem em iguais condições que a criança entrevistada a casa perde sua função de abrigo e se transforma num espaço quase público.

“De tijolo. Eu sei o que é cômodo. É um negócio que não dá pra tirar, né? Não tem quarto, não, tia. Só têm três cômodos o banheiro, a cozinha e a sala. A sala é um pouco grande, o banheiro é meio pequeno e aí a cozinha é pequena” (Fernando, 8 anos).

Embora a descrição da casa nos leve a pensar num mínimo conforto, no Complexo de Manguinhos, predominam moradias de um só cômodo. Além disso, não tem coleta de lixo diária e a água mesmo sendo encanada só está disponível duas ou três vezes por semana.

O mesmo autor (Damatta, op. cit.:12) prossegue dizendo *“que a casa e a rua são categorias sociológicas para os brasileiros (...) essas palavras não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas acima de tudo entidades morais,*

esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade, domínios culturais institucionalizados e, por causa disso, capazes de despertarem emoções, reações, leis, orações, músicas e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas”.

Os dois depoimentos dos escolares a seguir mostram duas formas diferentes de enxergarem o local de moradia, um afirma ser um local agradável onde brinca com os amigos e a outra expõe sua insatisfação de morar em um lugar repleto de bandidos, onde vive a violência e reina a insegurança.

“Meu bairro é bom, tia. Eu gosto dele porque lá tem muito colega meu, só” (Fernando, 8 anos).

“Chato, muito chato, tem muito bandido, eu fico com medo, eles fica mandando tiro, eu fico com medo. Eu saio quando tá calmo” (Heloísa, 8 anos).

O cotidiano vivido a cada momento revela novas facetas que são interpretadas por nós como intermináveis obstáculos que devem ser enfrentados e transpostos. Logo, para que haja a superação das inúmeras contradições existentes no dia a dia, devemos ficar atentos para o sentido da palavra solidariedade. Pois, atualmente o exercício dessa palavra é de maior exigência para que o caos gerado pelas desigualdades de todos os gêneros sejam melhor trabalhadas. A solidariedade então, estaria vinculada à relação de interação entre as pessoas, sendo que o resultado de tal interação seria a satisfação mútua.

Quando indagadas sobre o local de moradia a maioria informou que morava na comunidade de Mandela I perfazendo um número de cinco (5) pessoas, em segundo lugar veio a comunidade de Manguinhos num total de quatro (4) crianças, em terceiro, com apenas dois (2) entrevistados apareceu o bairro de Bonsucesso e empatado com somente um (1) indivíduo em cada local, Benfica, Bairro 8, Jacaré e Jacarezinho. Constatamos o que era esperado, a população que demanda vaga na escola são os moradores da redondeza, desde comunidades bem próximas até algumas um pouco mais distantes.

Analisando bem as respostas, percebemos que a criança nem sempre tem o sentimento de pertencimento quanto ao local exato de moradia, assim como também, traduz o termo

favela como comunidade, bairro, denunciando sua rejeição ao espaço que pouco lhe proporciona e que é carregado de preconceitos.

Quando abordadas, quatro, responderam que moravam em Manguinhos talvez por ser um lugar mais tradicional e, de maior prestígio. Entretanto, esse nome batiza o complexo que é composto de várias comunidades. Outra visão de sua moradia que a criança nos transmite é a de que não tem noção de espaço e seus limites e com isso tem dificuldade de se localizar no seu território específico.

A análise dos dados das entrevistas dos pais sobre local de moradia confirma essas questões acima discutidas que traduzem a falta de identificação com o local próprio de habitação.

Essa situação agravada pela globalização ressalta a crise que o sistema capitalista de produção vem arrastando ao longo de sua existência. Os guetos habitados por trabalhadores, geralmente sem qualificação, expõem a absoluta omissão do poder público, tendo deixado de investir recursos em projetos políticos de habitação para as camadas populares, assim como meios de assentar os moradores das favelas em seus locais de moradia.

Embora elas tenham essa deficiência de reconhecimento do território geográfico de moradia outro fator contribui para que isso ocorra. Como são áreas que foram ocupadas de forma irregular ao longo dos anos podem ser consideradas favelas e não bairro. Esse fato traz a enorme diferença entre morar num bairro ou numa favela. O bairro possui reconhecimento, as ruas são nomeadas, numeradas, podem ser facilmente identificadas. Nas favelas, as ocupações desordenadas substituem as ruas, os becos se multiplicam. Entretanto, o maior problema é o estigma direcionado à pessoa. Na verdade, quando esses endereços são negados pelos próprios moradores, o que é subtraída é a memória das origens sócio-econômicas que reforçam essa marginalização.

Cynamon & Cohen (2002) quando analisam o espaço favelizado destacam dois aspectos ligados à problemática humana e social estabelecida para além do simples habitar num território geográfico. O primeiro é o crescimento urbano desordenado causado pelas

desigualdades sociais e o segundo expressa-se no próprio espaço da comunidade, através da criação de estratégias de sobrevivência cotidiana.

A complexidade com que a população se ocupa dos espaços urbanos nas metrópoles é dada por Santos (1994) Diz ele que nas grandes cidades predomina a urbanização corporativa marcada por crises derivadas da concentração populacional nos grandes centros causando problemas de transporte, de moradia, de locomoção entre trabalho-residência, de periferização.

Em função do modelo capitalista ser gerado numa matriz de desigualdade social e econômica uma grande parcela de trabalhadores é lançada à marginalização. No enfoque de Valla (1994:28), os baixos salários recebidos pela esmagadora população brasileira excluem-na da demanda da moradia, pois segundo o pesquisador só têm “acesso aos bens sociais aqueles que podem pagar o preço”.

As condições positivas ambientais e assistenciais, portanto são determinadas por fatores sócio-econômicos que são agravados na medida em que há novos acertos, em nível internacional, na esfera social do trabalho (Tavares, 2000).

A institucionalização das práticas no sentido de perceber a saúde, enquanto qualidade de vida e não como simples ausência de doença fez com que houvesse a incorporação entre outros, dos determinantes sociais. Logo, algumas categorias chave tais como, distritalização, territorialização e adscrição de clientela estiveram presentes para que a nova proposta fosse alcançada com êxito.

Sendo assim, o sentido da palavra território, em termos de planejamento em saúde, relaciona-se à capacidade instalada de infra-estrutura e recursos que determinada área geográfica possui com vistas ao atendimento das necessidades dos habitantes da região. Portanto, é crucial haver um estudo dos equipamentos sociais existentes e a adscrição da clientela para que essa esteja vinculada ao território e com isso seja mais bem atendida (Cohn et al., 1991).

Mas de que território estamos falando, quando nos referimos ao Complexo de Manguinhos?

A realidade de Manguinhos está longe de representar o paraíso, pelo contrário, sua situação reflete as conseqüências da enorme desigualdade social que existe no país. O contexto de pobreza e vulnerabilidade assolam esse espaço, o que gera um menor grau de oferta de serviços públicos tais como: saúde, educação, habitação, entre outros. Esse fato fica mais fácil de ser compreendido, quando verificamos o total populacional do Complexo, que se aproxima de 50.000 habitantes; 30% das moradias estão em situação inadequada; 30% das mortes são devido ao tráfico e a violência e 45% das pessoas em idade ativa estão desiludidas com a oportunidade de trabalho digno (Boldstein & Zancan, 2002).

Como tentativa de superação desse panorama, profissionais ligados à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz vêm desenvolvendo o projeto de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) que tem como pilar a filosofia da promoção da saúde. Portanto trabalha visando políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes que favoreçam à saúde.

As iniciativas de caráter social organizadas pela sociedade civil voltadas às comunidades de baixa renda, levam benefícios à população quando moradores participam como sujeitos ativos desse processo. Um exemplo a ser destacado foi o do Projeto Universidade Aberta realizado pela Fiocruz. As intenções desse Projeto buscavam, através de “10 subprojetos, abranger o monitoramento de saúde, da qualidade da água e da habitação” (Cynamon et al., 2002). Em conformidade com os objetivos, as pesquisas sócio-educativas e de tipo etnográfica permitiram aproximação com os reais problemas da localidade, tendo como mediadores os próprios moradores dessas comunidades.

Dessa forma, a Fiocruz não apenas pôde aproximar-se das comunidades do Complexo de Manguinhos contribuindo de fato para a melhoria da qualidade de vida da população circunvizinha como também enriqueceu seu repertório acadêmico com ações/reflexões/ações pertinentes aos problemas daquele espaço social.

Em 1993, foi criada a COOTRAM inicialmente cooperativa de serviços de limpeza como decorrência dos frutos do Projeto Universidade Aberta. Essa cooperativa veio a fortalecer a idéia de autonomia e parcerias exibindo novos subprojetos que não só auxiliaram a

construção da cidadania, mas também a minimização dos problemas sociais, ambientais e funcionais da comunidade (Cynamon et al., op. cit.).

O que constatamos é que o DLIS- Manguinhos teve como início a Universidade Aberta. Sendo que agora mantém suas características inovadoras e segue determinados objetivos para que seja plenamente desenvolvido (Boldstein & Zancan, 2002: 53):

- *identificar, articular e integrar as diversas iniciativas de desenvolvimento econômico e social presentes nas onze comunidades que compõem o chamado Complexo de Manguinhos;*
- *promover um processo de interlocução e co-responsabilização entre o poder público, as iniciativas privadas e a população organizada através da constituição de instâncias de gestão das políticas de desenvolvimento local;*
- *formular agendas locais com demandas e prioridades pactuadas, tendo em vista o impacto efetivo sobre a qualidade de vida da população;*
- *gerar e disponibilizar informações, metodologias e tecnologias em DLIS, a partir da experiência de Manguinhos.*

Mesmo que seja um grande desafio, o projeto tem tido perseverança em despertar no local a expectativa de uma vida mais digna para seus moradores e, para tal, tem contado fortemente com suas presenças por meio das associações de moradores. A participação social desses, assim como também o levantamento de suas iniciativas, necessidades e prioridades são imprescindíveis para que o programa contemple a meta de resgate, aumento e manutenção de melhor qualidade de vida para a população local.

A maneira mais proveitosa de ter os moradores ao lado, participando de todo o processo decisório é capacitá-los, sendo que a sofisticação dessa parceria foi a criação do Fórum Comunitário Regional “Acorda Manguinhos”. Esse Fórum foi resultado do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) que gerou uma grande mobilização popular para a conquista da cidadania ativa e do fortalecimento da sociedade civil em Manguinhos.

Fazendo parte da proposta, temos ainda as parcerias feitas com o poder público, iniciativas privadas que atuam na área, como é o caso dos Correios, Embratel, Refinaria de Manguinhos.

Dentre as Iniciativas que estão contidas dentro desse programa, destacamos o Programa Saúde da Família por estar ligado à área específica da saúde. Mesmo que seja destinado inicialmente a duas comunidades, Mandela de Pedra e Parque Osvaldo Cruz, é um excelente começo para a mudança do contexto caótico que se encontra o Complexo.

O PSF foi implantado em Manguinhos, em 2000, num convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e o CSEGSF. Seu formato segue a linha proposta pelo Ministério da Saúde quanto às diretrizes, princípios e organizações das equipes e do processo de trabalho, visando com isso a reorientação do modelo assistencial e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

Todavia, num primeiro momento, seu funcionamento seguiu alguns critérios prioritários, dentre eles:” atender aos moradores de áreas vulneráveis; presença de condições favoráveis à sua implementação, tais como: a existência de movimentos sociais organizados e história anterior de implantação de serviços de saúde” (Senna et al., 2002: 196).

ESCOLA

O Centro Integrado de Educação Pública (CIEP) Juscelino Kubitschek surgiu em 1986 como parte integrante do Programa Especial de Educação (PEE) criado pelo professor Darcy Ribeiro e equipe, no 1º governo Leonel Brizola, tendo como característica principal atender ao alunado dessa área densamente povoada e com um alto grau de pobreza.

Por isso, ganhou um perfil próprio desde seu projeto arquitetônico elaborado por Oscar Niemeyer até suas metas político pedagógicas.

De acordo com Ribeiro (1986: 17):

“Os brizolões atendem a 1.000 crianças de 1ª a 4ª série ou de 5ª a 8ª série, separadamente. Em uns e outros, elas são atendidas de 8 da manhã às 5 horas da tarde e ali recebem, além das aulas, da recreação, da ginástica, 3 refeições e um banho diário. À noite, o brizolão se abre para 400 jovens de 14 a 20 anos, analfabetos ou insuficientemente instruídos. Cada brizolão abriga 12 meninos e 12 meninas escolhidos entre as crianças abandonadas e que estejam sob ameaça de cair na delinqüência”.

Em relação aos dados escolares, nove (9) que estavam cursando a 1ª série do 1º ciclo, eram da mesma turma; estudavam no turno da manhã e da tarde e tinham duas professoras, uma que ficava no 1º e outra que ficava no 2º turno; apenas uma aluna falou em repetência, sendo que ela afirmou que já havia sido reprovada na Educação Infantil, justificando seu atraso na escola. E seis (6) que estudavam na 2ª série do 2º ciclo, também eram da mesma turma. Estudavam somente no turno da tarde e com isso só tinham uma professora. Nenhuma das crianças declarou ter sido repetente.

Esses dados indicam que apesar dos Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs) terem-se iniciado com a proposta de horário integral, nem todas as turmas dessa escola funcionam com essa proposta. Existe uma diferença quanto ao tempo de permanência na escola. Os mais novos que estão iniciando o 1º ciclo têm a preferência e ficam em horário integral.

Levando em consideração o projeto político pedagógico do CIEP JK, percebemos que muitas propostas originais, além da questão do horário, estão sendo desconsideradas e por esse motivo o alunado está sendo prejudicado. Dentre elas podem ser destacadas: a) o acréscimo da educação infantil (jardins de infância), turmas de progressão e de alunos especiais, limitando mais o espaço. E mais, no que diz respeito à educação infantil este ainda espera a finalização de um prédio cuja construção também compromete a área disponível; b) as ofertas da recreação, da ginástica, da alimentação e do banho são ações da escola que têm suas debilidades; c) a implementação desorganizada do programa de alunos residentes, que não contabiliza em seus documentos a quantidade desses alunos.

A inclusão foi acrescentada à nova LDB (Lei 9.394/96) como um novo projeto político. Apesar desse desejo, o que podemos observar são condições adversas a essa proposta. Podemos discutir alguns exemplos. Os alunos portadores de necessidades especiais receberam a “honra” de participar de uma série de crianças normais. Entretanto o que vimos foram salas com crianças de desenvolvimento normal e salas com crianças portadoras de problemas. Ao ter essa variedade a escola, em vez de apenas abrigar essas crianças, tem que atender às reais manifestações de interesse que elas apresentam, para que suas presenças não confirmem apenas dados estatísticos desvinculados de seu real propósito: atendê-los com respeito e qualidade.

Então, nos parece que caminhando contra a política de inclusão, encontra-se a falta de cuidado com a inchação das salas e a falta de condições do professor atender a um número excessivo de alunos com perfis tão variados.

Além desse problema, há uma carência nessa região, em relação à ampliação do ensino fundamental até a 8ª série e do ensino médio. Embora a conquista desses segmentos da educação básica seja uma conquista do ensino público no Brasil na última década “*é ainda hoje uma reivindicação do conjunto de comunidades de Manguinhos*” (Bodstein & Zancan, 2002:49).

Outro aspecto que é relevante é a parceria com a Cooperativa (Cootram) que ocupa na parte da noite um espaço no interior da escola. Embora não esteja registrada em documento oficial, essa utilização do espaço pedagógico significa pôr em prática um dos objetivos de quando o CIEP foi criado: possibilitar a inclusão de analfabetos ou insuficientemente instruídos.

Essa parceria que estaria mais garantida por meio de uma formalização, pode significar para além da meta, um primeiro passo para o estabelecimento de mais parcerias entre escola e comunidade, no sentido defendido pela Escola Promotora de Saúde.

O projeto político pedagógico do CIEP JK é baseado, pelo menos até o momento, no documento Municipal de Multieducação. A característica marcante dessa proposta municipal é a articulação dos princípios educativos do meio ambiente, do trabalho, da

cultura e das linguagens com os núcleos conceituais da identidade, do tempo, espaço e da transformação. O fruto dessa interação é o êxito do aluno em aprender e do professor em ensinar com sucesso, sem deixar de lado a ligação entre vida cidadã e o conhecimento escolarizado (Rio de Janeiro, SME, 1996).

Em resposta às exigências da sociedade contemporânea foram criados os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Tal proposta foi elaborada a partir da discussão coletiva de diversos segmentos especializados na área da educação. O produto dessa pactuação foi veiculado por meio do Ministério da Educação e do Desporto com vista a contemplar uma educação de qualidade mais adequada ao mundo em permanente mudança (Maia, 1999).

Assim, os PCNs foram estruturados por ciclos: 1º e 2º (ensino fundamental) e 3º e 4º (ensino médio) com a finalidade de resguardar um maior compromisso com o processo de aprendizagem. Como forma de alcançar esse objetivo foi considerado como primordial o agrupamento dos conteúdos nos vários ciclos, sem deixar de considerar a permanência de um grau de flexibilidade, como requisito fundamental para que as diferenças sejam respeitadas e mais bem trabalhadas. Elege também como ponto importante a aproximação tanto com os fundamentos psicopedagógicos quanto com a noção de conhecimento e a função que a escola exerce (Maia, op. cit.).

Os conteúdos contidos nesses parâmetros abordam os núcleos básicos: língua portuguesa, matemática, ciências naturais, história, geografia, arte e educação física e também os temas transversais: ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural.

A Portaria Interministerial nº 766, de 16/5/2001, institui um Grupo de Trabalho Interministerial Saúde e Educação, que sob a coordenação do Ministério da Saúde, terá como atribuições a elaboração, implementação e acompanhamento dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação sobre saúde e orientação sexual (Brasil, MS, 2002).

A introdução de conteúdos de promoção da saúde nos PCNs em Ação é uma proposta que busca a construção de diretrizes técnicas, políticas e operacionais no território nacional sobre Escolas Promotoras de Saúde na prática docente, assim como também na prática do educando com vistas a mudanças consideráveis no modo de viver da nossa população.

O significado da escola para as crianças que participaram da pesquisa foi de um local prazeroso, que desperta interesse pela oportunidade de poderem compartilhar com outras crianças, um espaço e as dinâmicas desenvolvidas nele. São poucos os alunos que dão importância explícita ao estudo e aos deveres. O contrário acontece com as atividades que são realizadas fora da sala de aula, como por exemplo as das aulas de educação física e os tempos livres:

“O espaço é bom, dá pra brincar e o que é chato é que espaço tem pra brincar mas a tia, professora, não desce pra brincar. Ela só passa dever (...) E não nem tem tempo pra descê (...) Depois o professor de educação física nem veio que era pra vir. Não gosto quando ele falta, porque quando ele falta a gente fica muito tempo na sala fazendo dever” (Érico, 10 anos).

“É legal a tia de manhã dá recreio pra gente brincar, a gente vai pra quadra. O espaço é bom, a sala, o espaço é bom, tem negócio pra gente brincar, tem livro, é muito bom” (Carolina, 7 anos).

Esses depoimentos nos fazem refletir que a escola deve realmente buscar em várias estratégias de aprendizagem mais lúdicas, o seu sentido, para que seu alunado se aproxime das ações escolares e se satisfaça plenamente, seja apreendendo os conteúdos acadêmicos seja os não acadêmicos. Podemos observar que a falta do professor de educação física não é só um problema administrativo, é motivo de frustração da criança, pois com essa ausência, o aluno deixa de usufruir o tempo dessa modalidade de aula.

A escola inserida no mundo contemporâneo entende que o processo de aprendizagem não se dá apenas através das informações teóricas, dos livros, mas também, por meio de atividades, experiência e pesquisas. Assim, se o conhecimento não se restringe à sala de aula, cabe à escola somar às estratégias já existentes, outras que favoreçam o desenvolvimento pleno do aluno.

Logo, outra atividade que deve ser estimulada nas crianças é a prática de leitura. Essa postura quando bem assimilada faz despertar o interesse dos leitores para os vários assuntos e culturas existentes, além do desenvolvimento da capacidade crítica.

O otimismo demonstrado pelo aluno, refletido nas expressões que seguem, em relação à oferta de sua escola, nos leva à reflexão tal como a importância da aquisição da leitura, numa cultura marcada pelo letramento. Esse hábito enriquece o aprendizado.

“É muito boa. Eu gosto de estudar. A gente não vai muito pra sala de leitura, gosto de lê”
(Olinto, 10 anos).

“É legal, às vezes eu venho pra sala de leitura quando a tia tem tempo, às vezes depois do café a gente vem pra sala de leitura às vezes não. Eu gosto da sala de leitura” (Heloísa, 8 anos).

O aluno quando diz que “gosta de estudar” e reivindica atividades complementares na sala de leitura, agrega ao ato de estudar a tarefa de ler, considerada pela própria criança uma atividade que lhe dá satisfação. Já outro aluno, em relato anterior, em contradição, refere-se ao ato de estudar como “fazer dever”. Este identifica a tarefa escolar como uma obrigação determinada pela escola ou pela professora.

O primeiro depoimento, anteriormente registrado, foi realizado por um aluno da 4ª série e o segundo, por outro do período intermediário do 1º ciclo. Analisando e comparando as duas falas, percebemos o que ocorre no cotidiano escolar. Existe uma diferença grande de oportunidades entre as duas séries. Os alunos mais velhos além de terem que estudar em apenas um turno, não têm cumprida sua carga horária nas atividades fora da sala de aula, como é o caso da sala de leitura. Enquanto isso, os mais novos são de certa forma privilegiados, isto por permanecerem mais tempo na escola e gozarem de um maior apoio em termos de acesso às atividades extras. Isso fica evidente na satisfação que é despertada numa das crianças do período intermediário do 1º ciclo.

A escola ajuda a fixar os limites sociais e, ao mesmo tempo, prepara o caminho para que o meio social não seja aceito incondicional nem independentemente. Ela deverá fazer o indivíduo ganhar consciência de que a sociedade é aqui e agora e não algo no futuro ou lá fora; de que ela própria não é um elemento separado da sociedade total, mas uma parte integrante dela; não um campo de treinamento para a vida, mas sim, um *locus* onde se reflete sobre a vida como prática social.

Por isso mesmo é de fundamental importância a formação tanto dos professores quanto dos demais envolvidos com o trabalho desenvolvido no espaço da escola. É importante também o investimento na formação continuada desses profissionais a fim de que fiquem aptos a desenvolverem um trabalho inovador com os alunos onde haja a articulação dos saberes e o empoderamento tanto dos alunos quanto dos professores.

“Olha, a escola (...) eu gosto muito da minha professora, gosto do jeito que ela ensina, porque é uma boa professora (...)” (Paula, 11 anos).

“Eu gosto da escola porque faz muita coisa, né. A tia ensina, a gente brinca, gosto de ficar o dia todo, só não gosto de ficar com outras professoras, elas são ruim com os alunos que ficam na sala dela, elas brigam, só tem um garoto que gosta” (Guilherme, 8 anos).

A fala desse aluno reflete de maneira indireta a identificação existente entre ele e sua professora. Embora ele goste de ficar o dia todo, não gosta de ficar com outras professoras. Esse fato ocorre em função da falta dos professores. Quando isso acontece, a direção da escola divide os alunos da professora faltosa entre as turmas dos que estão presentes. O trabalho que esse professor realiza durante o dia será mais tumultuado, em função do aumento do número de crianças e dos problemas devido à adaptabilidade.

Tendo em vista o papel fundamental da escola, percebemos a necessidade de investimento em busca de uma escola de qualidade, que atenda a todas as crianças e jovens, onde haja a democratização do acesso à informação significativa como instrumento de cidadania, de desenvolvimento e de transformação social. A importância do investimento em educação, segundo Feldman (2001:2) reforça o pensamento de que:

“É na escola que devem ser dados, por cada cidadão, os primeiros passos em direção à conquista, à cidadania e da qualidade de vida. Mas para que a escola possa ocupar este lugar dianteiro no carro social, é preciso falar de investimento e comprometimento – é preciso falar dos recursos humanos e financeiros necessários para re-equilibrar estes dados invertidos (os adultos apresentam um desempenho educacional maior do que o da população atualmente em idade escolar) que este Retrato do Rio nos permite ver”.

Torna-se, portanto, de extrema importância atender à diversidade cultural e respeitar as diferenças individuais no contexto da escola e da sala de aula. Libânio (2001) ressalta que essa atitude de aproximação e valorização das várias culturas, assim como a preocupação com as diferentes capacidades, motivações são posturas básicas para que os alunos tenham oportunidades iguais de escolarização.

Por isso, é fundamental a conquista de um ambiente saudável através da implantação dos princípios da Escola Promotora de Saúde, já analisados no terceiro capítulo, onde não exista somente a preocupação com o espaço físico, mas também das relações intrapessoais e interpessoais, além da aproximação dos conteúdos acadêmicos e o saber popular e uma maior participação dos alunos nesse processo de construção.

Entre os alunos entrevistados, fica evidente a preocupação com a estética da escola mostrando que a beleza é de extrema importância para o despertar de coisas boas e por meio disso satisfazer o bem estar:

“A escola é mais ou menos, mas se pintá ela fica bonita, tinha que pintá de colorido ia trazer muitas coisas. Porque muita gente ia gostá, quase ninguém gosta do colégio. E esse colégio já pegou fogo, por isso que tá sem cor ele era com cor” (Guilherme, 8 anos).

Outro interesse que a escola desperta nos alunos é em relação à merenda. O programa de alimentação escolar (PAE) envolve não apenas o Instituto de Nutrição Annes Dias, mas também outros órgãos e equipes da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, como: o Departamento Geral de Infra-estrutura, a Coordenadoria Regional de Educação, as Unidades Escolares e os Manipuladores de Alimentos (Rio de Janeiro, SME, 2001).

Esse programa alimentar tem como objetivo a redução das carências nutricionais, o aumento da resistência às doenças e ainda busca favorecer o desempenho escolar. Para tal, o Instituto de Nutrição Annes Dias elaborou um cardápio como forma de organizar as refeições consumidas pelas Unidades Escolares e assim atender às necessidades nutricionais dos alunos matriculados na Rede Oficial de Ensino (Rio de Janeiro, SME, op. cit.).

A elaboração dos cardápios seguiu alguns critérios fundamentais, estando de acordo com (Rio de Janeiro, SME, op. cit.: 3):

- ▶ *Orientações do FNDE (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação);*
- ▶ *Faixa etária do escolar;*
- ▶ *Recomendações nutricionais;*
- ▶ *Tempo de permanência do escolar na Unidade;*
- ▶ *Hábitos alimentares do escolar;*
- ▶ *Safra de hortaliças e frutas;*
- ▶ *Custo de gêneros.*

Fazendo parte das estratégias que visam o alcance dos objetivos instituídos pela promoção da saúde temos a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Devemos dar ênfase ao estímulo da alimentação saudável através do exemplo proposto com o projeto Com Gosto de Saúde, em 1.033 escolas da rede pública municipal do Rio de Janeiro. Seu enfoque é a alimentação e nutrição como componente fundamental da promoção da saúde. A abordagem é por meio de jogos, vídeo e textos contemplando oito temas, que são: alimentação e cultura; alimentação saudável; aleitamento materno; obesidade e desnutrição; atividade física; segurança alimentar e nutricional; alimentação na escola e cuidados com o corpo e o ambiente (Brasil, MS, 2002).

Quando o assunto abordado foi a comida fornecida pela escola, a maioria dos escolares aprovou. No relato da aluna, podemos identificar a variedade de gêneros oferecidos ao alunado:

“Hum! Nem fala, é muito gostosa. Na comida eu gosto de arroz, feijão, farofa com aquele negócio verde e carne. Fruta eu gosto de maçã ou tangerina. No lanche tem pão mas não tem recheio, só manteiga ou requeijão. Eu gosto de pão com Nescau ou então leite com baunilha ou leite com groselha” (Bárbara, 10 anos).

“É boa. Carne seca, tia, adoro, a tia Mariquinha também. Tem galinha. Eu prefiro comida”(Fernando, 8 anos).

Esse depoimento novamente mostra o elo afetivo do aluno com sua professora, sentimento gerado a partir da identificação das preferências alimentares.

“Se eu gosto, assim? Macarrão com salsicha, o macarrão aqueles assim eu não como senão eu boto tudo pra fora. Então eu só posso comer aqueles macarrão aparafusado ou então eu só posso comer a salsicha. A comida é meio salgada, meio sem sal, o que eu gosto mais de comer na escola é angu. Às vezes, quando tem festa, eles dão suco, biscoito... Só que o meu irmão, ele só gosta de comer fritura. Eu não, eu gosto de comer legume, arroz, feijão, essas coisas”(Diana, 8 anos).

O relato demonstra tanto um caso de preferência alimentar como também a noção confusa do que significa uma alimentação saudável. Ao mesmo tempo em que fala que o irmão gosta de fritura como uma coisa ruim e ela gosta de legumes, arroz e feijão como uma coisa boa, a criança tem como preferência o angu que é um alimento que não fornece todos os nutrientes necessários. Mostra também que nem sempre as refeições agradam ou estão equilibradas, por exemplo, pela quantidade de sal.

"Ela era boa, antigamente eu comia, mas agora de tarde eles tão dando Nescau e aquela rosquinha de coco... ou biscoito doce. Tem vários biscoitos... Cream Cracker. Eles dão lanche e não comida porque passavam assim na sala perguntando quem quer comida ou lanche. Ai escolheram lanche. Eu prefiro lanche. A gente prefere lanche porque a comida a gente às vezes não gosta de comer, porque a gente não come fruta. Não é besteira, é comida” (Érico, 10 anos).

O depoimento mostra claramente que o aluno, no momento está descontente com a alimentação oferecida pela escola. Fato que não ocorria no passado, o que indica que na sua visão as refeições eram de melhor qualidade.

É importante que tenhamos melhor compreensão sobre o comportamento alimentar. No porquê das escolhas nos apoiamos no conceito de habitus construído por Bourdieu apud Garcia (1997: 457). Diz ele que *“os habitus funcionam como disposições estruturadas e estruturantes, fortemente marcados pelas primeiras experiências, as que ocorrem no interior das manifestações familiares”*.

O refeitório foi considerado, por todos os escolares, local apropriado para a realização das refeições. Entretanto as opiniões, também foram convergentes quando o assunto em destaque foi sujeira e a não compreensão por parte das crianças menores sobre o significado de ambiente saudável.

“O refeitório tem rato. Tem rádio também e as merendeiras... É que jogam comida no chão e eu não gosto disso, tinha que ficar alguém pra não jogar casca de laranja, casca de banana” (Diana, 8 anos).

“Acho ele muito sujinho, tia, que as crianças joga lixo nele” (Fernando, 8 anos).

Quanto à satisfação ou não que o refeitório desperta nos alunos participantes:

“Pra mim ele é muito pequeno, tem que crescer mais, porque quando tem muita turma fica a maior bagunça. Os funcionários são legais, são bons, fazem as coisas pra gente, não tenho nada contra eles não” (Érico, 10 anos).

Podemos perceber pelo relato dos alunos que essa escola, especificamente, e a escola de um modo geral não se tem importado em desenvolver em seus alunos condutas positivas para a sua autonomia. Quase sempre o imaginário do aluno associa à organização, à limpeza e à manutenção da disciplina como condições normativas impostas pelos funcionários, ou professores, coordenadores ou serventes. Isso porque fica ausente a aquisição dessas práticas como fatores pedagógicos presentes nas aulas de Língua Portuguesa, História, Geografia, Ciências, Artes e Matemática.

5.3 CONCEITO DE SAÚDE E DE MODELOS EXPLICATIVOS

Devido à influência do pensamento racionalista instaurado por Descartes no século XVII a concepção de saúde esteve ligada a uma lógica deturpada da realidade. O racionalista acreditava na razão como a verdadeira fonte de conhecimento. E muitas vezes acreditava também em certas idéias inatas ao homem, isto é, em idéias que já existiam no homem independentemente de toda e qualquer contribuição do mundo objetivo. E quanto mais

clara fosse esta idéia, ou seja, mais “evidente”, tanto mais certo era o fato de ela corresponder a um dado da realidade.

Dessa forma, Descartes recusava, portanto, a concepção unitária e finalista do organismo humano. Sua tese era, ao contrário, que o corpo humano era uma máquina, comparando-o ao mecanismo do relógio. E assim, a doença seria o mau funcionamento dos mecanismos biológicos.

Essa interpretação vem influenciando o pensamento da medicina que conforme assinalou Czeresnia (1999: 701):

“o desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, e da medicina em particular, exerceu significativo poder no sentido de construir representações acerca da realidade, desconsiderando aspecto fundamental: o limite dos conceitos na relação com o real – em particular, para a questão da saúde – o limite dos conceitos de saúde e de doença referente à experiência concreta da saúde e do adoecer”.

Ao conceber o corpo humano em várias partes, a medicina moderna deixou de lado a visão do homem como ser integral. Também ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico se privou da noção de cura (Capra, 1992).

Capra (op. cit) considera que para que seja incorporada a noção de cura à teoria e à prática médica, às concepções por elas defendidas, de saúde e de doença, terão que ser revistas e ampliadas.

O conceito de saúde, defendido pelo autor citado anteriormente, quando relacionado ao conceito de vida, se confunde numa imprecisão, por haver um envolvimento dinâmico entre ambos. Um conceito mais amplo de saúde inclui dimensões individuais, sociais e ecológicas e assim, torna necessária uma visão sistêmica dos organismos vivos e, correspondentemente, uma visão sistêmica de saúde.

O conceito estabelecido, em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta um efeito discursivo contrário a uma descrição da prática social, ao declarar a saúde como

“um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Esse ponto de vista visivelmente idealista deixa de abordar a característica dinâmica e complexa do ser humano em relação ao meio. Concordamos com a crítica desenvolvida por Rezende (1989: 87) diante desse conceito, quando diz que: *“a saúde é uma postura humana, ativa e dialética frente às permanentes situações conflituosas, geradas pelos antagonismos entre o homem e o meio”*.

Como forma de superação dos modelos de análise dos processos saúde e doença fundamentados num conceito restrito de saúde construído a partir do paradigma cartesiano, houve a incorporação do componente social para a explicação do fenômeno. A Medicina Preventiva, Medicina Social e a Saúde Coletiva se instituíram enquanto saberes buscando articular o processo saúde-doença às relações sociais (Vaitsman, 1992).

Assim, o corpo tornou-se não mais o corpo biológico, mas o corpo social, primordialmente um agente do trabalho, com seus significados extraídos da estrutura histórica da produção. Logo, o trabalho – e sua alienação através do processo social de produção capitalista – se constituiu como categoria central para se entender o processo saúde/doença e as práticas de saúde em nossa sociedade (Vaitsman, op. cit.).

Levando em consideração essa nova forma de conceber o binômio saúde-doença foi discutido e definido na VIII Conferência Nacional da Saúde, marco do movimento sanitário e da política reformadora do setor no país, uma visão ampliada de saúde. Ao considerar a forte relação existente entre as condições de vida e as condições de saúde, estabeleceu que sua conquista era “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades de nível de vida” (Brasil, MS, CNS, 1986).

Torna-se evidente que pensar a saúde, em sua complexidade, é muito mais do que reduzir a determinação da doença à determinação das formas de organização social de produção. Concordamos com Vaitsman (1992: 171) quando ressalta que:

“Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho (...) passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases, onde a instituição da sociedade pudesse atender o mais plenamente à atenção das diferentes e singulares necessidades humanas”.

A percepção de saúde e doença que os indivíduos têm, está relacionada com sua percepção de vida, que por sua vez se dá em contextos contraditórios, marcados por diferenças culturais, sociais, econômicas e individuais. Isso permite que concepções distintas em distintos momentos, em diferentes sociedades possam coexistir ora silenciando, ora expondo os conflitos subjacentes.

Por essa reflexão, torna-se mais compreensível encontrarmos formas variadas de olhar tanto a saúde quanto a doença e a tênue relação existente entre elas.

Pudemos observar a partir dos depoimentos dos participantes que está bastante presente a noção de saúde como higiene, como ausência de doença, como uma concepção mais ampliada sobre a problemática saúde/doença, embora não tenha sido expressão predominante, e ainda como sendo o “centro de tudo”.

Higiene

A saúde como higiene surgiu de duas formas, como higiene pessoal e como higiene ambiental. A higiene aparece de forma preponderante, mostrando como as pessoas possuem a limpeza não apenas como um conceito como também uma prática fundamental a seguir, para que a saúde corporal se estabeleça. E essa constatação está nas expressões dos pais:

*“ O que assim? em matéria de higiene?
Ser sadio, ter saúde”* (Ana, 36 anos).

“(...) Higiene, também é saúde. Tem que ter higiene pra ter saúde, se não tiver não tem saúde. Ensinar as crianças a ter higiene, a não andar descalça” (Gabriel, 23 anos).

A preocupação com a higiene surgiu a partir da industrialização, do crescimento dos centros urbanos e com a era bacteriológica instalada por Pasteur. Segundo Costa (1987: 07):

“a estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e usos do saber, estranhos a sua visão do corpo, da saúde, da doença, enfim do “bom” modo de andar a vida”.

Primeiramente, o conceito da higiene esteve atrelado aos problemas advindos da pauperização de parte da população e dessa forma, tornou-se o princípio legitimador da ação estatal. Houve incentivo na proliferação das tecnologias políticas que envolviam o conhecimento do corpo, da saúde, das formas de se alimentar e morar, das condições de vida, do espaço completo de existência das classes subalternas. Essa iniciativa foi decisiva para o projeto de disciplinarização higiênica da escola pública e gratuita, e de outras instituições (Costa, 1987).

A iniciativa de incorporação da higiene no cotidiano das pessoas aconteceu de tal maneira, que ainda permanece como uma forte corrente a seguir. Esse fato, não causa estranhamento, pois seu fundamento é o cuidado com o corpo no sentido de proteção, preservação e não como forma de obedecer às normas de disciplina impostas pelo Estado.

No século XIX, o discurso sanitário foi inserido no Brasil devido ao processo de transformação política e econômica. Esse fato pode ser identificado com o crescimento de uma economia urbano-comercial que também estimulou a ascensão de uma elite dominante portadora de concepções e valores capitalistas. Essa reformulação desencadeou uma nova configuração da sociedade, que passou a ter um caráter dinâmico em consonância com as várias mudanças estabelecidas pela nova etapa do desenvolvimento capitalista.

No mundo pós-moderno, o processo de idealização da “pureza” nos remete à reflexão sobre qual será a responsabilidade da intervenção humana na constituição das diferenças entre o que venha a ser considerado “limpo” ou “sujo”. Nesse sentido, concordamos com Bauman

(1998) que diz ser a atenção destinada à “pureza” a mesma geradora do interesse pela “higiene”.

O tratamento reservado à aquisição dessas duas conquistas sociais deve-se ao estabelecimento da “ordem”. Desse modo, Douglas (1966) apud Bauman (1998: 16) refere-se a esse fato *“(...) Ao perseguir a sujeira, forrar, decorar, arrumar, não estamos dominados pela angústia de fugir à doença, mas estamos, decididamente, reorganizando o nosso ambiente, adaptando-o a uma idéia. Não há nada de temível ou irracional em evitarmos a sujeira: é um movimento criativo, uma tentativa de relacionar a forma com a função, de dar unidade à experiência (...)”*.

Em sua fala, Douglas mostra contradição, pois ao mesmo tempo em que se preocupa com o estabelecimento da ordem como condição de dar função a algo que não havia sentido e ainda, a associar a um evento criativo, deixa de incluir na sua concepção de sujeira a noção de doença o que causa um estranhamento, já que a doença na realidade detém uma grande relação com a sujeira.

A higiene ambiental constou em alguns depoimentos dos pais ou responsáveis, como esses expostos abaixo:

“(...) aqui nessas favelas do Rio de Janeiro tem muito rato, e rato é um bicho perigoso, cheio de veneno, não bota um remédio pra matar rato, seria muito bom se a pessoa fizesse isso ai (...) vamos tentar combater esse rato, porque é muito rato. O rato é muito perigoso, principalmente, pra criança menor. A gente quando vê um rato consegue correr, já a criançinha deitada vai correr pra onde?” (Roberto, 38 anos).

O primeiro trata da questão do rato que como o próprio entrevistado enfatiza é um animal associado à sujeira e também transmite doenças. Sua preocupação deve ser levada em conta pelo poder público, para que o ambiente da favela seja um ambiente com qualidade de vida, assim como deixe de ser também um reduto estigmatizado com a visão pejorativa:

“Eu acho assim, o mais importante pra gente aqui pra ter uma saúde melhor é esse rio, esse rio pra gente não é uma coisa boa, é muito mosquito (...) Tem a coleta de lixo

direitinho, se tem lixo espalhado são as pessoas mesmo, porque tem a coleta de lixo três vezes na semana. A única coisa que prejudica a saúde é o rio, fora isso não acho que tenha outra coisa. O rio fede muito, muita sujeira, nós achamos que a causa do mosquito é o rio. Tem época que a gente não consegue nem passar é um fedor terrível, as pessoas jogam lixo dentro do rio. Agora não enche mais porque dragaram, antigamente enchia. No meu ponto de ver pior mesmo é o mau cheiro, mosquito, mosca, porque eles transmitem muitas doenças, não pode deixar nada destampado. O rio é o pior problema que temos nessa comunidade” (Flávia, 32 anos).

O segundo depoimento revela o descontentamento com a sujeira e o mau cheiro do rio, que na verdade mesmo depois de drenado continua enchendo e transbordando. Ele representa uma identificação da precária conservação do rio como uma fonte de doenças o que leva ao acúmulo de muitos problemas em potencial, principalmente dermatológicos. A situação se agrava quando estamos falando de criança, como o primeiro alertou, pois ela em seu momento de diversão não atenta para essa problemática, e se torna mais vulnerável.

A preocupação com a higiene ambiental tornou-se de grande importância à medida em que a relação estabelecida entre os anseio e desejos crescentes dos homens e a intervenção desses na natureza gerou conflitos de grandes proporções. A humanidade ao pôr em prática seu modelo de desenvolvimento fez com que o ecossistema entrasse em desequilíbrio e como consequência desse fato ocorrido encontra-se sofrendo e tendo que se preocupar em salvar o planeta, seus recursos e a si próprios (Brasil, SME, 2001).

Saúde como ausência de doença

A saúde como antônimo de doença, constou como preponderante nas entrevistas. A saúde foi vinculada ao sentido negativo, como a presença de algum mal. Os primeiros depoimentos são das crianças e os dois últimos são dos pais ou responsáveis:

“É não ter nenhum “poblema”, vários “poblemas”, como dengue” (Guilherme, 8 anos).

“Saúde? É a gente não tê nada de ruim dentro de nós” (Nélio, 11 anos).

“Saúde é a gente está bem, sem doença. A gente não estando doente está com saúde, eu acho assim. No momento estou até com minha saúde prejudicada, estou um pouquinho resfriada, não estando doente e com bem estar, estamos com saúde. Saúde pra mim é isso” (Flávia, 32 anos).

“É a pessoa sempre “tá” no médico. Acho que é isso (riu). Não ter doença” (Laura, 52 anos).

A frase a seguir demonstra que para a criança o posto de saúde se apresenta como um local agradável.

“O posto de saúde também é bom...” (Bárbara, 10 anos).

Ainda esteve presente nesse eixo, algumas expressões dos pais que apontam para uma referência à saúde como ida ao Serviço de Atenção, assim como também a relação com o fato do não atendimento à demanda por médico:

“(...)a pessoa pobre não tem acesso a tanta coisa. É difícil, porque teria que ter uma alimentação sadia, saudável e nunca tem. Médico. Hoje em dia a saúde que está doente, os hospitais tão doentes, a saúde está doente. A gente está mais doente ainda, ai é difícil. A gente tenta não exagerar, tomar certos cuidados possíveis em casa” (Ana, 36 anos).

“(...)só o posto médico, assim pra gente não ter que esperar tanto na fila, às vezes vou com o pequenininho fico lá me canso. Fico com fome porque a gente sai com pouco dinheiro. Eu acho que tinha que ter mais empregados e a gente esperasse menos, que o governo fizesse alguma coisa pra melhorar esse atendimento” (Mariana, 28 anos).

“Eu acho que a nossa saúde hoje está muito ruim, não dá nem pra entender porque está tão ruim, a gente está quase morrendo o médico marcar pra 3 meses, quando você vai lá já morreu. Porque estão assim os hospitais?” (Helena, 44 anos).

Nesse último depoimento, fica claro que não há cumprimento do princípio de universalização do acesso aos serviços de saúde.

Quando o assunto abordado referiu-se à saúde bucal uma importante questão levantada é que alguns pais ou responsável nunca levaram seus filhos ao Dentista para uma consulta. Esse fato mostra como a saúde bucal não é vista com importância por essas pessoas que muitas vezes apresentam ausência dentária e uso de prótese parcial ou total.

“Pra ser sincero com você os meninos lá de casa nós nunca levou pra uma clínica dentária. Eu acho que a saúde bucal deles é ótima. A menina ela sempre vai, ela é inteligente, ela sempre procura tudo, ela faz tudo sozinha tem 16 anos vai fazer dezessete, já tá namorando, a pessoa quando tá namorando já sabe fazer mais coisa. Os meninos nós nunca levou nem a clínica nem hospital” (Roberto, 38 anos).

“Os dentes deles tão bom, tão precisando ir ao Dentista sim, mas graças a Deus acho que não tem cárie. Nunca levei ao Dentista. Tô pra levar, mas nunca levei. A menina tem 8 anos e o menino tem 12 anos” (Damiana, 60 anos).

A acessibilidade em relação aos serviços de saúde bucal é limitada, pois o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) só faz atendimento de crianças e de gestante. Mesmo assim, as vagas são poucas, pois há a distribuição de senhas. Os adultos em seus depoimentos ou vão aos serviços particulares ou vão às emergências somente para extração de dente, não havendo nenhum trabalho direcionado ao atendimento de suas verdadeiras necessidades. A preocupação com a promoção e a prevenção da saúde, pelo visto, apenas existe com relação aos mais novos e às gestantes.

“Na Fiocruz só atende criança, eu o único Dentista que eu fui foi em Irajá, lá arranca o dente e agora a gente tem que pagar, às vezes a gente não tem dinheiro, paga aluguel, paga isso paga aquilo não tem nem dinheiro pra pagar o Dentista, fica super difícil, ali só trata de criança e gestante (...) É importante o adulto participar e a Fiocruz é um lugar muito bom, os médicos são muito bom, não tem o que reclamar, tinha que ter dentista pra adulto” (Marlene, 40 anos).

“(...) Eu não faço tratamento aqui no posto, não tem tratamento pra adulto, só pra gestante e pra criança. Eu vou ao Souza Aguiar, Salgado Filho, eu vou ao médico de emergência, quando tenho uma dor de dente, um problema urgente” (Flávia, 32 anos).

“A emergência bucal não, como eu tava te falando eu tava tratando, não deu mais eu parei (...) Onde a gente consegue INPS? Dormi umas duas vezes na fila e não consegui, a procura é muito grande, foi em Del Castilho. Fiz um tratamento no particular, mas só que parei, não tem condições. Agora parei tudo até emergência, não tem condições, eles nem olham, eles te dão logo um Benzetacil, tá com dor toma Benzetacil, quando melhorar, volta e arranca. A gente precisa de uma obturação, uma limpeza, precisa de um tratamento, pra não vir afetar os outros, não é nem o caso de arrancar é tratar” (Socorro, 33 anos).

A acessibilidade é um dos indicadores de qualidade da atenção, que cresce de importância se considerarmos que os serviços de saúde em nosso país se constituem num dos fatores determinantes da saúde; conceito que está contido desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e na Constituição Federal, artigo 196 (Brasil, CF, 1988).

De acordo com Fekete (1997) o estudo da acessibilidade é fundamental para que seja contemplada de forma competente a avaliação dos serviços de saúde. Sendo assim, haverá a aproximação entre as necessidades e anseios da população em relação à atenção de saúde e a carga de oferta fornecida pelos serviços. O que torna o conceito de acessibilidade resultante de um somatório de esferas, são elas: geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

No que diz respeito ao (CSEGSF), que é o serviço local de referência para essa comunidade, a análise dos dados ressalta que existem barreiras de natureza organizacional e sócio-cultural. A primeira em relação principalmente à grande demanda reprimida. A outra evidenciada nas entrelinhas das falas, quando referem-se às necessidades por atendimento clínico sem articular com as outras formas de cuidado que recebem como resposta também importante.

Devemos compreender melhor como vem sendo configurado o funcionamento desse Serviço. Para tal, é importante relembrarmos que em 1984 chegou mais fortemente no

Brasil a questão da atenção primária, conjuntamente com as noções de adscrição, de territorialização, entre outros conceitos. Foi nesse período que foi feito o primeiro grande estudo de adscrição de clientela através de um diagnóstico. O Serviço, um centro de saúde e por isso uma unidade básica de maior complexidade apresenta-se como referência dessa população de Manguinhos. A forma de organização do atendimento é através da ficha individual, mas com o prontuário sendo guardado por grupos familiares.

É importante entendermos como funciona o conceito de território. Mendes (1996) já vem trabalhando em cima desse tema e o considera com um dos pilares para a nova prática da vigilância da saúde. Afirma ter duas correntes de pensamento que concebem de forma distinta a questão do território.

A primeira é norteada pelo critério geopolítico, portanto, o território é concebido como um espaço físico que é dado e está completo. A segunda, ao contrário, apresenta uma dinâmica social relacionada a esse espaço, o território está em permanente construção. Desde que a tensão entre os sujeitos sociais não cesse, o território está num processo contínuo de reconstrução. Essa última colocação é a que Mendes (op. cit.) relaciona à prática da vigilância da saúde.

Então o território-processo perpassa a noção de território solo e considera os aspectos econômicos, políticos, culturais e sanitários. Logo, deverá ter como ponto chave a compreensão de como funciona a dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território e que determinam uma situação de saúde. Deve considerar também as localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações de interesse, ou seja, deve saber como se distribuem os problemas, segundo as condições de vida. Essa forma de proceder reflete a percepção de que não há homegeinização quando estamos falando de território-processo (op. cit, 1996).

Mendes (op. cit) associa mais dois outros pilares para que a prática da vigilância seja estabelecida: os problemas de saúde e a intersetorialidade. Como o CSEGSF não é estruturado com vistas à prática de vigilância da saúde, mesmo que tenha como tradição

manter um trabalho externo, antes mesmo de ter adscrição, nos faz supor por que no geral ainda predomina muito o imaginário social da saúde como ausência de doença.

O fato exposto é exemplificado de forma evidente nesse serviço. Mesmo que exista a preocupação de uma reorganização das práticas, além das consultas médicas e odontológicas com a implantação de ações dentro do espaço do Centro de Saúde e também fora, em outros locais da Fiocruz e até nas comunidades, a população não percebe esse trabalho como um ganho, pois clamam por mais postos de saúde e mais atendimento médico e odontológico. Os projetos que estão reformulando o modelo de assistência são: Estratégia Saúde da Família, Projeto Escolas Promotoras de Saúde, Núcleo de Prevenção e Controle de DST/AIDS, Núcleo de Práticas naturais em Saúde, Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição, Programa de Atenção ao Idoso e Projeto Espaço Coletivo para um Centro de Saúde do Cidadão (Reis et al., 2002).

Os projetos existentes apesar de serem incipientes mostram-se como um bom caminho para a conquista de um padrão de atendimento em saúde satisfatório. O que falta é um pouco mais de empenho no sentido de compreender melhor o público que busca as ações do Serviço, pois ao tentar maior aproximação e exercer na prática o empoderamento, assunto já abordado, no segundo capítulo, essas ações poderão ser potencializadas. Tendo como resultado também a maior cobrança da clientela frente à ampliação tanto das consultas clínicas quanto das outras propostas mencionadas acima.

Percebemos que a problemática estabelecida na relação profissional, usuário e serviços pela vertente da organização das práticas para a saúde presente na articulação entre as categorias demanda e oferta deve ser mais bem considerada. Esse fato torna-se primordial devido à desigualdade de poder gerado, pois o usuário, nessa articulação detém menor conhecimento específico dos aspectos organizacionais dos serviços de saúde. A situação tende a se agravar caso não haja uma modificação e não sejam fornecidos: *“mecanismos esclarecedores capazes de prepará-los (usuários) para o exercício do direito à saúde, como exercício de cidadania”* (Pinheiro, 2001: 104).

Como medida adotada para a superação dessa problemática acima, o CSEGSF vem desenvolvendo como filosofia de trabalho entre outras, programas focais de I. E. C.. São

nada mais que a incorporação da informação, educação e comunicação no funcionamento do Centro de Saúde na busca de uma saúde que articule as ações saudáveis com suas possibilidades. Esses três componentes compartilhados têm como meta a melhoria do atendimento à população de referência, disponibilizando condições para maiores esclarecimentos e condições para que tenham autonomia em relação à própria saúde.

Tentando compreender melhor quais seriam as reais necessidades de saúde da população entrevistada, fizemos a pergunta aos pais ou responsáveis sobre as sugestões para que a comunidade tivesse um padrão de saúde ainda melhor. Essas foram diversificadas, sendo algumas convergentes, principalmente quando o assunto foi a construção de mais postos de saúde, mais especialidades médicas e dentista. Isso ocorre pelo fato dos entrevistados darem mais importância em geral à clínica, pouco valorizando as ações de vigilância à saúde:

“Mais vaga na Fundação, É ... mais espaço, né! Muita criança que precisa ir, quer ir, não tem como, não tem vaga. Mais vaga, mais condição, mais crianças entrarem na campanha, pelo menos aqui da Fundação que é o único lugar que oferece Dentista, tratamento bucal” (Ana, 36 anos).

“Como assim? Mais assim Dentista, Pediatra, Dermatologista bom pras crianças. Porque hoje a criança vive com essa coceira, nunca vi igual. Sugeriria só isso mesmo Pediatra pras crianças, dentista que é a coisa mais importante que tem, a limpeza primeiro vem pela boca, depois vem as outras coisas” (Berenice, 27 anos).

“Que tivesse mais médico aqui na Fiocruz. Porque aqui é bom, é um lugar bom pra tratar porque é perto de casa, por ter um horário bom 7 e pouco, não precisa ir para lá 4, 3 horas da manhã, 7 e pouco você pode ir até 4 da tarde que tem atendimento, vacina, mas tem pouco médico. Então a gente vai e não tem médico pra tudo. Como eu disse, o caso do meu filho, não tem Otorrino, não tem um psicólogo aqui” (Damiana, 60 anos).

Percebemos nas falas dos participantes que não está presente qualquer dificuldade com o acesso físico. É notória também a credibilidade que o serviço possui. Isso, mesmo que sua

estrutura tenha sido planejada, quando inaugurada, para atender a uma população muito menor do que a de hoje em dia que está em torno de 50.000 habitantes (Bodstein & Zancan, 2002).

Essa situação exposta nos depoimentos antes registrados ilustra perfeitamente a hegemonia do modelo biomédico centrado no saber médico, na biologia humana, na cura e medicalização. E nos mostra claramente a dificuldade que as pessoas têm em perceber que a conquista da saúde está além da mera preocupação com o biológico. Na verdade dependente muitas vezes de ações de prevenção e de promoção, principalmente da última que ao mesmo tempo em que trabalha com novas práticas propõe a mediação com outros setores da sociedade.

Conceitos importantes e que não devem ser esquecidos para que a atenção à saúde seja alcançada é o de integralidade, e o de equidade entre outros. A integralidade significa o atendimento não apenas dos vários níveis de complexidades de ações de saúde, como também se relaciona aos anseios e necessidades dos usuários que buscam os Serviços, incluindo outras dimensões que não sejam apenas a clínica. Já a equidade representa a igualdade com justiça, ou seja, todos têm os mesmos direitos partindo do pressuposto de que estão no mesmo patamar de análise, embora indique necessidade de focalização das ações.

Lalonde (1974) ressalta que na organização da atenção não deve existir apenas uma organização quantitativa, isto é, o serviço não deve funcionar almejando apenas dados estatísticos elevados. Pelo contrário, deve existir uma harmonia entre esses dados e a capacidade qualitativa de trabalho para que estejam lado a lado a eficiência e a eficácia.

Por isso, a promoção da saúde é uma estratégia importante, pois tem como importante função a mediação para um trabalho intersetorial, isto é, visa o trabalho articulado do setor saúde como os outros setores da sociedade, tais como: a educação, habitação, segurança pública, entre outros. Essa lógica de trabalho torna possíveis as mudanças estruturais, econômicas como consequência da visão do serviço como um local favorável, que leva em consideração o empoderamento e a articulação com outras esferas fora do setor saúde.

As outras referências de atendimento levantadas pelos pais ou responsáveis, são em Bonsucesso, Del Castilho, Ramos, Salgado Filho e Souza Aguiar, São Cristovão. Mesmo que conste nos relatos todos esses Serviços, os que aparecem com mais frequência são os dois primeiros, pelo motivo de serem mais perto:

“Em hospital, nesse hospital de Bonsucesso que é mais perto, além que é mais ruim de atender pra caramba, mas pelo menos é mais perto. O tempo que você tá esperando é o tempo que você leva viajando até outro hospital mais longe” (Roberto, 38 anos).

“Eu vou no posto, na maioria das vezes eu vou aqui no posto. Quando eu tenho alguma emergência, e não condições no posto eu vou a Del Castilho, no PAM de Del Castilho (...)” (Flávia, 32 anos).

“Eu levo no posto de saúde, dependendo da situação que ele está eu levo na emergência ou do Del Castilho ou de Ramos ou do Souza Aguiar” (Carlos, 37 anos).

“Vou ao posto médico, vou no posto em São Cristovão, ou se for no final de semana, no caso de emergência, eu vou no hospital de emergência no Salgado Filho, já tem até uma pediatra que me atende direto (...)” (Mariana, 28 anos).

Analisando as falas transcritas, anteriormente, podemos destacar a relação utilizada por Pinheiro (2001) entre o uso da rede básica versus o uso do hospital. A autora aponta alguns estudos que trabalham com usuários dos serviços públicos que indicam que os mesmos *“já fazem parcialmente uma hierarquização na escolha entre unidades básicas e de retaguarda (unidades especializadas, incluindo-se aqui os hospitais), com base na própria experiência de uso desses serviços”* (op cit., 2001: 72). O mesmo acontece em nosso estudo, pelo fato dos entrevistados relatarem frequentarem de início e cotidianamente os serviços básicos e somente em caso de emergência os hospitais. Sendo esses representados pelos Serviços expostos acima, exceto o posto de São Cristovão.

Visão ampliada da saúde

Os nossos entrevistados relataram outras formas de perceber as questões que envolvem a saúde. Sendo que dessa vez a visão foi ampliada e puderam expressar a importância que é para eles deterem o mínimo de condições de vida, manter um estilo de vida saudável e a importância da aquisição da auto-estima para que possam permanecer com a saúde potencializada. Mesmo que apareça esse olhar mais amplo da saúde, o mesmo é separado não havendo uma articulação entre os pontos levantados.

A primeira forma relatada foi em relação às condições de vida que significa a maneira de viver da comunidade composta de indivíduos e de famílias, dentro de uma determinada sociedade. As crianças relataram:

“Assim, quando comem muito. As mães falam que comendo fica forte. Se não comer isso, se não comer aquilo... Eu acho que saúde é uma coisa muito importante pra nós, pra gente não viver mal, sem comer, a nossa cidade não ter comida, nossos pais não sustentarem a casa, a gente só comer negócio ruim, água suja” (Carolina, 7 anos).

“Saúde é ter uma boa alimentação e dinheiro porque sem dinheiro eu não posso comprar nada. Acho que sem saúde ninguém é nada” (Érico, 10 anos).

As duas falas expressam nitidamente a grande relação existente entre as condições de vida e as condições de saúde, ainda mais quando destacamos a ênfase dada à necessidade de uma boa alimentação. Essa questão, somada aos outros pontos levantados pela criança, nos faz perceber que ela identifica a amplitude de fatores envolvidos na conquista da saúde.

Outra questão relevante no discurso é a posse de dinheiro, tendo dinheiro numa sociedade como a nossa cujo regime é capitalista de característica neoliberal é um fator determinante de uma boa saúde. Com ele, como a própria entrevistada frisou, a pessoa pode comprar coisas, como bons alimentos, uma boa casa, pagar escola particular e ter uma “boa atenção à saúde” por meio do pagamento de um plano de saúde.

Castellanos (1998:84) ressalta:

“ao analisarmos a situação de saúde de um determinado grupo de população encontramos entrelaçados, em um mesmo momento, os efeitos de múltiplos processos determinantes e condicionantes que expressam processos mais gerais do modo de vida da sociedade como um todo, processos mais particulares inerentes às condições de vida do grupo em questão e suas interações com outros grupos e por último, processos mais singulares inerentes ao estilo de vida pessoal ou dos grupos aos quais pertence”.

Alguns componentes dos dois grupos de entrevistados expressaram a dimensão do estilo de vida como forma de se obter a saúde, deixando de uma certa maneira de fazer a articulação elaborada por Castellanos de que o estilo de vida é um subconjunto de um subconjunto chamado modo de vida. Mas, mesmo assim guarda grande importância para nosso estudo.

Ao interpretar a mensagem dita, a seguir, pelas crianças, destacamos a questão da atitude positiva frente à vida e a importância em se manter um relacionamento solidário.

“Pra mim saúde boa, uma pessoa saudável é a pessoa que fica quieta. Uma pessoa saudável é uma pessoa que brinca com os amigos, que joga bola e deixa os outros brincar” (Lauro, 8 anos).

“A pessoa pra ter saúde tem que ser boa com as crianças, com os bichos, com a professora” (Júlio, 7 anos).

Downie (1999) apud Teixeira (2002) revela que o campo da promoção da saúde abrange a discussão de valores que serão necessários à autonomia dos sujeitos para tornarem-se capazes de criar decisões sobre a sua própria vida.

Ainda Teixeira (2002), nos lembra que a literatura da educação em saúde e promoção da saúde evidencia conceitos tais como auto-desenvolvimento ou auto-realização, associando-os à aquisição de habilidades pessoais. Sendo assim, ao mesmo tempo na medida em que são desenvolvidas as capacidades de auto-desenvolvimento, ou habilidades pessoais, serão produzidas as condições da auto-estima nos indivíduos. Entretanto, com esses valores

existentes no contexto da sociedade, os indivíduos no interior da lógica do sistema no qual estão inseridos, não só transformam esse sistema como são transformados por ele.

Logo, ao fugir do modelo da indiferença, a autonomia encontra a oportunidade de ver que é o exercício do auto-desenvolvimento que pode nos levar a trocar o ser solitário, pelo ser solidário; a ser mais feliz quando você convive com pessoas tão felizes quanto você.

Numa das falas, houve ainda uma aluna que fez a associação da saúde com a auto-estima. Essa abordagem torna-se de extrema importância ao agregar à saúde uma dimensão nova e repleta de positividade.

“Olha, saúde é quando a pessoa tá totalmente boa, se trata bem, se cuida bem e se valoriza. Se gosta, não se maltrata, você olha muito pros outros mas não olha pra você, eu acho isso, você olha pros outro mais tem que ter um tempo prá olhá prá você, se valorizá”
(Paula, 11 anos).

O seu depoimento revela a importância da valorização do ser por ele mesmo e que isso é fundamental antes mesmo de você pensar no outro.

A concepção de Branden (1999) se aproxima da fala da aluna, pois afirma que a auto-estima é a disposição para experimentar a si mesmo como alguém competente para lidar com os desafios básicos da vida e ser merecedor da felicidade e ainda indica dois conceitos que são envolvidos por ela e que se inter-relacionam: a auto-eficiência e o auto-respeito.

A auto-eficiência é a confiança que a pessoa tem na própria capacidade de pensar, de entender, ou seja, na sua capacidade de aprender o que for preciso para atingirmos novas metas. Enquanto o auto-respeito é a certeza de que temos valor e por isso sermos merecedores de amor, amizade, felicidade (Branden, op. cit.).

Saúde como Centro de Tudo

O quarto eixo é a saúde vista pelos pais e responsáveis, também como o centro de tudo, ou seja, sem ela nada mais tem valor:

“Saúde é tudo, né. É a base de tudo. Sabe aquele comercial do plano de saúde, a saúde vem, ai vem a família, ai vem tudo, se tirar a saúde cai tudo. Eu vejo que a saúde é o principal” (Carla, 35 anos).

Nesse caso, podemos notar como a mídia exerce papel de destaque, e pode participar de forma complementar, na divulgação de conhecimentos acerca das boas práticas para a saúde individual, no desenvolvimento de uma cultura da saúde, na democratização sobre o estado de saúde e o sistema de saúde. Com sua ajuda pode haver um melhor entendimento dos determinantes da saúde e a construção de um discurso reivindicatório e consistente que reforce a ação da comunidade frente seus direitos perante a cobrança do Estado (Buss, 2000). Nesse comentário, Buss concebe a mídia como um instrumento de empoderamento.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a mídia apresenta essa faceta positiva ligada à divulgação de temas como a saúde de interesses da população, na maioria das vezes, veicula serviços que interessa a quem a financia. Portanto, quando isso acontece, ela apresenta-se prejudicial para quem a acompanha, pois nesse momento não existe ética, o consumidor fica envolvido num jogo de imagens sem limite.

Como atualmente a maioria da população possui acesso a rádio e televisão, esses meios de comunicação tornam-se aliados quando o assunto é a melhoria da informação sobre a saúde e as formas de prevenção sobre determinadas doenças.

Podemos destacar algumas propagandas que são vinculadas com intenções pedagógicas, tais como as: do uso da camisinha para evitar a AIDS, do cuidado necessário para se evitar o mosquito da dengue, da importância de escovar os dentes e visitar o dentista, da preocupação com o consumo do cigarro, dentre outras. É importante acrescentar que somente a mídia não vai resolver os problemas de saúde ou vai ser capaz de transformar os hábitos dos cidadãos, ela atua simplesmente como parceira, sendo assim é uma medida complementar.

As propagandas que visam à sensibilização da população frente às questões de saúde que assolam nossa sociedade, apesar de existirem, ainda mostram-se ineficientes. Esse quadro é devido à característica marcante trazida por meio da culpabilização da vítima, acarretando

na não identificação do público com tais medidas, sendo, por isso, rejeitadas e ignoradas sem surtir o efeito esperado.

Sendo assim, torna-se importante o resgate do conceito de consciência sanitária defendido por Berlinguer (1983) apud (Valla & Stoz, 1993: 13):

“por consciência sanitária entendo a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e esse interesse é descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo”.

Podemos expandir o conceito de consciência sanitária quando encontramos nas Cartas da Promoção o conceito de Advocacy que significa a defesa da saúde. Essa defesa representa *“o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”*. Portanto, a promoção da saúde tem como meta a potencialização, por meio da instrumentalização desse conceito, dos fatores que interferem nas condições de saúde (Brasil, MS, 2001: 20).

O relato que segue mostra que de início o entrevistado nega seu conhecimento acerca do que seria a saúde. Essa postura reflete a sua insegurança em se colocar como ser pensante, pelo motivo de ter tido muito estudo. Todavia num segundo momento expõe que a saúde é o centro de tudo, que a mesma é o bem mais precioso que nós temos e que sem ela o indivíduo não representa nada. Acrescenta que a posse de dinheiro não é indicativo de uma ótima saúde. Portanto, não acredita que o dinheiro seja um determinante importante na conservação da saúde, diferente de um depoimento feito anteriormente.

“Eu não entendo nada. A saúde é uma coisa que tá em primeiro lugar, a saúde ninguém discuti, a pessoa sem saúde não é nada. A pessoa pode ter um montão de dinheiro, tanta pessoa rica que morreu cheia de dinheiro, mas que não tinha saúde. Dinheiro não deu jeito o que vale é a saúde” (Roberto, 38 anos)

Modelos Explicativos

São modelos de análise utilizados na compreensão da produção e distribuição das doenças e dos riscos na coletividade sendo objeto de trabalho da Epidemiologia. Os dados analisados até aqui, nos permitem inferir que por meio das representações sociais foram revelados que as formas das pessoas conceituarem saúde fazem parte de um mosaico, cujo desenho se compõe das definições já existentes . Isso também se fizermos uma articulação com os Modelos explicativos de saúde e doença mais tradicionais.

Independente da evolução teórica do conceito de saúde com o qual a política de saúde trabalha e que em nosso país vem sendo discutido como qualidade de vida desde a 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996). Precisamos entender que modelo é predominante nas ações realizadas. Segundo Arredondo (1992) existem vários, sendo os mais conhecidos:

- ▶ O Mágico Religioso
- ▶ O Unicausal
- ▶ O Multicausal (HND)
- ▶ O da Determinação Social ou Interdisciplinário

O Mágico Religioso começou na época das comunidades mais primitivas. A explicação era Deus, a doença era porque Deus queria. O positivo desse modelo é que dava maior aceitação da doença. O negativo é que ele impedia o desenvolvimento tecnológico, não havia experiência, nem tratamento. Têm pessoas que pensam desse jeito e você tenta empoderar e ele não aceita, é que na verdade ele, não acredita. No fundo o que rege é o modelo mágico religioso. Mas isso não é só da população desfavorecida, perpassa por todas as classes, existe essa coisa independente da religião, é gerado de um certo estoicismo da humanidade. O homem tem buscado outras práticas, não é a toa que no século XXI as pessoas têm procurado livros de auto ajuda, isso é entender que nem tudo se apresenta pelo racional.

O entendimento e o reconhecimento desse modelo pelo profissional é muito importante, porque o cientista dentro da sua racionalidade o rejeita. É fundamental, pois identificá-lo,

embora não como modelo puro, tal qual quando se originou. Pois, a população o tem mesclado junto com os outros.

Em nossa pesquisa o modelo mágico religioso é expresso quando a responsável entrevistada associou, em sua explanação sobre a doença da tia (câncer), sua manifestação como coisa de Deus.

“(...) Acho que a doença vem de Deus. Porque ela era muito limpa, ia ao médico, se cuidava e tudo. Todo mundo fala que depois que meu tio morreu do coração, ela era muito agarrada a ele, passou três meses ela começou a ficar doente. Acho que já tinha a doença guardada. Ela ia ao médico, ninguém descobria nada” (Marli, 59 anos).

O modelo acima exposto constou, também, no depoimento dos pais ou responsáveis, quando responderam à pergunta sobre tratamentos alternativos

“(...)Deus deixou o médico pra cuidar das pessoas, mas quando não dá com o médico tem que se curar na fé, em Deus. E ter fé é procurar e ter certeza daquilo que se espera”. (Gabriel, 23 anos).

“Principalmente quando é uma tosse pra evitar pneumonia eu faço. Eu rezo também, às vezes a criança tá com o corpo virado, tá com diarreia, cocô verde, isso causa um sério problema. Tem vezes que a gente vai ao médico e ele não entende negócio de reza e passa remédio pra criança ai complica, é muito perigoso” (Carlos, 37 anos).

Outro modelo desenvolvido pelas falas dos entrevistados foi o unicausal, que reforça a relação causa-efeito, sendo que essa causa é sempre externa, representada por um agente infeccioso específico. Seu fator negativo é que ele não explica uma pessoa ter várias vezes a mesma doença, nem sua complexidade. O positivo é que ele favoreceu o desenvolvimento de todas as técnicas de diagnóstico e tratamentos da medicina.

O unicausal, pois, ao considerar apenas uma causa relacionada ao agente etiológico, é uma visão muito restrita. Sua descrição mostrou-se presente no relato de uma mãe:

“Me proteger, não ficar doente. Mas a doença, nem toda ela é dependente da gente vem da outra pessoa que está perto da gente, pra poder se proteger. Nosso organismo é muito fraco, a gente respira e então respirando adocece porque uma pessoa por exemplo ficar perto ou respirar perto de você, você fica resfriado também, dependendo daquele grau que ela tem de vírus de gripe ou não” (Flávia, 32 anos).

Podemos interpretar como uma leitura do modelo multicausal os vários depoimentos tanto dos pais ou responsáveis quanto das crianças. Estas ao responderem indicam várias causas, mas não enfatizam a importância de cada uma delas. Segundo elas, todas interferem com o mesmo grau.

“É quando a pessoa não se cuida, tem que comer bastante, evitar ficar no sol” (Bárbara, 10 anos).

“Ficá mexendo nas areia suja, ficá descalço, mosquito da Dengue” (Fernando, 8 anos).

A fala a seguir, diferente das outras, tem como evidência também mencionar o uso de drogas como doença. Assim essa criança mostra-se “atenada” aproveitando-se da realidade circundante para exemplificar através do alerta ao malefício do cigarro e da cocaína, a rejeição ao estilo de vida dominante na sua comunidade identificando como um hábito negativo.

“Comendo gelo, pegá em ovo de pombo, cigarro, cocaína. No Jacaré, tem um montão de cara que usa cocaína” (Júlio, 7 anos).

O modelo muticausal mais conhecido é o de Leavel e Clark (1976) denominado de História Natural da Doença (HND). Trabalha com três componentes: o hospedeiro, o meio e o agente etiológico. Um dos fatores negativos do modelo, é que sua interpretação não possibilita por parte do profissional, a superação de uma causa única. Na verdade ele não valoriza a intervenção dos determinantes, na remoção da causa, na prática, então, raciocina como o unicausal. Tanto que ele é mais bem aplicado quando se trata das doenças infecto contagiosas, o mesmo não acontecendo com as doenças não transmissíveis.

O modelo apresenta a vertente epidemiológica, que relaciona-se ao risco e que pode ser mínimo, intermediário ou máximo dependendo da força do estímulo patológico. Nesse momento o paciente está com saúde, a preocupação é em relação ao estilo de vida de determinados grupos da população. O que ocorre é que não há investimento frente a essa postura de atuação, acarretando num número considerável de pessoas doentes e que poderiam, na verdade, permanecer com saúde. Essa vertente que é vinculada à extensão do processo de doença é a patológica. Num terceiro momento, a doença estando presente pode evoluir para cura ou tornar-se crônica ou ainda pode haver a morte, que se constitui no período de desenlace (Rouquayrol & Goldbaum, 1999).

O modelo da história natural da doença significa um avanço conceitual por explicar de maneira mais abrangente em relação ao modelo unicausal o desenvolvimento da doença. Trabalha com a noção de equilíbrio e desequilíbrio, embora sem considerar o peso que cada componente representa no aparecimento da doença.

O modelo biomédico tornou-se hegemônico, pois como foi exposto acima, não há uma preocupação efetiva em atuar na vertente epidemiológica. O desenvolvimento da prática médica centrou-se na remoção do fator microorganismo, todavia quando não se detecta o motivo da doença o que é feito é a medicalização não havendo remoção da causa.

A fala a seguir demonstra a concepção do modelo através da associação dos três fatores que o constitui:

“A minha irmã fica doente por causa do tempo, pega um resfriado muito forte, então ela fica vomitando, com dor no ouvido, fica dando febre de quarenta graus, fica abatida, mas ai a minha mãe não deixa ela sem meia, sem sandalinha, porque ela fala que a gente pega doença pelos pés, se fica descalço pega doença e muita friagem também, pega sol e abri direto a geladeira, bebe água muito gelada, pode até pega uma pneumonia” (Paula, 11 anos).

O conceito de saúde construído pelos entrevistados, conforme já assinalado tem no modelo unicausal e multicausal suas referências, eles ficam entre o uni e o multicausal, mas sem o estabelecimento de um peso, na verdade o peso que eles dão só é no curativo. Porém não

deixam de considerar o campo da saúde proposto por Lalonde (1974) importante. Essa postura mesmo que incipiente já é uma semente para que haja a orientação da prática em saúde.

Percebemos que a promoção da saúde como estratégia da nova saúde pública não se constitui apenas como um dos níveis estabelecido na HND. Ela é uma proposta consistente e conta com os cinco campos de ação mencionados no segundo capítulo, propondo que na prática possa haver maior intervenção ou existir uma mediação estratégica. Sendo assim, tem o pensamento intersetorial, seja na resolução antes ou na ajuda no final. Torna-se importante compreender que os serviços de cura têm que trabalhar também com a promoção, por isso é que o modelo vigente não dá conta, faz o tratamento e vai embora, por não dar um peso a tríade defendida por Leavel e Clark.

A promoção da saúde, portanto, é uma tentativa mais ampla como também estrito senso por absorver em sua filosofia ao mesmo tempo uma prevenção contemporânea e também a questão dos vários cenários e do empoderamento, sem se esquecer da clínica e da reabilitação. O grande desafio da saúde pública é ter que dar conta dos quatro modos de fazer saúde descritos na fundamentação teórica.

Lalonde (1974) propôs o modelo intitulado campo da saúde estabelecido em quatro categorias de análise: a biologia humana, ambiente, estilo de vida e a organização da atenção. Foi desenvolvido para combater as doenças não transmissíveis, tendo sua origem no Canadá, país onde já houve a transição epidemiológica. Ele trabalha mais com os determinantes sociais da doença e assim foge um pouco do modelo unicausal. Ele elege um outro direcionamento para superar a deficiência gerada por esse último e pelo do multicausal (HND), pois esses só resolvem com médico. O mesmo ocorre na área odontológica. Por isso, o imaginário social que poderia levar a uma melhor consciência sanitária, ainda encontra-se com esses obstáculos aqui expostos, por que na prática os modelos uni e multicausal se fundiram tornando um só e tornaram-se hegemônicos através da prática biomédica.

A promoção da saúde no serviço é um projeto inovador. Sendo que para essa reorientação tenha sido dado ênfase à retomada da proposta do Projeto CARMEM (Conjunto de Ações

de Reduções Multifatoriais das Enfermidades Não Transmissíveis) que maneja tanto os fatores ambientais como os ligados ao estilo de vida para impactar nas doenças. Por ele não começar atuando pelas doenças é que se mostra como uma forma de mudar a organização biomédica. É uma proposta da OMS para a organização de serviços sob os pressupostos da promoção da saúde (Tavares, 2002).

O modelo de determinação social da doença merece destaque por parte dos entrevistados, fato que nos deixa satisfeitos porque demonstra que as pessoas da Comunidade de Manguinhos e redondezas, por morarem num local desprovido de várias necessidades básicas, mesmo que ainda guardem em seu imaginário que importante é ser atendido pelo médico, pelo dentista, ter acesso ao medicamento, consideram fundamental a atuação frente os determinantes da saúde. Sendo assim, a consciência sanitária ganha força e apresenta-se como a grande ferramenta de controle social por parte da população.

5.4 AÇÕES EDUCATIVAS E A SAÚDE BUCAL

Dentre nosso objetivo específico, estava a identificação das ações educativas em saúde, realizadas com ênfase na promoção da saúde bucal.

Partindo dessa inquietação, procuramos investigar os documentos existentes no interior da escola, ou seja, os seus Projetos Político Pedagógicos, de 2002 e 2003.

Na nossa pesquisa, não identificamos nenhuma iniciativa de trabalho pedagógico que estivesse voltada para o tema da saúde como um todo, inclusive para a saúde bucal. Porém, estava presente entre seus projetos de 2002, o projeto Tom da Mata que trabalhava com a noção de meio ambiente revelando a importância de sua preservação por ser fonte de recursos como água, minérios e combustíveis. Abordava também, a valorização da dimensão ética na relação do homem com os outros seres vivos e com o meio ambiente, somado ao conhecimento da vida e obra de Tom Jobim, músico e compositor brasileiro.

Na tentativa de superação e busca de uma escola de qualidade, nesse ano de 2003, o projeto político pedagógico da escola, que ainda está em fase de reformulação, pretende incluir em seus conteúdos questões referentes à saúde. Para esse estudo, a equipe da escola se baseará

nos temas transversais que abordam questões sobre meio-ambiente e saúde, sistematizadas nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) e assim trabalhará o autocuidado, vida coletiva, hábitos saudáveis, entre outros pontos.

Em relação aos PCNs (Brasil, ME, 2001), que atualmente servem de base ao projeto político pedagógico das escolas destacaremos alguns pontos essenciais em sua estrutura. Um deles mostra a importância de se distinguir o que seja ensinar saúde, do educar para a saúde. No primeiro, é ressaltado o seu aspecto limitado e insuficiente, contido no seu perfil acadêmico e transmissor do conhecimento. No segundo, percebe-se a importância de um direcionamento voltado para um conhecimento não só formador de conceitos, mas de novos hábitos e valores. Esses serão desenvolvidos durante o convívio escolar, a partir *“de aspectos concretos como a qualidade da merenda escolar, a limpeza das dependências, as atividades propostas, a relação professor-aluno entre outros”* (Brasil, ME, op. cit.: 97).

Para o alcance desses objetivos acima descritos, os conteúdos de saúde para o 1º e 2º ciclos foram organizados em blocos, cumprindo o sentido de dimensionar a esfera individual e social da saúde, contidas em ações que estimulem o auto-conhecimento para o autocuidado e vida coletiva.

O enfoque reservado ao auto-cuidado, segundo Kickbusch (1996), deve ter uma conduta fiel aos princípios da promoção da saúde e da saúde positiva, sendo a adoção dessa linha uma opção mais política. O auto-cuidado seria, portanto, um constituinte do conceito sobre estilo de vida, sendo assim ele se refere às atividades de saúde como um conjunto de medidas que assumem as pessoas para melhorar sua própria saúde e bem estar no conjunto das suas atividades de rotina.

Na realidade, diante dos novos desafios impostos por uma sociedade permanentemente em mudança ao lado da aprendizagem e do desenvolvimento de novos conhecimentos, os conceitos adquirem importância cada vez maior ao instrumentalizar os alunos para seu empoderamento diante de problemas que requerem soluções cada vez mais rápidas e eficientes em suas relações sociais (Brasil, SME, op. cit.).

Assim, deverá ser despertado, entre os alunos, um interesse maior sobre a atuação em relação aos cuidados permanentes com a saúde. Ao mesmo tempo, segundo a nossa pesquisa, há, pelo menos no discurso, intenção da escola em implantar e acompanhar com mais compromisso os sub-projetos formadores dos hábitos saudáveis, pois no projeto político pedagógico da instituição é reconhecida essa importância.

Como ponto fundamental para a realização desse trabalho, voltado à educação para a saúde, a equipe pedagógica, em acordo com toda a comunidade educativa, incluindo os alunos, resolveu conhecer de perto a realidade de seu alunado, suas famílias e sua comunidade. Iniciaram por uma visita à comunidade a fim de implementarem suas ações educativas em consonância aos fatos verificados (Rio de Janeiro, SME, 2003).

Observamos, que a iniciativa de conhecer melhor a comunidade não é só da educação. Há projetos oriundos da Ensp/Fiocruz - instituição consagrada pela pesquisa em saúde e educação entre outros campos - que são implementados nessa escola dentre eles o “Da Saúde Escolar à Escola Saudável”. Esse projeto trabalha na filosofia da Escola Promotora de Saúde, por meio de diagnóstico participativo, sendo que, no momento, está em fase de análise dos dados colhidos para uma atuação posterior planejada. Essa proposta faz parte de um estudo maior para o desenvolvimento da região, o Projeto DLIS que já foi comentado na seção de nossa pesquisa que fala sobre o ambiente da casa.

Outro trabalho que estava sendo desenvolvido na escola era o “projeto sopro”. Não havia nada escrito, mas a coordenadora pedagógica relatou que se tratava de um estudo para medir a capacidade respiratória dos alunos e era desenvolvido por profissionais da Fiocruz.

Embora não constasse das intenções do Projeto Político Pedagógico, algum tipo de articulação mais sistemática com relação à saúde bucal, encontramos uma placa, informando que a escola participou do projeto da Colgate “Sorriso Saudável, Futuro Brilhante”. Segundo a informante, funcionou de forma pontual, fazendo parte de uma campanha. Esse projeto provocou um interesse momentâneo, propondo algumas atividades educativas, como a escovação dos dentes e a distribuição de escova e pasta dental.

Na tentativa de compreender qual importância é dada pelo gestor municipal, ao cenário da escola como um local favorável à saúde, nossa busca se estendeu ao informe epidemiológico em saúde coletiva, Saúde Em Foco, da Secretaria Municipal da Saúde. Pretendíamos verificar os projetos desenvolvidos pelo município do Rio de Janeiro nas escolas de sua responsabilidade, dentre eles a Escola Promotora de Saúde, o Dente Escola e o Com Gosto de Saúde.

Todos eles obedecem aos preceitos da promoção da saúde, ou seja, fazem parte de um objetivo comum que é visar o estabelecimento não só de um ambiente saudável, mas sim a algo maior, ao desenvolvimento e fortalecimento de habilidades pessoais que extrapolem esse âmbito, assim como também a atuação intersetorial. E assim, *“a escola se torne um cenário estratégico para uma cidade mais saudável”* (Silva, 2002: 85).

O primeiro resultou de um projeto maior *“baseou-se na perspectiva de incentivar a autonomia da ação local, em que um programa de saúde pudesse ser construído com os sujeitos para os quais suas atividades estão voltadas, e não apenas programado de forma vertical em que os indivíduos tornam-se objeto passivo dessas atividades e/ou de outros saberes”* (Silva, op. cit.: 86). O grande desafio que se coloca no momento para que este projeto se transforme em uma iniciativa política em saúde é o estabelecimento da integração dos diversos setores da área da saúde coletiva da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente o trabalho envolve 1.035 escolas, o que significa 12% da rede municipal, representando uma média de 700.000 alunos.

O segundo e o terceiro, portanto, fazem parte da proposta de viabilização do primeiro e nele estão envolvidos o Programa de Saúde Bucal e o Programa de Alimentação Escolar, respectivamente. O Projeto “Dentescola” visa a articulação das equipes de saúde bucal das unidades de saúde com as escolas da redondeza. Já o projeto “Com Gosto de Saúde” trabalha com o objetivo de incentivar a prática alimentar saudável associada ao componente educativo (Silva, op. cit.).

Dentre eles o projeto mencionado pela coordenadora da escola, como tendo acontecido de fato, embora com curta duração, foi o da Escola Promotora de Saúde. Consideramos que sua proposta filosófica e metodologia adotada afina-se integralmente com a possibilidade

da construção de alunos-cidadãos, mas necessita permanecer como ação permanente integrada ao currículo escolar, para que esse pressuposto aconteça. Não foi feita referência aos demais projetos, dando-nos a impressão da pouca importância que os responsáveis pelas políticas públicas dão à concretização dos objetivos por eles traçados.

Em função da inexistência de capilaridade, resultante da lacuna deixada pela ausência dos projetos mencionados acima e também pela falta de projetos educativos em saúde criados pela própria instituição, fez-nos direcionar para uma investigação das ações educativas em saúde bucal não-formais.

Dessa forma, pretendíamos resgatar o valor das ações educativas em saúde no cotidiano escolar. A partir desse levantamento, procuramos entender como as ações educativas, em saúde bucal desenvolvidas no dia a dia, possibilitavam uma apropriação desses conhecimentos pelos alunos e seus familiares.

Com a finalidade de perceber como era estabelecida a relação dos pais ou responsáveis com as atividades desenvolvidas no cenário da escola, perguntamos a esses atores se eles tinham algum conhecimento sobre o desenvolvimento de ações educativas voltadas principalmente para a promoção da saúde bucal nesse espaço.

Dessa forma, as ações educativas presentes na escola puderam ser observadas pelos relatos dos responsáveis a partir das respostas assinaladas a seguir. Apesar de nos discursos dos entrevistados haver referência aos ensinamentos sobre comportamentos relacionados aos cuidados dos dentes e da boca, pudemos perceber a inexistência do compromisso dos educadores em persistirem com técnicas que dêem conta da manutenção desses cuidados:

“Eu acho que já ensinaram aqui na sala de aula, mas mãe não participa muito. As tias já ensinaram como escovar os dentes, as tias aqui explicam. Quando tem reunião elas sempre falam alguma coisa com a gente, elas já ensinaram sim, mas já tem um tempão” (Mariana, 28 anos).

“Existe. Houve realmente uma campanha na escola. Eles deram pasta de dente, flúor. As crianças foram examinadas pelos médicos, dentistas. Ganharam pasta e escova de dente.

Foi só isso. Acho que foi ano passado, em 2001. De repente pode até ter acontecido outra campanha, mas eu só soube dessa. Foi durante um período, não sei te dizer direitinho não, porque só quando sou chamada é que participo, se não” (Ana, 36 anos).

“Não sei. Agora está tendo você fazendo, mas antes não teve nada. Não teve nada. Nunca chamaram os pais, Não. Sempre vem desenhinhos, não sei se a tia explica, mas comigo ela nunca falou. Tem desenho: é importante escovar o dente – a pasta de dente e a escova na mão” (Carla, 35 anos).

O ato educativo, para Garcia (1998), relaciona-se ao processo de comunicação, estando presentes vários elementos dentre eles o emissor, o receptor, o conteúdo e o ambiente. O primeiro ocupa a maior hierarquia por ser o detentor da informação; o segundo, que na maioria das vezes, mantém uma relação de dependência com o emissor, o terceiro refere-se ao que será transmitido, sendo fruto tanto da formação do emissor quanto como produto de sua própria experiência e por fim, temos o ambiente no qual o processo de comunicação é estabelecido, sendo importante frisar que deve ser o mais agradável possível.

Os elementos do processo de comunicação mencionados anteriormente, se tomam como base para selecionar os aspectos que vão ser considerados em um programa educativo em saúde. Entretanto, poucas vezes o processo de ensino-aprendizagem é tomado em seu conjunto. No dizer de Penin (1989), a partir de Lefèbvre, esse movimento ocorre porque o cotidiano da escola se apresenta marcado por três categorias, tais como: hierarquização que se caracteriza por uma distribuição desigual de direitos estabelecida pelo poder; a homogeneização que é representada pela massificação; e pela fragmentação, marcada pelo fatiamento do conhecimento, tornando-o descontínuo e desarticulado.

Se nosso objetivo é desvelarmos os conteúdos explícitos no discurso, devemos analisar os componentes do processo comunicacional dentro do contexto no qual estamos imersos e buscar as possibilidades de articulação nesse processo.

Por exemplo, a racionalidade científica imperante faz com que a educação para a saúde se centre em prescrição, repetindo assim o modelo pedagógico tradicional, criticado por Libâneo (1984) por negar a voz dos demais participantes da comunidade escolar. Essa

influência repercutiu também na organização do atendimento odontológico escolar, nessa fase, que seguiu o mesmo perfil do processo pedagógico desenvolvido na escola, mostrando-se caracterizado pelo modelo incremental, baseado no assistencialismo.

Dessa forma, podemos entender que não é suficiente dizer que educamos através de prescrições, a partir de um suposto saber já que, segundo a teoria sócio-interacionista (Davis & Oliveira, 1990) pressupõe que o conhecimento deve ser uma permanente construção, cujo processo utilizado para alcançá-lo depende da interação entre os saberes já estabelecidos e consagrados, com aqueles a serem ressignificados pela contribuição dos diferentes sujeitos, que são modificados e modificam as ocorrências do mundo e do cotidiano.

Apesar da educação no Município do Rio de Janeiro ter implantado a Multieducação desde 1996, fundamentada em teorias críticas e criativas do conhecimento, percebemos que ainda há, na escola em que pesquisamos, práticas escolares conservadoras. No direcionamento da saúde, a abordagem do processo saúde-doença é fragmentada em atividades isoladas sem que possa constituir-se em um saber significativo.

O entendimento da escola como lugar de construção da cidadania, contextualizado historicamente, necessita ser um local onde se desenvolva um processo educativo articulado. O aluno deve ser situado num tempo-espço e visto por inteiro nas dimensões cognitivas, culturais, afetivas que se manifestam num ser em sua totalidade: orgânica e social. Nesses termos, deve caber à educação, como formadora de sujeitos políticos e transformadores a oferta não só do saber historicamente construído, como também do entendimento da problemática da saúde, das relações do mundo do trabalho e da cultura (Lucchese, 1993).

Segundo Valla (1986:119), a necessidade da mediação da educação se tornou mais relevante entre 1979 e 1980 após o início do questionamento de uma “*mentalidade racionalista-tecnocrática*” que excluía a população de qualquer participação nos projetos governamentais. Esse passou a ser um “*recurso privilegiado de aproximação e persuasão das camadas populares*”.

O enfoque que direciona a educação para a saúde é uma tentativa, através da qual se utilizam as mais variadas experiências e recursos, para levar os indivíduos a atitudes e práticas que redundem em benefício de seu bem – estar, família e comunidade (Mosquera & Stobäus, 1983).

Essas mesmas diretrizes podem ser adaptadas para a educação em saúde bucal (ESB), pois essa é uma das estratégias presentes no processo de busca da Promoção da Saúde nessa área por considerarmos que conforme enfatiza Pinto (2001:311): *“a ESB tem características específicas como prática e como campo de conhecimento”*. Sendo assim, a natureza da Odontologia não se constitui em um saber discursivo, pelo contrário, é imprescindível a atuação concreta para a resolução dos *“problemas de cada comunidade ou para que ela crie as condições para que os seus problemas sejam resolvidos”* (Pinto, op. cit.:312).

No mundo atual globalizado, as políticas sociais proclamadas não têm atendido às melhorias das condições de vida dos diferentes grupos sociais. Por isso, torna-se necessário sabermos as dificuldades do processo educativo, tendo em vista a realidade vivida pelo educando, procurando o “bom senso” do seu senso comum para que a partir dele sejam construídos novos conhecimentos (Gramsci, 1966).

No campo da saúde bucal, Rossetti (1999) segue respeitando os princípios filosóficos defendidos por Gramsci, pois tem como pilares fundamentais para um plano de saúde: o índice para saúde, o conceito de dentes descartáveis, a visão humanística da ciência, a visão de futuro e planos aplicáveis a todos os níveis sociais que respeitem as peculiaridades de cada população.

Estamos de acordo com Rossetti (op. cit) pela forma de abordar esse tema. As suas concepções se voltam para o conceito de saúde e não de doença. O índice que ele trabalha, índice MEDIMED, tem como ponto chave o estabelecimento da saúde em três vertentes: mentes, gengivas e dentes. O conceito de dentes descartáveis está relacionado aos dentes decíduos, conhecidos no senso comum, por dentes de leite. Sendo assim, perpassa a noção de que o profissional da odontologia em função das prioridades deve direcionar sua dedicação para a promoção da saúde dentária à fase da dentição permanente, sem esquecer a orientação adequada à fase anterior.

A visão humanística e de futuro desse autor (op. cit.) devem caminhar juntas, pois quando há a preocupação com uma atitude mais voltada à satisfação mais geral do homem, essa ação se repercutirá em seu futuro e assim no seu viver. O conteúdo do último pilar a que se refere esse autor mostra nitidamente a sua coerência, pois de nada adianta um plano quando ele não pode ser aplicado para todos que dele necessitam.

Rossetti (op. cit.) também ressalta que para que os planos sejam plenamente estabelecidos, precisam estar ancorados em algumas ferramentas. As principais ferramentas são:

- A educação como principal ferramenta;
- A escola como o principal local de trabalho;
- A ação dos agentes multiplicadores;
- A delegação de funções e tarefas;
- A simplicidade e baixo custo das ações.

Nos dois suportes apontados anteriormente, encontramos três vantagens em se trabalhar no cenário escolar. A primeira por possibilitar ações coletivas com crianças em grupos e não de forma individual. A outra refere-se à facilidade disponibilizada pelo espaço da escola, pois neste são realizadas ações educativas cujos objetivos são transformar o ensino coletivo como algo natural no cotidiano da criança. Por fim, a última vantagem levantada pelo autor é em relação ao emissor das ações educativas, que são os próprios professores que poderão atuar de forma mais descontraída, encaminhando um novo sentido de profissionalismo.

Para que os professores e também toda a comunidade escolar estejam engajados no projeto educativo de mudança das condições de saúde, é importante serem criadas estratégias que não sobrecarreguem esses profissionais. Torna-se fundamental que ocorra uma transformação política para que haja o estabelecimento da intersetorialidade, ponto forte da proposta da promoção da saúde.

Esse conceito, de difícil operacionalização em países como o nosso, vem sendo posto em prática, ainda que de forma incipiente no Município do Rio de Janeiro, por meio da mediação entre as Secretarias de Educação e da Saúde que realizam o projeto das Escolas Promotoras de Saúde, o Dente Escola e o Com Gosto de Saúde.

As outras ferramentas consideradas por Rossetti (1999) apresentam-se entrelaçadas dentro de sua lógica de trabalho. Os agentes multiplicadores são pessoas que fazem parte da comunidade em que o trabalho está sendo desenvolvido, no caso da escola pode ser além da professora, os alunos mais velhos, inspetores entre outros. A delegação de funções e tarefas insere-se na sua proposta com o objetivo do dentista centrar seu trabalho em funções que mereçam maior capacitação. E por fim a simplicidade e baixo custo das ações relaciona-se a uma prática de trabalho que visa a resolução das necessidades, sem que para isso tenha que usar alta tecnologia, que além de não ser preciso é mais dispendioso.

A concretização da ação educativa não pode deixar de prescindir do saber acumulado pela população alvo dos projetos educativos de saúde. Nesse caso, utilizamos perguntas pertinentes ao conceito da saúde bucal para que nosso estudo se aproximasse desse conceito e identificasse o entendimento que os participantes tinham sobre o assunto. As perguntas elaboradas foram: O que é uma boca saudável? e O que é uma alimentação saudável?

A primeira pergunta foi formulada de maneira genérica, utilizando o recurso metonímico como forma de resgatar o entendimento e extensão do conhecimento que tal população mantinha com o objeto mais comum da prática odontológica. E também se essa pergunta causaria algum estranhamento por parte dos entrevistados. A segunda teve a intenção de saber se eles identificavam o que seria uma alimentação saudável, tentando ir um pouco além através do questionamento do porquê de ser saudável. Na continuidade indagamos se eles tinham uma alimentação saudável ou não. Esse tema esteve presente por ser indissociável da problemática da saúde bucal.

Boca Saudável

É interessante antes de tudo, começarmos nossa análise destacando, através da fala a seguir, a falta de atenção que é dada à boca de uma maneira geral. Normalmente as pessoas se preocupam com o dente, mas não com toda a boca, como é constituída, que funções exerce, qual sua importância.

“Tê dentes limpo, nunca reparei minha boca toda, tem a gengiva, raiz do dente. Eu acho que a boca toda tem que sê saudável (...)Se a gente não tivesse a gente não ia ri só ia ficá triste” (Guilherme, 8 anos).

Observamos, no relato dos entrevistados que para formularem o sentido do seu discurso utilizaram figuras de retórica tais como a metáfora e a metonímia, enriquecendo, assim o conteúdo de suas falas.

As metáforas são expressões bastante significativas por transportarem através de comparação ou analogia novos sentidos, antes fixados em seu lugar-comum. Por exemplo, o significado lugar-comum de “bomba” é de algo explosivo. Quando nos referimos “A notícia é uma bomba” agregamos à palavra outro significado, ampliamos o seu sentido original, acrescentando ao novo contexto a idéia de algo que irá produzir um grande impacto na população.

Já as metonímias caracterizam-se pelo uso de uma expressão por outra, desde que haja entre elas uma relação de contigüidade. Quando analisamos a expressão “Cada camisa suada é uma tentativa de gol”, podemos dizer que *camisa suada* é um recorte significativo referente a *jogador*. Na verdade, nesse uso, por extensão, estaria contido, implicitamente, a formulação da idéia de que o *jogador* é que está *suado*.

Sentido Metafórico

“Uma boca sadia, com saúde, uma pessoa que tem a palavra agradável. Eu mesmo falo pra professora que isso é a melhor coisa que tem, a pessoa que não xinga (riu) (...) Ah os dentes, os dentes como os meus mesmo precisa ser tratado. Tem que ter um sorriso normal, da Monalisa, não sorriso amarelo. Os dentes fazem muito bem a nossa vida. Eu acho assim, você abre a boca e vê aquele dentes assim... eu acho que isso é que é sorriso saudável, dente lindo, bem tratado. O maior sonho meu é ter meus dentes tudo no lugar” (Helena, 44 anos).

“Não sei. A boca ela se trata de uma coisa, não pode fica passando batom toda hora porque senão estraga a boca, meu irmão que falou. Escová os dentes, escová a língua,

limpá a gengiva (...) Mostra os dentes limpo. É bom porque ela fica toda alegre, o sorriso que não é saudável fica triste porque não tem os dente saudável” (Maura, 8 anos).

Tanto no discurso do responsável, quanto no da criança o signo verbal boca permite que os dois interpretantes construam metáforas, substituição analógica, ou seja, quando o sentido figurado recebe as características originais da palavra no seu sentido próprio.

No relato do responsável, o significado de boca associa-se ao sentido de “*palavra agradável*” em oposição à “*pessoa que xinga*”. Ao mesmo tempo, essa entrevistada recorre à Monalisa. Utiliza esse personagem, que é um ícone universal do sorriso, como modelo de sorriso normal. O contrário disso é um “sorriso amarelo”. O objeto do desejo, entretanto, é transmitido, quando a entrevistada retoma o sentido próprio de seu discurso: “os dentes fazem bem a vida”. Para ela, no seu imaginário, a boca saudável seria a que aberta mostraria “*aquele dentes (...)*”. Logo depois, ela mesma completa a lacuna com as qualidades julgadas necessárias para o intento: “*saudável, limpo e bem tratado*”.

Em relação à criança, num primeiro momento, esta interpretou o significado do signo boca como lábios, por isso ela concluiu que “não pode ficar passando batom toda hora porque senão estraga a boca”. Em seguida o significado restrito amplia-se. Nas expressões: “A boca fica toda alegre, o sorriso que não é saudável é triste”, o uso da linguagem figurada indica uma personificação da boca, mostrando através dela o sentimento das pessoas que preservam seus dentes.

Nos dois argumentos anteriormente desenvolvidos, percebemos aspectos relacionados a valores instituídos socialmente que caracterizam representações que fogem do estereótipo. Podemos considerar tais posturas como originais, pois se diferenciando dos demais, puderam expor uma dimensão antropológica do objeto boca. Esse fato nos faz refletir sobre o modelo de educação voltado para a saúde, tanto aquele disseminado pela escola como o incorporado pelo senso comum. Normalmente, o que ocorre é a abordagem restrita direcionada aos componentes biológicos e fisiológicos da boca, acarretando condutas homogeneizadoras do conhecimento.

Sentido Metonímico

Boca e Alimentação

“Boca? Escovar meu dente todos os dias, fazer uma refeição boa” (Érico, 10 anos).

“É os dentes bem tratados, a pessoa sempre cuidar da higiene bucal, escovar os dentes todos os dias, principalmente antes de dormir, seja tomar um cafezinho ou um refrigerante escovar os dentes porque o doce estraga muito os dentes” (Carlos, 37 anos).

Nessas falas, tanto a criança quanto seu responsável associam boca saudável ao cuidado com os dentes mediante uma boa escovação, mas elas vão um pouco mais além no momento em que trazem outro fator que é a alimentação. Enquanto a primeira defende que deve haver uma refeição boa e que isso vai interferir em uma saúde bucal a outra mostra através do exemplo do açúcar a ligação existente entre os dois fatores.

Percebemos que o saber expresso, nas falas dos nossos entrevistados, indica que suas colocações devem ser levadas em consideração no momento do ato educativo. Nesse caso deve haver a superação do modelo pedagógico tradicional baseado nas prescrições, para que o conhecimento do educando seja importante dentro do processo de aprendizagem. Temos um exemplo de que a boca saudável vista por eles representa mais do que o cuidado com os dentes, significa a pessoa ter uma boa alimentação e além disso ter uma ingestão moderada de açúcar, produto altamente associado à manifestação da doença cárie. Essa percepção é de extrema importância para que haja o início de um trabalho voltado à aquisição de hábitos alimentares saudáveis.

A percepção do responsável é pertinente dentro da perspectiva de uma conduta saudável, pois o consumo do açúcar não se restringe à forma de pó refinado para adoçar uma bebida, mas também a outras como: nos produtos de panificação, de licores destilados, de geléias e doces de fruta, na defumação de carnes, na produção de vinhos, no preparo de glacê de açúcar e de bebidas não alcoólicas. Essa característica, nos mostra como o produto açúcar é versátil, pois seu uso é feito de forma direta e indireta na alimentação.

Em função de essa cultura estar tão presente é que caberia à escola a iniciativa de proporcionar informações esclarecedoras em relação não só ao padrão alimentar de nossos dias como também desenvolver hábitos saudáveis dentre os quais a escolha de alimentos mais adequados à promoção da saúde. Além do aspecto alimentar é de extrema importância a criação de um escovódromo para que as crianças possam, no seu cotidiano escolar, criar condutas saudáveis de higiene bucal.

Boca e Hálito

“Boca saudável, boca, boca. A minha mesmo não é saudável. A minha é saudável sim, graças a Deus, porque tem gente que senta perto da gente e a gente passa até mal. Em relação aos meus dentes, eu quase não tenho mais, metade tudo já arrancado, eu uso dentadura. Eu acho que uma pessoa assim com uma boca com aquele cheiro tem que se cuidar, acho uma doença muito séria, isso pra mim é uma das piores doenças que existem no ser humano, é eu chegar perto de você e não conseguir falar porque eu sei que tou incomodando. Quem sofre daquilo, ele sabe que incomoda. Você vai arrumar uma namorada, já vai meio(...)desconfiado”. (Roberto, 38 anos).

Esse responsável apresentou uma atitude de estranhamento no início ao responder, pois repetiu a palavra boca mais de uma vez. Depois, prosseguiu informando que sua boca não era saudável, mas contraditoriamente, no instante posterior, alegou ter uma boca saudável. A mudança imediata de sua resposta deve-se ao fato do entrevistado ter seu problema resolvido pelo uso da prótese. Então, num segundo momento, alterou seu foco de atenção para outra questão que envolve a boca: o mau hálito. Esse fator tornou-se para ele o mais importante permitindo que chegasse à conclusão de que sua boca era saudável, já que não era vítima de mau hálito.

A questão do hálito sendo levantada nos remete a pensar nas relações interpessoais. O próprio entrevistado relatou a situação desagradável despertada pelo portador desse problema *“é eu chegar perto de você e não conseguir falar porque eu sei que tou incomodando”*. Sendo assim uma outra abordagem emerge na promoção da saúde bucal: o trato da questão emocional e da auto estima.

Boca e Escola

“(...) Oh, eu trago a escova, pasta de dente, fio dental, essas coisas, só que eu se esqueço de escovar o dente. A professora não fica em cima, quando alguém vai escovar o dente, que eu me lembro(...)” (Diana, 8 anos).

“Não tive cárie, sem hálito, só. Tem que escová o dente, tem gente que escova a língua pra não ficá com mau hálito, eu uso às vezes o fio dental, eu fico com preguiça de procurá na estante. Minha escovação é boa, escovo duas vezes no dia. Eu escovo uma quando acordo e outra depois da janta, não escovo na escola porque não pode trazê a escova, pode, pode, mas eu não trago a escova, nunca pensei não, fico com preguiça de pegá minha escova. Tem que deixá em casa a escova (...)” (Nélio, 11 anos).

“Escovar o dente... Não tem aquela primeira entrevista que você fez com a fulaninha? Então, a tia sempre reclamou com ela que ela vai... que ela não escova dente, que a mãe dela tem que comprar escova, que ela tem que escovar o dente. Não, porque eu acho que não tem pasta na casa dela. Aí, a tia Mariquinha reclama do bafo dela, que ela vai falar assim e sai aquele bafo, então, aí ela reclama disso” (Diana, 8 anos).

Nos dois primeiros relatos acima, percebemos que os alunos têm um conhecimento acumulado do cuidado com a saúde bucal. Essa aprendizagem, entretanto, não está sendo efetivada de maneira conveniente. Embora os dois alunos tenham escova, pasta e fio dental e saibam da sua importância, mostram-se despreocupados em fazer uso desse material. O primeiro aluno apesar de levá-lo para a escola esquece de usá-lo. O segundo, nem se importa em transportá-lo até a escola.

A nossa interpretação diante desses fatos indica que a professora da turma não propiciou ao alunado a rotina da escovação, portanto, podemos inferir que nessa atitude está implícita o seu próprio não-empoderamento e, conseqüentemente, a sua falta de capacidade em empoderar os seus alunos, no sentido de eles próprios serem atuantes diante de suas necessidades.

Esse fato é valorizado por Abreu et al. (1998), pois em seus estudos constatou que a professora primária quando empoderada sobre os cuidados preventivos voltados à saúde bucal tem a possibilidade de atuar eficazmente como agente promotor da saúde de seus alunos. Ao mesmo tempo o fator que dificulta o desempenho satisfatório desse profissional é a própria estrutura fragmentada do processo de aprendizagem desenvolvido ao longo de sua formação acadêmica.

Nesse caso, a escola como instituição inserida numa complexa rede municipal de escolas, deveria estar proporcionando, permanentemente aos seus quadros profissionais, formação continuada em nível de promoção da saúde, já que a escola é um dos cenários mais proficuos para o desenvolvimento crítico das habilidades pessoais, sendo os profissionais da educação os agentes privilegiados dessa conquista.

Ao analisarmos o terceiro relato, a mesma professora que tem a atitude indiferente em relação ao hábito de cuidar dos dentes de seus alunos mostrou-se insatisfeita e incomodada ao se deparar com o mau cheiro exalado da boca de uma de suas alunas. Essa atitude é contraditória, já que mantém em dois momentos atitudes opostas, o que reforça a necessidade da implementação da proposta defendida anteriormente.

Boca e Conhecimento

“Tá limpinha, não ter mau cheiro na boca. Eu não sei porque eu quase não faço essas coisas, não entendo dessas coisas... não sei como pensar muito. Eu percebo que desde pequeno as crianças lá em casa, sempre estragaram o dente ...começando a nascer já estragando. Eu vou ao Dentista, faço isso faço aquilo, mas não adianta. Cai aquele, nasce outro estragado. O Dentista fala que é por causa do antibiótico. Eles sempre tomaram muito antibiótico, Ampicilina e Bactrim, sempre foram muito doentes. Um teve bronquite, o outro pneumonia, sopro no coração. Nunca tiveram os dentes bons” (Berenice, 27 anos).

“É a criança sempre participar, ir ao Dentista, sempre fazer uma limpeza, escovar os dentes na hora certinha, não dormir sem escovar os dentes, passar fita dental e a mãe sempre prestar atenção nos filhos. Eu presto atenção a eles falo pra escovar o dente, não dormir com a boca suja”. (Marlene, 40 anos).

“Depois da hora da janta esqueci de novo aí ninguém me lembra. De noite minha mãe escova,(...) eu não escovo não que eu se esqueço. Ela escova o dela, só... Tem que escovar sempre, de manhã, depois do almoço, do jantar... Só que eu se esqueço. Fica cheio de cárie... Às vezes eu mesma se lembro. Eu acho que foi minha avó que me ensinou. Aí eu não sei porque quando eu escovo(...)” (Diana, 8 anos).

“Os dentes são importantes, escovo o dente quando almoço, quando janto e quando tomo café, gosto de comer toda hora, bolo quando minha mãe faz. Aprendi aqui na escola, com o dentista que veio aqui na escola, eles colocaram uma pasta que quando escova os dentes tem que ficar meia hora sem beber água” (Fernando, 8 anos).

“Escovar todo dia. Eu escovo atrás, na frente, do lado, em todos os lugares. Eu escovo umas quatro vezes por dia. Como muito doce. Aprendi com minha mãe, nos dentista, que explica a gente sobre educação bucal, eles dá a revistinha pra gente” (Érico, 10 anos).

As falas selecionadas, nessa seção, abordam o conhecimento que os entrevistados detêm, como também expõem o processo desenvolvido na interação entre ensino-aprendizagem, no caso dos atores que fornecem o conhecimento técnico. No primeiro depoimento, temos a mãe dizendo que boca saudável é ser: *“limpinha, não ter mau cheiro”*, mas logo depois sente-se insegura e depõe contra seu conhecimento diminuindo-o e a si mesma. Depois relata que os dentes de seus filhos sempre estragaram, não sabendo o motivo, mesmo tendo ido ao dentista. Esse profissional deixa, em segundo plano, uma atuação mais direcionada ao componente educativo, pois informa à mãe, conclusivamente, que o dente do seu filho é daquele jeito devido ao uso do antibiótico.

O fato da mãe ter recorrido ao dentista e não ter recebido dele o esclarecimento necessário a respeito da situação dos dentes de seu filho, nos leva ao comentário que fazem Valla & Hollanda (1994) a respeito da desqualificação feita pelo saber especializado, seja médico ou de outro tipo em relação ao saber da classe trabalhadora. O dentista ao usufruir do monopólio do saber técnico, desqualificou a capacidade de decodificação e de entendimento dessa mãe, considerando-a infantil diante da responsabilidade de assumir os cuidados dos seus filhos

Podemos concluir que os dentes são considerados uma parte importante do corpo humano. Pelo que podemos perceber é que nossos entrevistados sabem muito bem o que deve ser feito para que a saúde bucal seja alcançada, mesmo que às vezes não cumpram tais atitudes. Os locais que os atores de nosso trabalho puderam apreender tais conhecimentos são: dentro de casa com a família, com o dentista e também na escola. Além desses, os livretos editados por mídias variadas têm desempenhado um papel interessante como divulgador de diversos temas relacionados à saúde. Apesar disso, esses recursos não têm sido suficientes para que a realidade se modifique e tais conhecimentos se transformem em hábitos consolidados.

Alimentação Saudável

A alimentação saudável está associada não apenas aos alimentos ricos em proteínas, vitaminas e sais minerais, ou seja, altamente nutritivos. Mas também ao componente emocional, isto é, aos alimentos que de uma certa maneira, mesmo que sua constituição não seja balanceada em termos nutritivos, desperte prazer. Outra questão levantada é o acesso ao alimento, o importante para eles é poder comer todos os dias e não um dia sim e outro não.

“Alimentação? Comê comida toda, não deixá no prato e não ficá sem comê. Arroz, feijão, carne, folha. fruta eu acho mais ou menos gostosa... em casa eu gosto de arroz, feijão e salchicha” (Maura, 8 anos).

“É não falta nada dentro de casa, a dispensa cheia, pra podê comê. Lá em casa tem muito tipo de comida, tem macarrão, tem arroz, feijão. Eu gosto de arroz, feijão, ovo e batata frita, às vezes minha mãe enche nosso prato de beterraba, a gente come a força. Fruta eu gosta de banana, maçã, morango, abacaxi, manga, muito mais” (Nélio, 11 anos).

“É quando a pessoa pode tomá um café todo dia, comê um pão, comê um bolo, um suco, uma fruta, tomá um lanche, podê almoçá, jantá. Té uma alimentação saudável, boa, não comê um dia o outro comê. Eu não almoço, não gosto muito de almoça. Eu tomo café, quando chego da escola lancho, janto lá pra meia noite. Quando vai uma visita lá em casa eu almoço, fora isso eu não gosto muito de almoçá não. Eu janto comida” (Paula, 11 anos).

“É comer uma coisa que eu quero, isso pra mim é saudável. Arroz, feijão e bife. É preferida. Pra mim é só isso. Pra mim bom é isso, mas que eu como assim é frango, frango assado, macarrão... fruta eu como, tangerina. Legume eu não gosto não. Nunca como. Legume? Eu acho (saudável). Mas pra mim comer eu não como não” (Érico, 10 anos).

A merenda na escola pública municipal deveria estar vinculada às demais atividades pedagógicas desenvolvidas na escola. Diante da importância temática relacionada ao alimento e da diversidade de abordagem que ele propicia é incompreensível que a escola não potencialize esse saber, tornando-o parte de um dos conhecimentos transversais a ser inserido no currículo da escola.

Por isso mesmo, uma das ações educativas presentes no currículo escolar deveria ser uma investigação dos hábitos alimentares da própria comunidade, para que além de uma constatação, essa informação possa representar um estudo do estilo de vida da população local. Sendo assim, a atuação educativa será mais produtiva, pois deverá interferir na formação das opções alimentares desses indivíduos em função da melhoria de sua qualidade de vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso trabalho teve como proposta investigar as ações educativas para a saúde, com ênfase para a promoção da saúde bucal desenvolvidas no espaço da escola, isso porque a escola apresenta-se, entre outras coisas, como local propício para o desenvolvimento de habilidades pessoais. Nosso objeto de estudo, portanto, tem como pilar a promoção da saúde e os vários campos que dela fazem parte.

Por isso tornou-se necessário abordar as questões mais relevantes em saúde pública e compreender como é estabelecida sua conformação e tipos de relação com os fatos sociais mais gerais.

Partimos então para o entendimento do que seria uma nova visão da saúde contando para isso com a compreensão do conceito de promoção da saúde e de empoderamento. Os dois estão inseridos de maneira indissociável da proposta desse trabalho. O primeiro porque vem norteando o fazer da saúde pública e traz consigo estratégias abrangentes de atuação que perpassam o setor se enraizando por entre os outros setores da prática social. Já o segundo, que é uma das propostas do primeiro, tem como ponto chave o despertar da autonomia decisória dos sujeitos em relação à aquisição de uma vida melhor.

A educação para a saúde com base no empoderamento, é fundamental para que os indivíduos e populações desenvolvam autonomia e assim potencializem os seus saberes. Sendo assim, a sua implementação no cenário escolar é impreterível, já que esse local é, consideravelmente, propiciador da saúde e dos hábitos saudáveis. Então, como a escola foi local específico de nossa pesquisa, dedicamos um capítulo para que pudéssemos refletir como se dá a prática educativa para a saúde nesse cenário, onde destacamos os princípios da Escola Promotora de Saúde.

Achamos importante também fazer o levantamento da saúde bucal na reorientação através da atenção básica. De um lado, temos a questão epidemiológica que até os dias atuais apresenta-se com alta prevalência e incidência de cárie dental, além de que grande parte da população nunca foi ao dentista. De outro, nos aproxima do comportamento que vem tendo

a saúde bucal dentro da questão maior da saúde pública, com destaque para a sua efetiva participação no programa saúde da família.

O método qualitativo mostrou-se como o mais apropriado ao estudo que quisemos realizar, pois permitiu maior compreensão do nosso objeto de estudo. Utilizamos como instrumento metodológico a triangulação com a observação participante, a entrevista semi- estruturada e a análise documental.

A conclusão que chegamos é que a escola é uma instituição que realmente detém credibilidade nas comunidades de sua redondeza, embora a própria população reconheça o sucateamento que os sucessivos governos vêm impondo às escolas públicas. A escola por nós pesquisada se inseriu no Programa Especial de Educação – PEE, inaugurado em 1984, sendo um dos CIEPs oferecidos à população do Rio de Janeiro. O governo responsável pela implantação e implementação desse projeto disponibilizou no contexto da escola um tripé, formado pela a educação, cultura e saúde. O turno único flexionado em oito horas diárias seria a ferramenta da concretização de um currículo em que o ensino acadêmico poderia compor com o saber popular e com as atividades extraclases uma escola nos moldes de uma Escola Promotora de Saúde.

Porém as orientações políticas dos governos subseqüentes foram responsáveis pela destruição dessa proposta. Por outro lado, encontramos uma população que embora tenha perdido a qualidade do serviço educacional, e tenha demonstrado algum sentido de indignação diante dessa perda, não esboça intenção de lutar pela devolução do que lhes foi subtraído.

Podemos inferir que, no momento, a deterioração da qualidade de vida da população se acirrou em decorrência do modelo econômico globalizado, contribuindo para que as comunidades desfavorecidas se fragilizassem diante das precariedades das ofertas dos equipamentos sociais. Nesse momento, em pleno século XXI as verbas públicas destinadas à “reprodução do capital”, são desviada para os países centrais, evidenciando que a dívida instituída pelo liberalismo no século XVIII, de igualdade, liberdade e fraternidade não foi sanada.

Apesar da escola ter um Conselho Escola Comunidade, esse instrumento serve mais como uma representação burocrática do que como espaço orgânico de controle social da população. Essa distorção permite que não sejam desenvolvidas, no espaço escolar, ações efetivas voltadas para a promoção e empoderamento da saúde.

Percebemos que a escola é potencialmente um local de construção de práticas saudáveis, entretanto convive no mesmo locus modelos reprodutivistas e conservadores e modelos mais críticos embora manifestados de forma tímida.

Projetos realizados pelo Município do Rio de Janeiro e que têm como filosofia a promoção da saúde, intersetorialidade e que trabalham visando uma escola de qualidade não se encontram presentes nessa escola que pesquisamos. O projeto das Escolas Promotoras de Saúde já esteve presente na escola, isso mostra a descontinuidade das ações e a dificuldade no estabelecimento e fortalecimento de mecanismos transformadores da realidade da comunidade escolar. É importante também destacar que o seu caráter vertical não garantiu a adesão da comunidade.

Será que é feito um estudo epidemiológico para um levantamento das reais necessidades da população ou a implantação dos projetos é feita ao acaso?

Devemos sugerir que as escolas tenham em seu interior planejamentos em educação para a saúde articulados com o pessoal da saúde dos Centros de Saúde de referência para que não fique apenas na fase da experiência. Deve existir um modelo de desenvolvimento a seguir para a avaliação dos programas de educação para a saúde, para assim estabelecer um controle efetivo dos resultados e compreender que a partir deles poderá ser gerado um processo de mudança.

Procuramos investigar os saberes dessa população em relação à saúde bucal para que em função desse conhecimento, elaborem uma ação educativa de empoderamento mais efetiva.

Dessa forma, consideramos fundamental ser criado no espaço escolar um pólo de formação continuada dos profissionais da educação (diretor, professor, servente, merendeira,

inspetor), dos escolares, assim como de suas famílias e da comunidade do entorno para que se apropriem dos princípios teóricos da Promoção da Saúde, em geral, e, especificamente, das bases fundadoras da promoção da saúde bucal, tornando-os ao mesmo tempo agentes da sua própria saúde.

Observamos que a saúde mesmo que represente algo importante para todos os entrevistados não vem merecendo o destaque necessário. Esse fato nos faz pensar que a escola, mesmo sendo um cenário propício às políticas públicas saudáveis, pelo equívoco de que não cabe à instituição assumir papéis sociais ampliados, tem desprezado a iniciativa de abordar esse conhecimento funcional como saber escolar. Em razão desse problema, por um lado o ensino descontextualiza o conhecimento que oferece para ser ministrado e por outro o saber a-histórico veiculado pela escola é rejeitado pelo alunado, pois esse não sente nele nenhuma articulação com a sua realidade. Diante desses fatos, as políticas públicas saudáveis serão reconhecidas em sua importância pelos usuários, à medida que os próprios beneficiados, os alunos, a comunidade do entorno e a escola façam parte de grupos de discussão, avaliando permanentemente seus objetivos, assim como redimensionando, sempre que necessário os seus resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, F. B.; SOARES, C. R.; SILVA, M.M.P. & MATUCK, I. C., 1998. A professora primária como incentivadora da higiene oral em uma escola pública. *Revista Fluminense de Saúde Coletiva*, 2 (mar.): 65-73.
- ALMEIDA, C., 1997. Crise econômica, crise do Welfare State e reforma sanitária. In: *A Miragem da Pós Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização* (S. Gerschman, org.), pp. 177-200, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ALTHUSSER, L., 1985. *Aparelhos Ideológicos de Estado: notas sobre os aparelhos ideológicos de Estado*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- ARIÈS, P., 1981. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC.
- ARREDONDO, A., 1992. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Caderno de Saúde Pública*, 8(3): 254-261.
- BASS, L. M. S.; MANFREDI, S. M. & BARROS, S. P., 1980. Educação popular: desafios metodológicos. In: *Concepções e Experiências de Educação Popular* (S. M. Manfredini, org.) pp. 35-40, São Paulo: Cadernos Cedes.
- BAUMAN, Z., 1998. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- BERNSTEIN, E.; WALLESTEIN, N.; BRAITHWAITE, B.; GUTIERREZ, L.; LABONTE, R. & ZIMMERMAN, M., 1994. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: *Health Education Quarterly* (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II) VOL 21, 3:281-294, fall.
- BERTAUX, D. L., 1980. approche biographique. Sa validité méthodologique, ses potentialités. In: *Cahiers internationaux de sociologie*, v. LXIX. Paris: Presses Universitaires de France.
- BODSTEIN, R. C. A. & ZANCAN, L., 2001. *Manguinhos: Guia de equipamentos e iniciativas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- BODSTEIN, R. C. A. & FONSECA, C. M. O., 1989. Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços de saúde. In: *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*, (N. R. Costa et al., org.) pp:67-90. Petrópolis, RJ: Vozes.
- BOURDIEU, P & PASSERON, J. C., 1982. *A Reprodução: Elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- BRANDÃO C. R., 1984. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Editora brasiliense.

- BRANDEN, N., 1999. Auto-estima e os seus seis pilares. São Paulo: Editora Saraiva.
- BRASIL, Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. Tratou das normas e diretrizes da saúde bucal, foi elaborada a fim de regulamentar a portaria nº 1.444.
- _____, Portaria nº 1.444 de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios por meio do programa saúde da família.
- BRASIL. 1988. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
- BUSQUETS, M. D. & LEAL, A. A., 1999. A Educação para a Saúde. In: Temas Transversais em Educação (M. D. Busquets et al., orgs.), São Paulo: Ática.
- BUSS, P. M., 2000a. Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ (mimeo).
- _____, 2000b. Qualidade de Vida e Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1) : 163-177.
- _____, Prevenção Contemporânea. 1999: ENSP/FIOCRUZ (mimeo).
- CAPRA, F., 1982. O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Editora Cultrix.
- CARDACI, D., 1999. Promoción de la Salud: ¿ cambio cultural o nueva retórica?. In: Salud, Cambio Social y Política: perspectivas desde América Latina (B. N. Mario & C. Roberto, orgs.). México: EDAMEX.
- CARDOSO DE MELO, J. A., 1987. Educação Sanitária: uma visão crítica. In: Cadernos do Cedes - Educação e Saúde 4 (A. M. Canesqui et al., orgs.) pp. 28-43. São Paulo: Cortez.
- CARVALHO, A. I., Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva* 1 (1), 1996.
- CASTELLANOS, P. L., 1998. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. In: Salud Pública (F. Martínez Navarro et al, orgs) pp. 81-102. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R. & KARSCH, U.S., 1991. A Saúde Como Direito e Como Serviço. São Paulo: Cortez.
- CORDÓN, J., A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Caderno de Saúde Pública*, 13 (3): 557-563.
- COSTA, N. R., 1987. Estado, educação e saúde : a higiene da vida cotidiana. In: Cadernos do Cedes - Educação e Saúde 4.(A. M. Canesqui. et al., orgs.) pp. 5-27. São Paulo: Cortez.

COSTA, W. G. A. & MAEDA, S. T., 2001. Repensando a rede básica e o distrito sanitário. *Saúde em Debate*, 25 (57): 15-29.

III CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. 1997. *Vigilância à Saúde. Relatório de Oficina de Trabalho*. Salvador, Bahia, p.11.

CRUZ, F. C. C., 1998. As dificuldades da implantação da atenção preventiva e promocional nas clínicas dos centros de saúde e no programa saúde em casa. *Revista de Ação Coletiva*, 2(1): 39-43.

CRUZ NETO, O., 2001. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, (M. C. S. Minayo, org.) pp. 51-66, Petrópolis: Vozes.

CYNAMON, S. E & COHEN, S. C., 2002. Articulando Práticas para Habitação Saudável. In: *Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manginhos – RJ* (L. Zancan, org.), pp.99-110, Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ.

CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D. C.; GOMES, A. F.; SEABRA, L. S. & SANTOS, N., 2002. Universidade Aberta: uma contribuição para a gestão ambiental sustentável. In: *Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manginhos – RJ* (L. Zancan, org.), pp.79-97, Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ.

CZERESNIA, D., 1999. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Caderno de Saúde Pública* 15(4): 701-710.

_____, 1997. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

DAMATTA, R., 1985. *A casa e a rua*. São Paulo: Editora brasiliense.

DAVIS, C. & OLIVEIRA, Z., 1992. *Psicologia da Educação*. São Paulo: Cortez.

DESLANDES, S. F., 1997. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ. 13 (1): 103-07.

FEKETE, M. C., 1997. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*, (J. P. de Santana, org.) pp. 114-120. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

FELDMAN, M., 2001. Investimento e paciência. *O Globo*, Rio de Janeiro, 12 maio, Retratos do Rio, p. 2..

FONTENELLE, J. P., 1940. *Compêndio de higiene*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

FOUCAULT, M., 1987a. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

_____, 1987b. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes.

FREIRE, P., 1980. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo: Moraes.

- GADOTTI, M., 1997. Escola cidadã. São Paulo: Cortez.
- GARCÍA, E.B., 1998. Nuevos Paradigmas, Educación y Salud: transición hacia una Educación para la Salud desfragmentada en el siglo XXI. Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação, 189-196.
- GARCIA, R. W. D., 1997. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. Caderno de Saúde Pública, 13 (3): 455-467.
- GOMES, R., 2001. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade, (M. C. S. Minayo, org.) pp.67-80, Petrópolis: Vozes.
- GRAMSCI, A., 1968. Os Intelectuais e a Organização da Cultura. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- _____, 1966. Concepção Dialética da História. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- GROSSI, E.(org.), 1999. LDB: lei de diretrizes e bases da educação. Rio de Janeiro: DP&A.
- GUATTARI F., 1981. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Editora brasiliense.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística), 2000. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Pesquisa Suplementar Saúde – PNAD/IBGE.
- KICKBUSCH, I., 1996. O autocuidado en la promoción de la salud. In: Promoción de la Salud: una antología (Organización Panamericana de la Salud Publicación Científica nº 557, org.) pp. 235-244., Washington, D. C: OPS.
- LALONDE, M., 1974. Nouvelle perspectives de la santé des canadiens. Ottawa: Santé et Bien-être Social.
- LEAVEL, H., CLARK E. G., 1976. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill.
- LEFEBVRE, H, 1983. La Presencia y la Ausencia: contribucion a la teoria de las representaciones. México: Fondo de Cultura Económica.
- LIBÂNEO, J. C., 2001. Adeus professor, adeus professora? novas exigências educacionais e profissão docente. São Paulo: Cortez.
- _____, 1984. Didática e prática histórico – social. Revista da Associação Nacional de Educação, 4 (8): 23-48.
- LIMA, G. Z., 1985. Saúde escolar e educação. São Paulo: Cortez.
- LUCCHESI, M. L., 1993. Educação e saúde na escola: cidadania em ação. Revista Município e Saúde, 2: 33-35.

- LUCÍA, P. A. S., 1996. El rol de los cuidadores intrafamiliares adultos y su desempeño en la sociedad actual. En : Rev. Avances en enfermería de la Universidade Nacional de Colombia, XIV(2), Julio-Diciembre.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A., 1986. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas, São Paulo: Ed pedagógica e universitária.
- MAHLER, H., 1981. Salud 2000: El sentido de “la salud para todos en el año 2000”. For. Mundial de la Salud 3 (1): 5-25.
- MAIA, K. D., 1999. Programa de Saúde Bucal do Escolar no IEPIC: uma perspectiva docente. Dissertação de Mestrado, Niterói: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense.
- MARTÍNEZ A. M., 1996. La escuela: un espacio de promoción de salud. Psicología Escolar e Educacional 1 (1): 19-24.
- MARX, K., 1973. Contribuição para a crítica da economia política. Lisboa: Estampa.
- MARTINS, E. M., 1998. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. Caderno de Odontologia. Belo Horizonte 1(2): 30-40.
- MATTOS, R. A., 2001. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Ciência e Saúde Coletiva, 6 (2): 377-389.
- MATURANA, H., 2002. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- MENDES, E. V., 2001. Os grandes dilemas do SUS: tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora.
- MENDES, E. V., 1996. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC.
- MENDES, E. V., 1980. A produção de conhecimentos para a prática odontológica na América Latina. Trabalho apresentado na I Conferência de faculdades e escolas de Odontologia da América Latina. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Autônoma de Santo Domingo, 12-16 de Out, (mimeo).
- MENDONÇA, T. C. S., 1999. A Mutilação Bucal em Foco: Um Olhar Antropológico sobre um Objeto da Odontologia. Dissertação de Mestrado, Feira de Santana: Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana.
- MINAYO, M. C. S., 2001. Estrutura e Sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva, 6(1): 20-47.
- _____, 2001. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade (M. C. S. Minayo, org.) pp. 9-29. Petrópolis: Vozes.

- _____, 2000. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R., 1999. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1): 7-32.
- MIRANDA NETTO, A. G., 1987. Dicionário de ciências sociais. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- MEC (Ministério da Educação e Cultura), 2001. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. Ministério da Educação e Cultura.
- MS (Ministério da Saúde.), 2002. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Ministério da Saúde.
- _____, 2001. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México – Brasília (mimeo). Ministério da Saúde.
- _____, 2001. Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica: Inclusão da saúde Bucal no Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde.
- _____, 1998. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.
- _____, 1989. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos e prioridades. Ministério da Saúde.
- _____, 1987. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- MOREIRA, L. C. H., 1999. A Saúde Bucal no Contexto Programa Médico de Niterói – RJ: O Dentista de Família. Dissertação de Mestrado, Niterói: Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense.
- MORIN, E., 1994. Ciência com consciência. Lisboa: Publicações Europa-América.
- MOSCOVICI, S., 1978. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- NARVAI, P. C., 2002. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos Editora.
- NORONHA, J. C. & SOARES, L. T., 2001. A política de saúde nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 445-450.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) E ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2002. La salud pública en las Américas: documento conceptual (mimeo).

_____, 1999. II Conferência Panamericana de Educação em Saúde Pública: Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafios para el Desarrollo de Recursos Humanos. México.

_____, 1996. Escuelas promotoras de la salud: modelo y guía para la acción basados en la experiencia Latinoamericana y Caribeña. Washington.

_____, 1995. Educación para la salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral y guía para la acción basada en la experiencia Latinoamericana. Washington.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N., 2000. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora.

PASTORE, J., 2002. A mulher dos anos 2000. Revista Promoção da Saúde, 3 (6): 8-10.

PENIN, S., 1989. Cotidiano e Escola: a obra em construção. São Paulo: Cortez.

PEREGRINO, M., 2000. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In: Saúde e educação (V. V. Valla, org.).pp. 61-85, Rio de Janeiro: DP&A.

PINHEIRO, R., 2001. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (R. Pinheiro & R. A. Mattos, orgs) pp: 65-112, Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO.

PINTO, V. G., 2000. Saúde Bucal e Coletiva. São Paulo: Santos.

RANGEL, M., A representação social como perspectiva de estudo da escola. Revista Tecnologia Educacional, 22(112): 11-15.

REIS, I. N. C. ET AL., 2002. Promoção da Saúde e Reorientação de Serviço: a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. In: Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manginhos – RJ (L. Zancan, org.), pp. 111-157, Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ.

RESTREPO, H. E., 2001. Agenda para Ações de Promoção da Saúde. In: Promoción de la Salud: como construir vida saludable (H. E. Restrepo & H. Málaga, orgs), pp. 34-54, Bogotá: Editorial Medica Internacional.

REZENDE, A. L. M., 1989. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez.

RIBEIRO, D., 1986. O livro dos CIEPs. Rio de Janeiro: Bloch.

- _____, 1985. Falas ao professor. Rio de Janeiro: Centro Integrado de Educação Pública – CIEP.
- RIOS, T. A., 1995. Ética e interdisciplinaridade, In: Pesquisa em educação e as transformações do conhecimento (T. A. Rios, org.) pp. 121-136, Campinas-SP: Papirus.
- ROMANELLI, G., 2002. Autoridade e poder na família. In: A Família Contemporânea em Debate (M. C. B Carvalho, org.) pp. 73-88, São Paulo: EDUC, Cortez.
- ROSSETTI, H., 1999. Saúde para a Odontologia. São Paulo: Santos Editora.
- ROUQUAYROL, M. Z. & GOLDBAUM, M., 1999. Epidemiologia, História natural e Prevenção de Doenças. In: Epidemiologia e saúde (M. Z Rouquayrol & N. Almeida Filho, orgs.) pp. 15-30. Rio de Janeiro: Medsi.
- SÁ, C., 1942. Higiene escolar. Rio de Janeiro: Imprensa nacional.
- SANTOS, B. S., 1999. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez.
- SANTOS, M., 2002. A natureza do espaço. São Paulo: edusp.
- _____, 1994. A urbanização brasileira. São Paulo: Hucitec.
- _____, 1982. Espaço e sociedade: ensaio. Petrópolis/ RJ: Vozes.
- SHELLING, V., 1990. A presença do povo na cultura brasileira: ensaio sobre o pensamento de Mário de Andrade e Paulo Freire. Campinas/SP: Editora da UNICAMP.
- SME (Secretaria Municipal de Educação), 1996. Multieducação: núcleo curricular básico Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Educação.
- SMS (Secretaria Municipal de Saúde), 2000. Promoção de saúde na escola: escola promotora de saúde. Secretaria Municipal de Saúde.
- _____, 1999. Programa de saúde escolar numa perspectiva crítica: atenção à saúde da criança e do adolescente em idade escolar. Secretaria Municipal de Saúde.
- SENNA, M. C. M.; MELO, A. L. R. & BODSTEIN, R., 2002. A Estratégia da Saúde da Família no DLIS – Manguinhos. In: Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manguinhos – RJ (L. Zancan, org.), pp.189-214, Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ.
- SILVA, L. L. C., 1999. A Saúde Escolar em Campo Grande/ MS: seu discurso, suas promessas. Dissertação de Doutorado, Campinas SP: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

SILVA, C. S., 2002. A escola promotora de saúde na agenda política do município do Rio de Janeiro. *Revista Saúde em Foco/ Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, 23 (jul.): 83-102.

_____, 1999. Desenvolvimento Histórico da saúde escolar. In: Programa de saúde escolar numa perspectiva crítica: atenção à saúde da criança e do adolescente em idade escolar. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde.

TAVARES, M. F. L., 2002. Da Saúde Escolar à Escola Saudável: construindo espaços de promoção da saúde. In: *Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manguinhos – RJ* (L. Zancan, org.), pp. 159-173, Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ.

_____, 2000. Escuelas promotoras de la salud. In: *Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*, (P. M. Buss, org.) pp.66-73,. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ (mimeo).

_____, 1998. Saúde da Criança e Formação no Trabalho: A prática como e com saber. Dissertação de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

TEIXEIRA, M. B., 2002. Empoderamento de Idosos em Grupos direcionados à promoção da Saúde. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

TRINO, A. T., 2000. A boca e suas representações em diferentes grupos sociais. Dissertação de Mestrado, Niterói: Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense.

TRIVIÑOS, A. N. S., 1987. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. São Paulo: Atlas.

UNGERER, R., 2000. Promoción de la salud en el ciclo de vida, In: *Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*, (P. M. Buss, org) pp. 87-99,. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ (mimeo).

VAITSMAN, J., 1994. Flexíveis e Plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas.

_____, 1992. Saúde, Cultura e Necessidades. In: *Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social* (S. Fleury, org.) pp. 157-173. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

VALLA, V. V., 2001. Religião e cultura popular. Rio de Janeiro: DP&A.

- VALLA, V. V. & HOLLANDA, E., 1994. A escola pública – fracasso escolar, saúde e cidadania. In: Educação, Saúde e Cidadania, (V. V. VALLA & E. N. STOZ, orgs.) pp. 53-86, Petrópolis: Vozes.
- VALLA, V. V. & STOZ, E. N., 1993. Participação Popular, Educação e saúde: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- VALLA, V. V., 1986. Educação e Favela. Petrópolis: Vozes.
- VIANA, A. L., 1997. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: A miragem da pós modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização (S. Gerschman, org.), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ZAGO, N., 2000. Processo de escolarização nos meios populares: as contradições da obrigatoriedade escolar. In: Família e escola: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares (M. A. Nogueira et al, orgs.) pp. 17-43. Petrópolis, RJ: Vozes.
- ZANCAN, L. & BODSTEIN, R., 2002. Dlis-Manguinhos como estratégia de Promoção da Saúde. Revista Saúde em Foco/ Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, 23 (jul.): 49-63.
- ZANETTI, C. H. G., 1993. As Marcas do Mal-estar Social no Sistema Nacional de Saúde Bucal, no Brasil dos Anos 80. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.
- WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E., 1994. Introduction to Community Emporwerment, Participation, Education and Health. In: Health Education Quarterly: Special Issue Community Emporwerment, Participatory Education and Helth – Part I. . Vol. 21, 2: 141-170.
- WEYNE, S. C., 1997. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um desafio para as novas gerações In: Promoção de saúde bucal (L. Kriger, org.), pp. 02-26, São Paulo: Arte médicas.

ANEXO 1

Dados Concretos dos Pais ou Responsáveis

Nome	Sexo	Idade	Grau de Instrução	Profissão	Renda Familiar	Situação Conjugal	Nº de filhos	Moradia
Ana	feminino	36 anos	6ª série	Do lar	1 salário mínimo	juntada há 15 anos	7	Mandela I
Berenice	feminino	27 anos	4ª série	Aux. de serviços gerais	R\$400,00	juntada há 11 anos	3	Jacarezinho
Carla	feminino	35 anos	Ensino médio	Desempregada	R\$350,00	casada	3	Mandela I
Damiana	feminino	60 anos	Estudou pouco	Doméstica	R\$200,00 e pouco	viúva	2 filhos e 4 netos	Bonsucesso
Marli	feminino	59 anos	6ª série	Do lar	R\$200,00	viúva	2 filhos e 5 netos	Manguinhos
Flávia	feminino	32 anos	3ª série	Aux. de limpeza	1 salário mínimo e meio	viúva	4	Mandela I
Gabriel	masculino	23 anos	7ª série	contínuo	2 salários mínimo e meio	solteiro	0 (5)	Mandela I
Helena	feminino	44 anos	4ª série	diarista	R\$450,00	viúva	1 ou 2 (?)	Mandela I
Laura	feminino	52 anos	2ª série	Do lar	R\$300,00	casada	5 filhos e 4 netos	Manguinhos
Ivanilda	feminino	32 anos	4ª série	aux. de máquina	R\$300,00 e pouco	casada	2	Mandela I
Carlos	masculino	37 anos	5ª série	pedreiro	R\$620,00	juntado há 4 anos	2	Manguinhos
Marlene	feminino	40 anos	4ª série	Desempregada	R\$300,00	juntada há 3 anos	3	Viúva Cláudia
Mariana	feminino	28 anos	7ª série	Desempregada	R\$300,00	juntada	3	São Cristovão
Roberto	masculino	38 anos	Não estudou	Desempregado	R\$260,00	juntado há 18 anos	3	Mandela I
Socorro	feminino	33 anos	8ª série	Servente	R\$391,00	casada há 15 anos	3	Manguinhos

ANEXO 2**Dados Concretos dos Alunos**

Nome	Sexo	Idade	Série Escolar	Turno
Afonso	masculino	11 anos	4ª série	tarde
Bárbara	feminino	10 anos	4ª série	tarde
Carolina	feminino	7 anos	1ª série	horário integral
Diana	feminino	8 anos	1ª série	horário integral
Érico	masculino	10 anos	4ª série	tarde
Fernando	masculino	8 anos	1ª série	horário integral
Guilherme	masculino	8 anos	1ª série	horário integral
Heloisa	feminino	8 anos	1ª série	horário integral
Ivo	masculino	8 anos	1ª série	horário integral
Júlio	masculino	7 anos	1ª série	horário integral
Lauro	masculino	8 anos	1ª série	horário integral
Maura	feminino	8 anos	1ª série	horário integral
Nélio	masculino	11 anos	4ª série	tarde
Olinto	masculino	10 anos	4ª série	tarde
Paula	feminino	11 anos	4ª série	tarde

PROTOCOLO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA : ESCOLARES

PROTOCOLO Nº : _____ DATA : ____/____/____

DADOS CONCRETOS**1. IDENTIFICAÇÃO**

1.1 Nome :

1.2 Sexo :

1.3 Idade :

1.4 Local de Moradia :

2. DADOS ESCOLARES

2.1 Série escolar :

2.2 Turma :

2.3 Turno :

2.4 Professor(a) :

2.5 Teve alguma repetência ?

2.6 Participa de alguma atividade extra classe ? (esporte, cursos, igreja, teatro e outro). Caso seja positivo, qual (is) ?

3. TRABALHO

Trabalha ?

3.1 Sendo positivo. Em que você trabalha?

3.2 Sendo negativo. Você é dependente de quem ?

4. DADOS FAMILIARES

4.1 Como é constituída a sua família ?

4.2 Quantos irmãos você tem ? (da mesma união de pai e mãe ? e de outras ?)

4.3 Quais pessoas da sua família trabalham ?

PERGUNTAS SEMI-ESTRUTURADAS

1. Qual sua opinião sobre sua família ? Existe algo que deva mudar ?
2. Geralmente, quem toma as decisões importantes na sua casa ?

3. Quem são as pessoas com as quais você mais se identifica ?
4. O que você gosta de fazer quando está de folga ? Por quê ?
5. O que você costuma fazer com sua família ?
6. Como é a casa onde você mora ? (de que é feita, quantos cômodos, como são os cômodos).
7. O que você acha do bairro onde vive? (fale um pouco sobre seu bairro).
8. Com que serviços conta o lugar onde você mora ?
9. O que você acha da sua escola ? (falar sobre o espaço da escola).
10. Como é o banheiro da escola ?
11. Como é a merenda da sua escola? Como é o refeitório ?
12. Como você é na escola ?
13. Como você é visto pelos seus colegas de turma ?
14. Você poderia me dizer o que é saúde ?
15. O que é viver bem para você ?
16. Você poderia dizer como é uma alimentação saudável ?
17. Como se fica doente ? Cite alguma(s) doença(s) que você conhece. Onde você aprendeu sobre ela(s) ? O que faria para não ficar doente ?
18. O que é uma boca saudável ?
19. Que cuidados você considera importantes que devam ser tomados em relação aos seus dentes ? Você aprendeu sobre isso em algum lugar ? Onde ?
20. Como as pessoas da sua família cuidam de seus próprios dentes ?
21. Se você tivesse dor de dente onde sua família te levaria ?
22. O que você acha necessário para se ter uma boa saúde?

PROTOCOLO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: PAIS OU RESPONSÁVEIS.

PROTOCOLO Nº _____ DATA: ____/____/____

DADOS CONCRETOS

1. Identificação:
 - 1.1 Nome:
 - 1.2 Sexo:
 - 1.3 Idade:
 - 1.4 Grau de instrução:
 - 1.5 Profissão:
 - 1.6 Renda familiar:
 - 1.7 Situação conjugal:
 - 1.8 Quantos filhos:
 - 1.9 Local de moradia:

PERGUNTAS SEMI-ESTRUTURADAS

1. O que é saúde para você ?
2. Você poderia dizer como é uma alimentação saudável ?
3. Como se fica doente ?
4. O que é uma boca saudável ?
5. Cite alguma(s) doença(s) que você conhece. Onde você aprendeu sobre ela(s) ?
6. O que faria para não ficar doente ?
7. Como você costuma orientar seus filhos para que eles adquiram hábitos saudáveis? Que hábitos você considera importantes para manter uma boa saúde bucal?
8. Quando você ou seu filho apresentam problemas de saúde em que local você busca socorro? E em relação aos problemas de saúde bucal?
9. Você procura tratamentos alternativos quando você ou seu filho têm problemas de saúde?

10. Na escola de seu filho há alguma ação educativa voltada para a promoção da saúde bucal?
11. O que você sugeriria para que a sua comunidade tivesse um padrão de saúde ainda melhor?
12. O que é viver bem?

ANEXO 5**DIÁRIO DE CAMPO QUE SERÁ UTILIZADO NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE****(PRIMEIRA PÁGINA)**

Nome da pesquisa :

Nome do observador :

Tipo de observação :

Assunto observado :

Nº da observação :

Local :

Data : ____/____/____

Hora :

Duração :

Data da realização do comentário crítico:

OBS : As páginas seguintes devem conter o registro das observações e o comentário crítico sobre as mesmas.

DOCUMENTOS ANALISADOS

RIO DE JANEIRO, SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, 2003. Projeto Político Pedagógico CIEP JK.

RIO DE JANEIRO, SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, 2002. Projeto Político Pedagógico CIEP JK.

RIO DE JANEIRO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003. Programa Alimentar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, _____ está sendo convidado (a) a participar, da pesquisa de campo a ser realizada pela mestrandia Germana Reis de Andrade Guimarães, como parte do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz. Essa pesquisa tem como objetivo o levantamento do seu conhecimento como também de seu filho, irmão ou neto sobre saúde, doença, saúde bucal e suas necessidades de saúde.

Tenho conhecimento que o resultado desta pesquisa favorecerá a transformação das necessidades em melhorias das ações educativas voltadas para a promoção da saúde bucal desenvolvidas no interior da escola e também ao atendimento nos serviços de saúde.

Declaro, ainda, estar ciente de que essa pesquisa constará da aplicação de entrevistas que serão feitas através de um roteiro lido cujas respostas serão gravadas pela pesquisadora.

Que a minha participação e de meu filho, irmão ou neto não acarretará risco relacionado à minha saúde.

Que as informações prestadas por mim e por meu filho, irmão ou neto serão classificadas como confidenciais.

Que ao estudo interessam as respostas obtidas nas entrevista, sem a identificação individual, preservando a minha privacidade, do meu filho, irmão ou neto. E finalmente,

Que minha participação será voluntária e que estarei a vontade para pedir esclarecimento e para me retirar do estudo em qualquer fase sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalização a minha pessoa, ao meu filho, irmão ou neto.

Autorizo meu filho (a), irmão (a) ou neto (a), _____ a participar dessa pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ / _____ / 2002.

Entrevistado

Pesquisador