

# Educação em Saúde no Ensino Fundamental: uma Reflexão Acerca da Promoção da Saúde

## Health Education in Primary Schools: a Reflection on Health Promotion

Ana Paula Macan Damiani<sup>a\*</sup>; Janine Moreira<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Faculdade do Vale do Araranguá, SC, Brasil

<sup>b</sup>Universidade do Extremo Sul Catarinense, Curso de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Educação, SC, Brasil

\*E-mail: enfmacan@hotmail.com

---

### Resumo

Estudo exploratório, qualitativo e empírico, desenvolvido com 10 educadores de duas escolas municipais de Araranguá, sul catarinense, e com os secretários municipais de educação e saúde, cujo objetivo foi compreender de que forma a educação em saúde está presente no ensino fundamental, no que se refere à promoção da saúde. O referencial teórico foi a educação libertadora freireana. O entendimento de promoção de saúde dos sujeitos se limita à prevenção de doenças. Apesar de a saúde ser entendida como resultante de múltiplos aspectos, há a culpabilização das pessoas por suas condições de saúde, pensando em saúde no sentido apenas curativista e biológico. Visão que se reflete nos temas de saúde trabalhados em aula, com base na alimentação, higiene pessoal e segregação do lixo, não considerando aspectos estruturais da saúde. Também não ocorre a integração entre a ESF (Estratégia Saúde da Família) e a escola e nem a integração setorial entre educação e saúde no município.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Educação Problematizadora. Ensino Fundamental.

### Abstract

*An exploratory, qualitative and empirical study, developed with 10 educators of 2 municipal schools in Araranguá, southern Santa Catarina, together with municipal secretaries of education and health, whose goal was to understand the health education on primary schools, with regard to health promotion. The theoretical reference was Freire's liberatory education. Understanding the health promotion by subjects is limited to prevention of diseases. Although health is understood as resulting from multiple aspects, there is the people blame for health conditions, planning health only in a curative and biological way. This view is reflected on health issues studied in class, based on food, personal hygiene and residues segregation, not considering structural health aspects. Likewise, there is no integration between the Family Health Program and school.*

**Keywords:** Health Education. Health Promotion. Problematizing Education. Primary Schools.

---

## 1 Introdução

A relação entre promoção da saúde e ensino fundamental é o eixo deste artigo, fruto de dissertação de mestrado em Educação. Em especial, partiu-se da compreensão da importância de se realizar a promoção da saúde na escola, entendida como uma maneira de contribuir no processo de educação.

Partiu-se do entendimento de que práticas baseadas na pedagogia libertadora de Paulo Freire podem possibilitar, a partir do diálogo entre educando e educador, um conhecimento crítico para a leitura do mundo e autonomia dos sujeitos.

Essa autonomia dos sujeitos para ler o seu mundo e posicionar-se nele é um dos pressupostos da educação freireana, a qual é considerada uma das bases para a atual concepção de empoderamento (CARVALHO, 2004), bastante presente no âmbito da educação em saúde.

Focou-se a atenção na promoção da saúde nas escolas porque, na concepção das políticas públicas de saúde e educação, há o estabelecimento de ações conjuntas entre estes setores. E a Estratégia Saúde da Família - ESF pode ser a porta de entrada para que ocorra esta aproximação e integração

entre as políticas de saúde e educação.

Assim, entendeu-se que trabalhar com educadores e educandos no espaço escolar seria uma circunstância privilegiada, com base na tese de que a escola é um espaço reconhecido socialmente, em que as pessoas devem ter garantido o acesso ao conhecimento científico. E porque a população em geral reconhece a escola como um espaço de ensino e um ambiente de educação. Assim, neste espaço, a descoberta de novos saberes, condutores de reflexões críticas, pode ser mais constante, facilitando o entendimento de que se for um ser inacabado, que a vocação das pessoas, como diz Freire (2005), seja o de “ser mais”, e que o “ser mais” implica em sua humanização, o que requer sentir-se em condições de lutar pela igualdade de oportunidades enquanto ser humano nesta sociedade capitalista e desigual. Se o ser é inacabado, a educação sempre será eficaz, o que se necessita é ação correta para formar este ser mais, o que passa por uma concepção de educação.

Nesse contexto, problematizou-se se os temas de saúde são abordados nas escolas do Ensino Fundamental e como o professor trabalha com eles.

Assim, o presente estudo traz à discussão a educação em saúde, a promoção da saúde e o atual modelo de saúde, e a teoria pedagógica que o orienta é a teoria problematizadora, de Paulo Freire.

A partir dessa contextualização, tentou-se responder à seguinte questão geral: de que forma a educação em saúde está presente no Ensino Fundamental, sob a ótica da promoção de saúde?

Para tanto, foram estas as questões norteadoras da caminhada: Qual a integração dos gestores municipais da educação e da saúde? Existe integração da Estratégia de Saúde da Família com as escolas do Ensino Fundamental pesquisadas? Qual a compreensão dos professores sobre promoção da saúde e a importância de se trabalhá-la nas escolas? Como trabalham (se trabalham) as questões que envolvem a saúde com as crianças?

## 2 Material e Métodos

### 2.1 Percorso metodológico

Esta foi uma pesquisa qualitativa, exploratória e empírica. Foi desenvolvida em duas escolas da rede municipal do município de Araranguá, pertencente à Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense - AMESC. O município escolhido foi o mesmo em que reside uma das autoras, e o critério de escolha das escolas foi de ambas pertencerem a uma mesma rede de ensino, no caso, a rede municipal; uma escola de porte grande e uma de porte pequeno. A de grande porte é localizada em uma área central e a outra em área periférica da cidade. Optou-se pelas duas para se verificar possíveis diferenças entre elas, advindas de sua condição também diferenciada.

Foram sujeitos da pesquisa 10 professores, 6 da instituição maior e 4 da menor. Escolheu-se os professores das primeiras séries do Ensino Fundamental – todos formados em Pedagogia, os da disciplina de Ciências das séries finais do Ensino Fundamental e de Educação Física das séries iniciais e finais desse nível de Ensino. Esta escolha se deveu à proximidade destas duas disciplinas com o tema de promoção da saúde. Também foram sujeitos da pesquisa os gestores de saúde e de educação do município de Araranguá, ou seja, os Secretários de Saúde e de Educação.

Todos estes sujeitos manifestaram o aceite formal em participar da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas e as anotações do diário de campo. Os dados foram analisados livremente, sem uma técnica específica, procurando-se responder aos objetivos. As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e novembro de 2011.

Para análise de dados foi utilizada a Análise de Categorias:

A palavra *categoria*, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou

que se relacionem entre si. Essa palavra está ligada à ideia de *classe* ou *série*. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno do conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas (GOMES, 1994, p.70).

As categorias pré-estabelecidas foram:

- Promoção da saúde;
- Temas de saúde trabalhados;
- Integração entre as políticas municipais de saúde e de educação;
- Integração da ESF nas escolas.

Não foram estabelecidas categorias a partir dessas gerais. A análise destas se deu mediante a hermenêutica, no sentido da busca do significado das falas à luz da teoria da educação libertadora de Paulo Freire (2009) e dos referenciais específicos de promoção da saúde.

As falas dos sujeitos foram respeitadas, tendo sido corrigidos os erros próprios de linguagem e suas identidades foram ocultadas. A pesquisa teve sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisada Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, sob o parecer nº 353/2010.

## 3 Resultados e Discussão

### 3.1 Saúde e educação

O movimento de mudanças na política pública de saúde no Brasil tem início com a Reforma Sanitária Brasileira, consubstanciada na formulação do Sistema Único de Saúde - SUS, considerada um modelo contra hegemônico de saúde, preconizado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a “constituição cidadã”, advinda do período pós-ditatorial brasileiro.

O Sistema Único de Saúde tem como princípios e diretrizes a universalidade e igualdade de acesso da população à saúde; regionalização e hierarquização da organização dos serviços de saúde e descentralização dos serviços; integralidade no atendimento e participação popular.

O modelo da atual política pública de saúde do país visa uma integração entre a população e as políticas de saúde dos governos municipal, estadual e federal, para que a população tenha voz e vez nas decisões e consciência de seus direitos, enquanto seres humanos.

Em 1994, o Ministério da Saúde - MS instituiu o Programa da Saúde da Família - PSF, como estratégia de implantação e promoção da saúde, a partir do planejamento local de ações, tendo, como núcleo, a família e a comunidade, priorizando áreas carentes nos municípios. A partir da lei nº 648 de 28/03/2006, que contempla uma revisão de diretrizes

e normas da organização da Atenção Básica<sup>1</sup>, o PSF passa a se chamar ESF.

A ESF tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção primária, conforme princípios do SUS (Saúde como Direito, Integralidade da Assistência, Universalidade do Acesso, Igualdade, Equidade, Intersetorialidade, Controle Social), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, definindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. A estratégia do serviço deve estar centrada na promoção da saúde - e menos na prevenção ou na cura da doença - atuando na educação em saúde, buscando a contextualização social da doença e da saúde e proporcionando a participação social.

Uma das discussões mais recentes feita pelo MS, especificamente pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES, diz respeito ao conceito de Integralidade. A integralidade da atenção à saúde envolve, entre outras coisas, a ideia da clínica ampliada, a qual centra a atenção não apenas no profissional, mas também nas informações epidemiológicas e nas ações intersetoriais (BRASIL, 2005).

Para que ocorra uma modificação significativa no modelo de assistência de saúde via ESF, seria necessário possibilitar um vínculo entre população e equipe de saúde.

Alonso discorre a respeito do significado de vínculo, quando menciona que:

os vínculos entre família e equipe são construídos, passo a passo, ao longo da interação que se dá ao longo de todo o processo assistencial. Isto é um fenômeno que não pode ser delimitado no tempo e no espaço, variando em intensidade e durabilidade, por ser extremamente susceptível às intercorrências contextuais (ALONSO, 2003, p.234).

Mas o estabelecimento de vínculo encontra um obstáculo no modelo de saúde biológico centrado (existem outras denominações como: curativista, bioclínico, etc), ainda dominante em nosso país. Este modelo fundamenta o olhar dos profissionais de saúde ao sujeito portador de peças anatômicas, como, por exemplo, a perna que sente dor, o ouvido com secreção, a fratura de tíbia, ou seja, fragmentando o sujeito, deixando de lado, inúmeras vezes, sua história social, espiritual, psicológica, financeira e sua subjetividade que, se bem compreendida, possibilita um diagnóstico mais preciso e mais fiel à complexidade deste ser humano. Esta redução é um obstáculo para o estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente, uma vez este não é visto como sujeito, somente como objeto de intervenção.

Com estas preocupações e em busca da reorganização da atenção primária do SUS, cria-se a ESF com o intuito de ampliar e efetivar o acesso igualitário, a participação popular e também com o objetivo de realizar a promoção da saúde,

com um olhar integral para com a pessoa

Nesse âmbito, é importante salientar que a população – incluindo-se os profissionais da saúde - também recebeu uma educação tradicional, que condiciona as pessoas a receberem conteúdos prontos, sem problematizar. Como se refere Freire, uma pedagogia do silêncio. No entanto, para que se atinjam os objetivos do SUS e da ESF, faz-se necessário proporcionar à população uma possibilidade de compreender seu papel de participação e de corresponsabilidade por sua saúde e qualidade de vida. Assim, os profissionais de saúde, tidos como educadores em saúde, devem proporcionar uma relação de diálogo junto à população, o que poderá levar ao seu empoderamento, conforme será discutido adiante.

Em Paulo Freire, pode-se visualizar esta possibilidade de educação e de educação em saúde. Uma educação que possibilite as pessoas se perceberem como sujeitos, sujeitos autônomos com escolhas advindas da consciência crítica. Logo, agentes transformadores do mundo, que possam ter a possibilidade de ser mais, de acessos igualitários na sociedade.

Quando a discussão de educação em saúde é ampliada para o campo da educação formal, ela é amparada pela legislação brasileira da Educação, expressa pela lei n. 9394/96 – a Lei de Diretrizes e Bases - LDB para a Educação (BRASIL, 1996) e pelos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN e, também, a partir de 2008, pelo Programa Saúde na Escola - PSE, proposto pelos dois Ministérios, da Educação e da Saúde.

Este programa está organizado em quatro blocos. A promoção da saúde está inserida no segundo bloco. Quanto à sua organicidade, as ações se centram na ESF, prevendo a integração da rede de educação e de saúde.

Não foi verificada qualquer ação nesse sentido nas escolas do município em que foi realizada esta pesquisa. Segundo o Secretário de Educação, este programa não foi aplicado nas escolas, no ano de 2011, por falta de tempo em elaborar o projeto para enviar ao Ministério, mas considerou-se que as instâncias devidas já estavam cientes e que se iria providenciar para o ano de 2012. Fica claro que não existe, portanto, a realização do PSE no município estudado.

Em ambas as escolas, a integração entre os serviços de saúde e educação se constituem apenas em ações pontuais, em períodos de campanhas de vacinação ou palestras. Segundo relatos dos seis educadores da escola maior, a Estratégia de Saúde da Família está presente na escola para realizar algumas palestras sobre educação sexual, prevenção de drogas, campanhas de vacinas e, quando solicitados, para agendamentos de consultas. Já na escola menor, a maioria relata não saber da existência da Estratégia da Saúde da Família no bairro e que no ano de 2011 não ocorreu nenhuma atividade em conjunto.

1 A atenção básica à saúde foi um termo utilizado no início da criação do SUS para os serviços prestados à população nos postos de saúde; após as tendências mundiais e nacionais, e da mudança da legislação com a criação do SUS, se passou a denominar atenção primária, e não mais básica, o primeiro acesso da população aos serviços de saúde, nas unidades básicas de saúde.

Tampouco se verificou qualquer ação de promoção da saúde integrada entre a ESF e as escolas, apenas na escola de grande porte são disponibilizadas consultas médicas e odontológicas para alunos. Nesse “vácuo”, é importante entender de que forma é trabalhada – se o for – a promoção da saúde na escola.

Em relação aos temas de saúde trabalhados em aulas, observou-se que são focados em hábitos saudáveis (lavagem das mãos, cuidado com o corpo, alimentação, prevenção das drogas e doenças sexualmente transmissíveis), na prevenção de doenças, entre outros. No entanto, em nenhum momento, foi citado o saneamento básico, o lazer e as condições de moradia, que são também indicadores de saúde, além de questões sobre estrutura social desigual, saúde como direito, que não foram citadas. As atividades em aula parecem ser rotineiras, não levando à construção de uma consciência crítica na busca da transformação social, a partir da autonomia e da corresponsabilidade dos sujeitos.

Para Freire (2005), o educando necessita problematizar a realidade para que possa ocorrer sua transformação, dele e da realidade, sendo-lhe possível a autonomia de escolha da realidade que deseja viver. Mas, para que isso ocorra, é necessário que indivíduo tenha consciência crítica da realidade, o que não passa pela necessidade de todos serem doutores, mas que todos possam realizar suas escolhas, no sentido de terem condição de vida humana não negada.

Nesta concepção educativa, a dialogicidade é a essência da educação, como prática da liberdade, valor máximo da educação problematizadora, também chamada libertadora. Diálogo implica dizer a palavra, e esta traz, consigo, as dimensões mutuamente implicadas de ação e reflexão, de práxis. A práxis é o movimento de ação-reflexão-ação, em situação de pronúncia do mundo, tendo, portanto, o mundo como mediação (FREIRE, 2005).

Para Freire (2005), a vocação ontológica do homem é “ser mais”, ou seja, o homem é um ser aberto, inacabado, e também um ser que necessita do outro para poder existir enquanto humano. O encontro com o outro se dá no mundo, que acaba sendo pronunciado pelo homem. Então, o homem pronuncia o mundo em situação de encontro com outros homens. A este encontro Freire denomina diálogo. E esta pronúncia do mundo retorna ao próprio homem que o pronunciou, exigindo dele um novo pronunciar, uma vez que modifica seu pensar justamente por estar em contato com outros. A partir da pronúncia do mundo, o homem agirá. Sua ação lhe proporrá um novo pensar que, por sua vez, lhe permitirá um novo agir. Esta é a práxis, que tem, em Freire, o diálogo como base.

Pelo diálogo, os homens ganham significado enquanto homens, sendo-lhe uma exigência existencial. A educação problematizadora é aquela pautada na dialogicidade,

na comunhão dos homens para entender e modificar o mundo, necessariamente dependente da palavra de todos os envolvidos no processo educativo, porque todos podem dizer a sua palavra. Neste processo, a polaridade educador e educando dá lugar ao educador-educando e ao educando-educador. Ao contrário da “educação bancária”, em que não há diálogo, pois há um entendimento de que a palavra só pode ser pronunciada por quem “tem algo a dizer”, neste caso, o educador, que “deposita” no educando a palavra verdadeira. A conscientização implica, então, a perene leitura e ação sobre o mundo, atingindo-se formas críticas de enxergá-lo e de se posicionar, alcançada em situação de diálogo.

É através da conscientização que haverá a possibilidade de inserir-se no processo histórico como sujeito, e buscar sua autonomia e liberdade.

A conscientização é isto: tomar posse da realidade; por esta razão, e por causa da radicação utópica<sup>2</sup> que a informa, é um afastamento da realidade. A conscientização produz a desmitologização. [...] O trabalho humanizante não poderá ser outro senão o trabalho da desmitificação. Por isto mesmo a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a *des-vela* para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante (FREIRE, 2008, p.33).

Freire fala dos níveis da consciência na relação homem-mundo. Partindo de uma compreensão fenomenológica, a consciência para Freire é intencionalidade, ela se relaciona com objetos que estão fora dela. A intencionalidade da consciência dita seu movimento para fora, ela é sempre consciência de alguma coisa, que está fora dela mesma, não existindo nada em seu interior. Advém, daí, o entendimento de Freire da vocação ontológica do homem como “ser mais”, no sentido de transcender-se.

Voltando aos níveis de consciência em Freire, o primeiro nível seria a consciência intransitiva, própria de indivíduos que vivem o limite de sua existência biológica, cujo objeto de sua consciência seria sua sobrevivência física. Depois viria a consciência transitiva ingênua, em que o homem consegue pensar-se no mundo, mas ainda está imerso nele. Por fim, a consciência transitiva crítica seria a que possibilita ao homem inserir-se no mundo, ver seu lugar nele, ver-se enquanto produto e produtor do mundo, emergindo nele. Dependendo, então, do nível de consciência que apreende o mundo, haverá uma ação do homem nele.

Seria tarefa de uma educação libertadora, a passagem para a consciência crítica, através da conscientização. A educação libertadora seria uma ação para o alcance pelo homem da consciência crítica, mediado pela conscientização, o que seria construída em diálogo, sendo ela mesma possibilitadora do diálogo e, portanto, vindo e promovendo a experiência democrática.

Pode-se pensar, em Freire, que os educadores possuem

2 Para Freire (2008, p.32) utopia é um ato de conhecimento que exige o conhecimento crítico da realidade “[...] a utopia não é o idealismo, é a dialetização dos atos de denunciar e anunciar, o ato de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante. Por esta razão a utopia é também um compromisso histórico”.

uma consciência ingênua quando abordam os temas de saúde em suas salas de aulas. Os temas trabalhados, então, não apontam para a formação do indivíduo com autonomia no sentido geral, talvez uma autonomia compreendida em relação à sua saúde individual e biológica.

Neste sentido, estes temas são trabalhados com um foco individual e sanitarista, um sentido tradicional de, como se diz, culpabilização do sujeito, isto é, a “culpa” da doença é direcionada ao indivíduo: pela sua situação econômica desfavorecida, por seu local de moradia, por seus hábitos de vida não saudáveis, por suas crendices, e não à situação, ao ambiente, ao contexto de sua vida (CARVALHO, 2004).

[...] Eu trabalho o corpo humano, necessidade de higiene, preservação do meio ambiente, higiene bucal, higiene antes de se alimentar [...]. (Educatória – Pedagoga – C).

Nas minhas aulas, a gente fala muito sobre a hora de lavar as mãos, pois as mãos, elas transmitem muitas doenças. A gente sempre fala, quando eles saem para o lanche, lavar as mãos. A gente já ensinou, não é só chegar ali e passar um sabonete e pronto. Tens que esfregar bem certinho os dedos, as pontas das unhas, e depois escovar bem os dentes. A gente fala que antes de vir pra escola tem que tomar banho, limpar bem o nariz, a orelha por dentro. Então a gente fala muito sobre lavar as mãos e escovar os dentes. (Educatória – Pedagoga – F).

Por outro lado, percebe-se que a estrutura física das escolas não favorece a prática dos temas de saúde trabalhados, eventualmente, pelos professores durante o ano. Por exemplo, na escola maior, não se realiza a coleta seletiva do lixo, não há pias próximas aos refeitórios para lavagem de mãos, o ambiente não estava bem limpo, as salas estavam com pinturas antigas, os ambientes careciam de móveis para guardar materiais didáticos. A escola de pequeno porte apresenta segregação de lixo, horta e participação da comunidade em suas ações. Sua estrutura é pequena, apresentando ainda salas multisseriadas. Não deseja-se culpar educadores ou direção, mas sinalizar as contradições entre o falar e o agir, o que, nesse caso, alerta para o comprometimento necessário da gestão pública com a estrutura física da escola. Em uma concepção libertadora de educação, esta própria situação pode ser direcionada aos alunos, no questionamento do porquê da falta da estrutura física e suas relações com a saúde.

Segundo Freire, o educando necessita relacionar o que aprende com sua vida cotidiana, para que seja possível desenvolver a consciência crítica. Ter-se-ia que vivenciar uma educação em saúde que despertasse a curiosidade do sujeito, a sua autonomia e também a reflexão crítica do mundo. Isso implica em coerência entre o que é ensinado e as condições objetivas de vivenciá-lo. E implica também em problematizar a situação quando ela se apresenta incongruente.

No estudo, também se problematizou a forma como os pesquisados entendem a relação de saúde e educação, pois ela pode estar imbuída de uma consciência ingênua ou crítica:

[...] elas estão sempre interligadas, porque o aluno, quando a saúde começa também na higiene, é no momento que isso já não está claro, o aluno já passa a ser discriminado, não pelo professor, mas pelos próprios alunos. Então, isso já é uma

base para uma conscientização da importância da higiene. Dali começo todo o conteúdo, tudo que se trabalha se pode estar ‘pegando um gancho’, não ser direto uma disciplina direcionada, isso tu sempre tens que estar buscando e assim, para que possa atingir as famílias, que eu acredito é isso. Isso é saúde para mim. (Educatória - Pedagoga C).

Percebe-se que a educação é entendida como um instrumento para que os alunos possam desenvolver hábitos saudáveis, no caso da fala acima, de higiene. E, por sua vez, os alunos, ao “terem aprendido” estes hábitos, os repassarão às suas famílias. A conscientização é utilizada, aqui, no sentido de convencimento. O sentido de conscientização, em Freire, seria o professor problematizar com os alunos o porquê de sua discriminação por não estar limpo, por exemplo, passando pelo padrão de higiene em uma sociedade de classes, as condições que indivíduos destas diferentes classes têm de estarem limpos. Ao contrário, a fala indica que se precisa fazer o aluno entender a necessidade de alguns hábitos (tendo em vista seu próprio bem, não ser discriminado e, claro, não estar sujeito a contaminações), e a educação é o instrumento para que ele seja convencido de que deve ter hábitos de saúde.

Em relação aos gestores de educação e de saúde, quando questionados por que motivo não ocorre integração entre estes dois campos, como, por exemplo, reuniões e planejamentos em conjunto de ações para as duas áreas, apenas ocorrendo em campanhas específicas (de vacinação, por exemplo), já que afirmam que é indispensável essa integração, o motivo apontado é o acúmulo de atribuições por parte dos secretários, assim como a emergência de ações em curto prazo para as respostas às demandas da população. Eles consideram importantes as iniciativas intersetoriais, mas há uma dificuldade estrutural que não propicia estas ações, pois estando esses setores ocupados com as demandas reprimidas, não sobra tempo para se organizar, planejar e pensar sobre as ações que, em conjunto, poderiam ter mais efeito no contexto social.

A educação não é a única responsável para que ocorra uma transformação na sociedade, na direção de uma maior inclusão e justiça social, mas sem ela fica mais distante de isso ocorrer. A educação pode ser um meio de proporcionar ao indivíduo uma consciência crítica reflexiva e que se perceba como sujeito no contexto social. Para tanto, as políticas públicas são essenciais, e ainda mais a necessidade de um planejamento comum entre as diferentes áreas públicas, a chamada intersetorialidade, à qual (DA ROS, 2007) se refere quando fala da lógica da promoção à saúde, no contexto do PSF. Entende-se que a promoção da saúde só poderá se efetivar com uma ação multiprofissional e com uma ação pública intersetorial.

### 3.2 Promoção da saúde

No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida através de eventos internacionais, lançando-se novas propostas na redefinição das políticas

públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde. Nessa perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser apreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países.

Para Leavelle Clarck, (2008 *apud* CZERESNIA, 2008, p.45), “promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira mais ampla que a prevenção, pois se refere a medidas que ‘não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar o bem-estar geral’”.

As estratégias de promoção da saúde devem contemplar e enfatizar a transformação social (as condições de vida, moradia, trabalho dos indivíduos, enquanto sujeitos e não como objetos) que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial e interdisciplinar.

Com a intenção de levar esta discussão para a realidade estudada na pesquisa, pode-se inserir um questionamento: promoção de saúde ou prevenção de doenças?

As educadoras desta pesquisa descrevem a promoção da saúde como:

É tu promoveres pra ti o bem-estar, eu acho. Aqui na escola a prevenção à saúde leva o aluno a ter consciência de ter prevenção, tornar cuidado, de se manter sadio. (Educadora - Pedagoga E).

Muitos educadores estavam escutando o termo pela primeira vez, sentindo dificuldade em conceituar. E se não há, por parte dos educadores, conhecimento teórico, científico sobre o tema, é difícil conseguir construir, com os educandos, uma concepção crítica de saúde. Os educadores possuem um conhecimento, de senso comum, de que promoção de saúde é prevenção de doença e mudança de comportamento. Apenas uma educadora demonstrou uma visão mais ampliada do termo, ao se referir à promoção do bem estar, a manter-se sadio, mas ainda assim, utilizou o termo prevenção. O termo, em si, não “se diz sozinho”, depende do significado que o sujeito lhe confere. Mas nenhuma das respostas se referiu às condições contextuais de vida para a promoção da saúde. Pensou-se que para que ocorra esta transformação, a mudança de visão desde o foco individual para o coletivo, é necessária a participação social dos profissionais nas ações de saúde e educação. Por isso, a importância da educação em saúde estar presente nos espaços da escola, com o objetivo de conscientização e não de mera informação. Desta forma, a educação em saúde que está presente no ensino fundamental mantém o modelo tradicional, sanitarista, ou seja, apenas focando hábitos de higiene e vacinas (prevenção de doenças), consultas médicas e odontológicas (curativistas).

Para a transformação social, é necessária a colaboração e a participação de todos os que estão envolvidos no processo, não apenas governantes ou profissionais de saúde. Por isso, é fundamental a discussão apresentada por Carvalho sobre o empoderamento.

Carvalho (2004) classifica dois tipos de empoderamento: o psicológico e o comunitário. Nesse momento, problematizar-

se-á apenas o comunitário, pois entende-se, como o autor, que, nessa proposta, o empoderamento transforma-se em um conceito e estratégia política que se contrapõe à propostas de gestão e regulação do social sustentadoras de projetos que contribuem para a manutenção da ordem social iníqua. Esse seria um possível resultado do empoderamento psicológico, uma vez que individualiza a questão da saúde e da doença, tendo seu olhar somente para o indivíduo, não para a coletividade.

Pode-se nos perguntar o que seria necessário transformar em nossa prática para que o empoderamento possa ter lugar na ação de educadores em saúde, seja para a cura, para prevenção ou para a promoção, exigindo ações inovadoras, radicais e suficientes para efetivas mudanças no campo da saúde.

Mas, se a educação em saúde se dá nas três ações possíveis – cura, prevenção e promoção – para que a promoção acabe ocupando o lugar que as políticas públicas em saúde lhe concedem, é necessário que os profissionais e gestores tenham clareza de seu significado. Identificou-se que, assim como os educadores, os gestores estão presos ao modelo hegemônico centrado na prevenção de doenças e na mudança de comportamento individual.

Para Carvalho (2004, p.676), ao se referir ao empoderamento comunitário, estratégia para a promoção da saúde, seria mais do que “repassar informações e induzir determinados comportamentos”, mas sim um apoio ao “processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade”. É nesse sentido que se pode fazer um paralelo do empoderamento com a educação libertadora de Freire; aliás, o próprio autor reconhece em Freire um dos precursores para o desenvolvimento da noção de empoderamento comunitário.

Assim, em contraposição à educação bancária, é na educação problematizadora que se pode contemplar uma nova possibilidade de promoção da saúde.

Segundo Freire (2005, p.78):

Em verdade, não seria possível à educação problematizadora, que rompe com os esquemas verticais característicos da educação bancária, realizar-se como prática da liberdade, sem superar a contradição entre o educador e os educandos. Como também não lhe seria possível fazê-lo fora do diálogo.

Os profissionais de saúde e da educação precisariam romper com os paradigmas antigos que respaldaram sua atuação, para que se consiga superar o modelo hegemônico e, ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, problematizar, em uma discussão aberta, o que está em desacordo e oprimindo a população. Igualmente essa postura se faz necessária àqueles profissionais que chegam a gestores de políticas públicas.

Como viu-se, pelo diálogo, os educandos passariam da consciência ingênua (aquela que não consegue situar-se) para a crítica (aquela que situa o ser na realidade). O educador

“re-admiraria” o mundo a partir da “ad-miração” do mundo dos educandos. Por isso, na pedagogia freireana rompe a polaridade educador e educando (ou, se supera a contradição entre educador e educando), abrindo espaço para o educador-educando e para o educando-educador. Não significa, todavia, que o primeiro deixe de ter o compromisso de ter a consciência crítica sobre a situação estudada, mas que esta consciência crítica – que é seu compromisso ter – também se modifique mediante a consciência em transformação do segundo. Em nenhum momento, Freire (2005) se refere à ausência de autoridade e responsabilidade do educador em conduzir o diálogo na construção do conhecimento científico, mas este deve ser sempre permeado pela reflexão crítica da realidade, para fazer sentido com o contexto vivenciado pelos educandos, proporcionando a pronúncia do mundo pelo educando, o que caracteriza o diálogo.

Por isso, é necessária a participação de toda equipe de saúde mobilizada por um mesmo objetivo, em consonância com o ideário de uma Nova Promoção de Saúde, que atue na construção de sujeitos munidos de autonomia e de consciência crítica sobre sua condição de saúde. Para Verdi e Caponi (2005), isto seria o contrário do modelo atual, praticado pela maioria dos profissionais em uma ação diretiva, o que contribui para a renovação do pensamento sanitário de hábitos saudáveis pautado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista, que dominou o pensamento sanitário nas últimas décadas. Este contexto da saúde é reproduzido na escola, a partir da prática dos profissionais da educação, também orientados pela educação bancária, não problematizadora.

Há que se ter cuidado com os conceitos vinculados a essa nova promoção da saúde, que tem, como princípio, a redefinição dos direitos à cidadania, como: moradia, saneamento, lazer, cultura, educação, emprego e saúde a todos dignamente, o que, não se faz presentes no ensino fundamental. Não se pode da continuidade, a partir de conceitos diferenciados, à práticas sanitárias de controle social, a discursos diretivos, hierarquizados e fortemente vinculados ao comportamento individual da população, assim como a uma atenção em saúde centrada na figura médica, e nos tratamentos com medicamentos e exames de alto custo para os serviços de saúde. É preciso tomar cuidado para que os conceitos não mascarem a real lógica colocada em ação. É necessário enfatizar que todas as ações no âmbito da saúde e da educação em saúde, sejam de promoção, de prevenção ou de reabilitação, se almejam o que é preconizado no SUS e na ESF, devem estar pautadas na prática libertadora, não na bancária.

Nesta pesquisa, quando questionados da importância de se trabalhar educação em saúde nas escolas, houve unanimidade de que o tema tem relevância e destaque. Mas, em seu entendimento, a dificuldade de prevenção e promoção de saúde está nas famílias, que não ajudam na mudança de comportamento dos hábitos dos alunos, assim como nas poucas consultas nos postos de saúde.

É, maior dificuldade para mim é a falta de informação da população e o modo de vida, a cultura das famílias, porque às vezes a gente tem que conversar sobre higiene, mas as famílias não têm costume de tomar banho diário. Daí, cortar as unhas. Então se torna difícil. (Educadora - Pedagoga A).

Não deseja-se culpar ou julgar os educadores, mas em nenhum momento eles relataram a falta de estrutura social, diferença social, diferentes acessos e oportunidades das pessoas, responsabilidade das políticas públicas, estrutura da escola, como já mencionado. Não é só a mudança de comportamento individual que irá transformar o contexto social. Isso requer uma série de ações nas políticas públicas de educação e saúde, que possam garantir uma qualidade de vida digna à população. Essa promoção da saúde a que os autores se referem, que não está presente no ensino fundamental, é mais ampla do que apenas a visão de prevenção de doenças, a qual a maioria dos profissionais e população possui. Ela contempla ações mais coletivas, que incluem o contexto social e econômico, como também políticas públicas, saneamento, lazer, cultura, entre outros. Isso contraria o entendimento de que saúde é uma questão individual, em relação a qual se tem ações de informação, panfletagens de educação individual na perspectiva de mudança de hábitos, culpabilizando o indivíduo - como já visto anteriormente sobre os conteúdos de saúde trabalhados em sala de aula - realizadas com o intuito apenas de diminuição dos agravos e controle epidemiológico.

Logo, para que se concretize a promoção da saúde, seria necessário um engajamento coletivo nas ações de saúde por todos os envolvidos (dos profissionais de saúde, das políticas públicas dos vários setores: habitação, obras, educação, cultura, entre outros). Assim, a promoção da saúde com base na corresponsabilidade da população e dos profissionais da saúde poderia ser, de fato, efetiva. E, para que isto ocorra, se faz necessário possibilitar as condições para que os indivíduos se transformem em sujeitos autônomos, mas não dependentes dos profissionais de saúde, dos espaços de saúde e dos exames.

Com esse intuito, acredita-se na necessidade de ampliar os horizontes de ação da educação em saúde, com objetivo de promoção da saúde através dos princípios da educação problematizadora nas unidades de saúde das equipes de ESF, na formação dos profissionais, mas também ações de promoção da saúde nas escolas, por profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, ainda que nada impeça de que outros profissionais também realizem esta função, pois este é um ambiente privilegiado de ensino. Esse profissional trabalharia com os educadores, educandos e comunidade, com o novo ideal de promoção da saúde, aliado ao sentido da educação problematizadora, de possibilitar a transformação da consciência ingênua em consciência crítica, nos temas vinculados à saúde. É claro que se abre a discussão de qual nível de consciência está presente nos próprios profissionais. Como também é necessário discutir de que forma os temas de saúde estão sendo trabalhados nas escolas.

Quando os educadores foram questionados sobre a

construção do planejamento anual de suas aulas, perguntou-se se a educação em saúde está presente no contexto educacional ou são apenas questões pontuais no decorrer do ano. Percebeu-se que eles realizam planejamentos individuais. Eles determinam os temas com relevância de seu conhecimento para se trabalhar com aquele público. Em nenhum momento, foi relatado que o planejamento seria discutido com a comunidade, com as instituições de saúde, ou mesmo com o grupo de educadores daquela instituição. Observou-se que cada um estava preocupado em cumprir com o seu papel individual em sala de aula, o que não acontece de forma diferente com os profissionais de saúde.

Sim, sim, no nosso planejamento anual. Temos um planejamento, mas a gente não fica esperando que aconteça naquele momento, a hora que surge a dúvida a gente aborda e a escola sempre trabalha com a saúde, a questão do lixo, do saneamento, higiene pessoal. É só isso. (Educadora - Pedagoga A).

Ao questionar quem era responsável pela promoção de saúde, responderam que todos são responsáveis, mas o que se pode concluir, e os autores se incluem nesta situação, é que não existe reflexão sobre as ações, planejamento, questionamento de demandas; os educadores apenas repetem e massificam, tornando os educandos dependentes, na escola ou nas unidades de saúde. São “sequestrados” pela grande demanda de trabalho e pela exigência de apresentação de resultados (quantos alunos passaram de ano, quantos diabéticos atendidos, entre outros), sem observar se, realmente, os educandos conseguiram dar um salto em sua consciência, se os diabéticos estão tendo consciência crítica sobre as suas limitações. Costuma-se usar como defesa e desculpa para as ações mal sucedidas a culpa do outro, e não compreende como um problema no processo, no qual os autores se incluem. Uma das formas mais fáceis para que algo se perca é atribuir a responsabilidade deste algo “a todos”, pois este algo acaba “não sendo de ninguém”. A responsabilidade é de todos, mas então, é necessário um planejamento que possa situar a ação de cada um.

Entende-se que há várias mudanças necessárias para que se possa concretizar o lugar da promoção da saúde nos serviços de saúde e também na escola. A prática educativa libertadora proporciona que a educação em saúde que acontece em diversos espaços, inclusive na escola, elenque em suas discussões não apenas temas de saúde, com o foco em mudanças comportamentais, mas discussões e reflexões dos determinantes da saúde e sobre a complexidade do próprio conceito de saúde; também sobre as políticas públicas de saúde e de educação (que também devem ser ensinadas nas escolas). Esta perspectiva aponta para a necessidade de planejamento nas suas ações e atividades, com integração efetiva entre saúde e educação.

As políticas públicas descrevem, em seus artigos e incisos, a responsabilidade dos governos e a participação social, mas os indivíduos – podendo-se incluir os profissionais, em alguns momentos, têm pouca compreensão crítica para questionar e fazer valer os seus direitos, tornando-se dependentes do

que já está estabelecido. Pensa-se que uma autonomia do sujeito e uma consciência crítica da população seja alcançada, necessita-se transformação nas práticas dos profissionais, das instituições de assistência à população e de formação dos profissionais, dos governos na gestão das políticas públicas de todos os setores, não apenas da saúde e da educação.

#### 4 Conclusão

O presente artigo é parte de uma dissertação de mestrado que objetivou compreender de que forma a educação em saúde, e mais especificamente a promoção da saúde - está presente no ensino fundamental. Ele teve como base teórica a educação libertadora de Paulo Freire, que problematiza o processo de formação educacional no que se refere à realidade dos sujeitos pensantes na sociedade em que estão inseridos.

Os profissionais da saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, políticos e autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições sociais (determinantes de saúde). O que se constatou é que a maioria dos educadores possui uma concepção sobre promoção de saúde equivocada, direcionada à mudança de comportamento e a consultas médicas e odontológicas. Os temas de saúde tratados em sala de aula se direcionam a estes aspectos. Sendo assim, a educação em saúde está presente no ensino fundamental de uma forma tradicional, sanitarista, não ajudando a construir uma perspectiva de mudança na estrutura social, a participação social, a autonomia do sujeito, o empoderamento da comunidade.

Os dois bairros onde se localizam as escolas estudadas possuem ESF, no entanto, as ações existentes em educação em saúde, na escola de pequeno porte, se limitam às campanhas de vacinação, e na de grande porte, além destas, algumas palestras e consultas com profissionais da saúde. Mas estas são pequenas diferenças, uma vez que ambas as escolas se assemelham quanto à pequena inserção da ESF na comunidade escolar, como também na forma de tratamento das questões vinculadas à educação em saúde.

Na mesma direção da desarticulação entre escola e ESF, está a falta de integração entre as políticas locais de educação e saúde do município. Se faz necessário refletir sobre o que vem dificultando a intersetorialidade na gestão pública. Os motivos apontados pelos gestores foram o excesso de atribuições e as demandas reprimidas. Esta realidade se percebe para além da gestão pública, também se verificando nos contextos educacionais, de saúde, com uma marca de nossos tempos. Mas há que se tomar o problema com afinco para se solucioná-lo, uma vez que não serão atitudes isoladas que promoverão as ações que a população necessita, geralmente, ações marcadas pela complexidade.

Em relação à prática cotidiana, talvez os profissionais de saúde possam realizações integrativas entre a equipe de ESF, a comunidade e as instituições (escolas, associações, entre outros). Da mesma forma, os educadores poderiam

planejar suas atuações conjuntamente entre si e buscar na ESF alguma parceria no ato educativo. É preciso quebrar com a lógica individualista que marca nosso tempo e criar ações conjuntas, quer seja no trabalho diário das escolas e instituições de saúde, quer seja na gestão pública. Esta seria uma ação importante rumo à formação de sujeitos críticos reflexivos, autônomos e conscientes de suas escolhas, quer estes sujeitos ser alunos, famílias, comunidade, profissionais, gestores.

Uma sugestão seria a educação permanente para os educadores e os profissionais da saúde, a partir da concepção problematizadora, a qual aborde, dentre outros temas, a concepção da nova promoção de saúde. A educação permanente pode cumprir um papel importante na formação do profissional em seu serviço. Também se pode questionar a formação inicial destes profissionais, no sentido da incorporação destas questões nos cursos de graduação.

Como proposta para outros estudos na área, poder-se-ia questionar o empoderamento de profissionais da saúde e da educação para serem, de fato, agentes promotores da saúde no ensino fundamental, ou seja, como estes profissionais se sentiriam na realização desta tarefa.

Enfim, este estudo aponta para a necessidade de mudanças, seja no fazer da escola, da unidade de saúde, da gestão pública. Mudanças possíveis, apontando para a utopia que sempre serviu de horizonte para o educador Paulo Freire, entendida como algo que está além do que existe, mas que é possível de ser alcançado, seu “inédito viável”.

## Referências

ALONSO, I. *Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda:

pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia da Saúde da Família. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Portaria 1.861, de 4 de setembro de 2008, que define critérios do programa e traz o Termo de Adesão dos municípios. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> Acesso em: 10 maio. 2013.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p. 669-678, 2004.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008, p.39-54.

DA ROS, M.A. *et al.* A estratégia saúde da família como objetivo de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.1, p.57-68, 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Centauro, 2008.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994, p

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enfermagem*, v.14, n.1, p.82-88, 2005.

