

Alexsandra Rodrigues Feijão

**PROFESSORES DO ENSINO BÁSICO E AS AÇÕES
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM DUAS ESCOLAS
PÚBLICAS DE FORTALEZA.**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará como parte dos
requisitos para obtenção do título
de mestre em enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária

Grupo de pesquisa: FAMEPE

Linha de pesquisa: Educação em enfermagem, saúde e
sociedade

Orientadora:

Prof^a Dr^a Neiva Francinely Cunha Vieira

Fortaleza – CE

Junho/2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FORTALEZA - CE

**PROFESSORES DO ENSINO BÁSICO E AS AÇÕES
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM DUAS ESCOLAS
PÚBLICAS DE FORTALEZA**

Data da aprovação: 23 de junho de 2003

Banca Examinadora

Profª Drª Neiva Francenely Cunha Vieira
Presidente

Profª Drª Maria Fátima Maciel Araújo
Examinadora

Profª Drª Ana Maria Fontenelle Catrib
Examinadora

Profª Drª Zulene Maria de Vasconcelos Varela
Examinadora Suplente

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Socorro e Francion, que sempre se doaram em prol de minha educação e formação profissional. A vocês agradeço pelo amor e dedicação dispensada em toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado a vida e a oportunidade de realizar este sonho profissional, além de estar presente em todos os momentos de minha vida.

À minha orientadora, Dra. Neiva Francenely, pelo apoio, disponibilidade, ensinamentos relevantes e, principalmente, por entender minhas dificuldades em relação a disponibilidade de tempo para orientações. Gostaria de agradecer, ainda, pela motivação nos momentos de transição em minha carreira profissional.

Às minhas irmãs, Alexcydna e Alexcyane, por sempre se disponibilizarem em me ajudar quando necessitava e me “colocarem pra cima” nas horas difíceis.

Ao meu noivo, Alexandre, pela paciência, apoio, estímulo e amor a mim dedicado e por ser um grande companheiro e amigo.

Às minhas grandes amigas, Elaine Cristina, Aline Feitoza e Carmem Cavalcante, pelas palavras de força e estímulo, pelas contribuições durante a elaboração deste estudo e por simplesmente serem minhas amigas.

A todas as companheiras de mestrado pelo carinho, amizade e por estarem presentes em momentos marcantes de minha vida profissional.

À Coordenadora Estadual do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS, Dra. Imaculada, e a Secretaria Municipal de Saúde de Morrinhos, pela

compreensão quando necessitei me ausentar da comunidade em função da construção deste trabalho.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em enfermagem, em especial à Roberta, pela ajuda e preocupação diante das dificuldades de comunicação enquanto estava trabalhando no interior.

Aos diretores e funcionários das escolas que compuseram o campo de pesquisa desta dissertação pelo acolhimento e carinho prestados durante a fase de coleta de dados.

Por fim, um MUITO OBRIGADA a todos os professores que se dispuseram a participar da pesquisa e contribuíram para a construção do conhecimento em enfermagem e para a consolidação de mais uma etapa da minha carreira profissional.

**SERVIR, AO INVÉS DE AJUDAR,
É, DE CERTA FORMA, LESAR O
INDIVÍDUO NA SUA CONQUISTA
PELO DESENVOLVIMENTO.**

Maria Montessori

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Inserção da pesquisadora ao tema em estudo.....	13
1.2. Contextualizando o problema do estudo.....	15
1.2.1. Perspectiva histórica da saúde no contexto escolar no Brasil.....	15
1.2.2. Crianças e adolescentes no contexto escolar – Situação brasileira.....	18
1.2.3. Conjuntura atual das ações promotoras de saúde na escola.....	21
1.3. Objetivos.....	25
2. REVISÃO DE LITERATURA	26
2.1. Delimitando conceitos – educação em saúde.....	26
2.2. A importância da escola como espaço para educação em saúde.....	28
2.3. Professores como educadores em saúde e a participação do enfermeiro.....	33
3. APRESENTANDO O MÉTODO DE ESTUDO E A ESTRUTURA TEÓRICA	34
3.1. Relações conceituais da teoria e a educação em saúde no ambiente escolar.....	37
3.2. Procedimentos para coleta de dados.....	39
3.3. Apresentando os sujeitos da pesquisa.....	43
3.4. Procedimentos para inserção no campo.....	44
3.5. Procedimentos para análise dos dados.....	47
3.6. Princípios éticos da pesquisa.....	48

4. DESCRIÇÃO DE ACHADOS E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	50
4.1. Contextualização das escolas estudadas.....	51
4.2. A escola como ambiente para educação em saúde.....	56
4.3. Educação em saúde sob o prisma do professor e da escola.....	63
4.4. PDE X PCN: pontos de encontros e desencontros.....	65
a) O PDE (Plano de Desenvolvimento Escolar).....	65
b) Plano Político Pedagógico (PPP).....	69
4.5. Conflito em sala de aula: relação professor/aluno prejudicada.....	83
4.6. As concepções de saúde dos professores e as implicações para o desenvolvimento da promoção da saúde na escola.....	98
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
6. SUGESTÕES PARA TRABALHAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AS CRIANÇAS.....	117
7. REFERÊNCIAS.....	120

ANEXOS

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Sistema Nacional de Ensino e suas subdivisões.....	18
QUADRO 2: Distribuição do número de turmas em cada ciclo do ensino fundamental e as respectivas idades a quais se destinam, no turno da manhã na escola A	52
QUADRO 3: Distribuição do número de turmas em cada ciclo do ensino fundamental e as respectivas idades a quais se destinam, no turno da tarde na escola A	53
QUADRO 4: Distribuição do número de turmas e de professores em cada série do ensino fundamental, no turno da manhã na escola B.....	55
QUADRO 5: Distribuição do número de turmas e de professores em cada série do ensino fundamental, no turno da tarde na escola B.....	55
QUADRO 6: Objetivos das áreas de concentração do ensino fundamental.....	70
QUADRO 7: Disposição dos temas transversais na disciplina Língua Portuguesa.....	71
QUADRO 8: Disposição dos temas transversais na disciplina História.....	71
QUADRO 9: Disposição dos temas transversais na disciplina Geografia.....	72
QUADRO 10: Disposição dos temas transversais na disciplina Ciências Naturais....	73
QUADRO 11: Disposição dos temas transversais na disciplina Língua Portuguesa.....	74
QUADRO 12: Disposição dos temas transversais na disciplina História.....	75
QUADRO 13: Disposição dos temas transversais na disciplina Geografia.....	75
QUADRO 14: Disposição dos temas transversais na disciplina Ciências.....	76
QUADRO 15: Conceitos importantes relativos à saúde presentes nos temas transversais das disciplinas do ensino fundamental da escola A.....	77
QUADRO 16: Conteúdos programáticos da disciplina de Ciências em cada série.....	80

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1: Influência do ambiente físico da escola na saúde das crianças sob a perspectiva dos professores.....60
- FIGURA 2: Entraves da educação em saúde na escola na perspectiva do professor.....63
- FIGURA 3: Ciclo punição/infração aumentando a barreira de comunicação entre professor e aluno.....86

RESUMO

A escola constitui um espaço genuíno de promoção da saúde em crianças e adolescentes, pois a maioria das relações sociais e de aprendizagem extrafamiliares nestas faixas etárias está no ambiente escolar. Em consequência, o professor passa a ser o ator central deste processo que encontramos incentivado em propostas como os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), Programa Saúde do Escolar e Escolas Promotoras da Saúde. Visando ressaltar a importância da educação em saúde no espaço escolar tendo como elemento central o professor, surgiu o interesse em realizar este estudo, o qual objetiva identificar na proposta pedagógica de duas escolas públicas de Fortaleza, as concepções e ações quanto a educação em saúde. Todo percurso metodológico deste estudo baseou-se na abordagem qualitativa, tendo como método de pesquisa a etnoenfermagem. Como eixo central de orientação, utilizamos a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger. A coleta de dados deu-se na perspectiva do modelo O-P-R (Observação-Participação-Reflexão) de Leininger. Foram considerados informantes gerais todos que formavam o corpo docente e da diretoria de ambas as escolas e informantes-chave professores do ensino fundamental que se disponibilizaram em participar da pesquisa, que totalizaram em 13. Para análise dos resultados dispomos as informações no modelo *sunrise* e seguimos as fases propostas pela teoria. Dentre os entraves para educação em saúde na perspectiva dos professores foram inadequação do espaço físico da escola; conflitos na relação professor/aluno; pouca participação da família e comunidade. Vale ressaltar que estes fatores estão associados a baixos salários e jornadas de trabalho incompatíveis com as atividades, além da falta de tempo nos currículos escolares convencionais. Notou-se ainda, tanto na observação como nas entrevistas, que apesar de haver um planejamento anual das atividades curriculares que abrangem o tema, o mesmo não era posto em prática. Além disso, os professores demonstraram uma visão biologicista da saúde que dificulta ações preventivas e promotoras de saúde. À guisa de conclusão, percebemos a necessidade do trabalho interdisciplinar como ponto de partida para implementação da educação em saúde nas escolas, requerendo a participação de diversos elementos da sociedade, inclusive do profissional enfermeiro, em busca da construção de consciências cidadãs e atuantes no contexto do conceito mais amplo de saúde.

ABSTRACT

The school constitutes a precious space of health promotion in children and adolescents, because the majority of the social relations and learning in these ages is into school environment. Therefore, the teacher is the central actor of this process stimulated in proposals as Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), Program Scholar Health and Promotional Health Schools. Aiming to stand out the Health Education importance in space, with the teacher as central element, appeared the interest in realize this study, which objective to identify in the pedagogical proposal of two public schools of Fortaleza, the conceptions and action about Health Education. The methodology of this study was based on the qualitative perspective, having as research method the etnografy. As focus of orientation, we use the Diversity and Universality Cultural of the Care Theory by Madeleine Leininger. The data was collected in the perspective of model O-P-R (Observation –Participation – Reasoning) of Leininger. Informing generalities had been considered all teachers and direction professionals of both the schools. The informer-key was teachers of fundamental education, who resolved participate of research, and they consisted in 13 persons. For the results analysis, we used the *Sunrise Model* and followed the theory proposals phases. The central impediments for Health Education in the teachers perspective was: the physical space inadequate of the school; conflicts in the relation teacher/student; few participation of the family and community. These factors are associates the low wages and incompatible hours of working with the activities, beyond the lack of time in the conventional school resumes. In the observation and interviews, was perceived that although to have an annual planning of the curricular activities that enclose the subject, it wasn't developed. Moreover, the teacher had demonstrated a health biological vision that difficult promotional health actions. As conclusion, the necessity of the interdisciplinary work was perceived as starting point for education health implementation in the schools, requiring the participation of diverse elements of the society, also of the nurse, in search of the operating consciences construction and in the context of the amplest health concept.

1. INTRODUÇÃO:

1.1. INSERÇÃO DA PESQUISADORA AO TEMA EM ESTUDO:

O despertar do interesse pela pesquisa surgiu, ainda no 3º semestre da graduação, ao ingressar como voluntária no Projeto AIDS – Educação e Prevenção, o qual realizava trabalhos educativos em sexualidade e AIDS nas escolas públicas do município de Fortaleza-CE, sendo um projeto de extensão do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A princípio, os estudos e oficinas eram direcionados aos adolescentes dentro da temática de prevenção do HIV/AIDS, através da interação com os alunos na escola.

Através de muitas vivências em ambiente escolar no trabalho com adolescentes, surgiu a idéia de que este trabalho poderia ser mais abrangente e continuado se houvesse a participação dos professores. Então, foi realizada uma pesquisa em duas escolas públicas, onde os resultados demonstraram que os professores tinham dificuldades de falar de assuntos como DST, AIDS e sexualidade com os adolescentes. Estas dificuldades permeavam não apenas o campo do conhecimento, mas de estratégias de como articular este tema no plano de ensino. Os professores também se queixaram da escassez de técnicas e materiais didáticos apropriados para o trabalho educativo, além da timidez e medo de tocar em assuntos culturalmente “proibidos” e tidos como tabus. Estes dados também foram levantados em outros estudos, como de Vieira (1998).

A partir deste primeiro estudo, o tema foi aprofundado, no contexto escolar, no sentido de contribuir com conhecimentos e habilidades necessários aos professores durante o processo educativo, visando mudanças de comportamento em relação a hábitos de vida saudáveis. Esta perspectiva permeou a monografia de graduação, onde foi criada uma cartilha contendo dinâmicas de grupos e explicações acerca de sexo, sexualidade, questões de gênero, adolescência, etc. Esta cartilha foi elaborada a partir das dificuldades dos professores em abordar este tema com os alunos. Em seguida, os professores utilizaram-na como teste, tendo os alunos emitido opiniões sobre a eficiência da cartilha como instrumento de ajuda na abordagem do tema em sala de aula. Os

resultados mostraram que, na opinião de professores e alunos, a cartilha foi de grande valia, pois além de incentivar o debate entre alunos e professores, os ajudou a fazer um trabalho mais direcionado e planejado.

Na conclusão deste trabalho, a necessidade da atuação de profissionais de saúde na escola se tornou mais evidente, visando não só trabalhos perenes e de curta duração, mas sim trabalhos continuados no sentido de, em parceria com o professor, realizar educação em saúde para crianças e adolescentes, objetivando a prevenção e promoção da saúde.

Após a formatura, veio a aprovação em concurso para professora substituta do Departamento de Enfermagem (DENF) da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) da Universidade Federal do Ceará (UFC), dando continuidade à participação do Projeto AIDS – Educação e Prevenção, na realização de trabalhos educativos voltados aos alunos e professores.

Neste período, o projeto AIDS – educação e prevenção inaugurou uma nova vertente para o seu trabalho dentro do ambiente escolar, abrangendo não só a prevenção da AIDS, mas também a educação para a saúde em geral acreditando que a criança e o adolescente para adotar uma atitude positiva para a saúde precisa, desde cedo, aprender a respeitar e cuidar do próprio corpo. Dentro deste contexto, surgiram diversas inquietações a respeito da educação em saúde na escola, tais como a educação sexual voltada para o adolescente em detrimento às crianças, a ausência do professor nas sessões educativas feitas pelo projeto, o professor como excelente multiplicador de saúde, a importância do ambiente escolar para promoção da saúde de crianças e adolescentes e a escola como espaço de ação para a enfermagem.

Em diversas leituras feitas a respeito da saúde do escolar (Ferriani e Gomes, 1997; Maranhão, 2000; Vieira, 1998; Ferreiro, 2001; Brasil, 1997, etc.), uma chamou atenção: os Parâmetros Curriculares Nacionais do MEC. O qual traz a proposta de um conjunto de temas denominados transversais (saúde, orientação sexual, ética, educação ambiental, pluralidade cultural, trabalho e consumo), ou seja, perpassam o cotidiano dos alunos, suas famílias e professores. Os temas transversais são trabalhados dentro de uma perspectiva transdisciplinar, ou seja, possibilita a inter-relação dos diferentes campos de conhecimento na abordagem dos temas transversais. Esta leitura trouxe a

reflexão a respeito da educação em saúde como tema transversal e tendo de ser trabalhada de forma transdisciplinar pelos professores em sala de aula. Esta inquietação suscitou o problema deste estudo, através do qual, durante o Mestrado, foi aprimorando como projeto, redirecionando melhor o olhar para o tema.'

1.2. CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA DO ESTUDO:

1.2.1. Perspectiva histórica da saúde no contexto escolar no Brasil:

A partir do início do século XX, a saúde do escolar brasileiro recebeu uma maior atenção das políticas públicas de saúde, através da implantação de um modelo hegemônico de assistência denominado Sanitarismo Campanhista, o qual visava a prevenção de doenças contagiosas prevalentes na época através da vacinação, isolamento de doentes e saneamento básico.

Segundo Cyrino e Pereira (1999), a preocupação do Brasil com a proteção à infância e à maternidade em termos funcionais data de 1921, quando, através da Reforma de Carlos Chagas, o governo assumiu a responsabilidade de atuar na área da higiene infantil.

As crianças eram submetidas a exames físicos periódicos e, caso fossem encontrados indícios de alguma enfermidade contagiosa, aquelas crianças eram isoladas enquanto permanecessem os sintomas, mas sem haver preocupação com a prática educativa. Os profissionais que exerciam esta atividade eram médicos e enfermeiros treinados para desempenhar este trabalho na escola (Ferriani, 1991).

A ação de isolamento da criança portadora de patologia transmissível constitui modelo de prevenção de transmissão de doenças que reflete caráter normativo e reducionista das ações de saúde. Nestas ações eram destituídos os valores, as vivências e o contexto social no qual, via de regra, estas crianças estavam expostas. O que poderia gerar sentimentos como constrangimento e preconceito que, sendo vivenciadas por crianças podem ser

incorporados no desenvolvimento da personalidade, visto que esta prática era desenvolvida sem esclarecimentos dos motivos e conseqüências da mesma. Sendo assim, não se constituiu um modelo eficiente de prevenção de doenças e promoção da saúde entre escolares.

Segundo Ferriani (1991), em meados do século passado, com a industrialização e as políticas de saúde voltadas para o hospitalocentrismo e o lucro dos serviços, a saúde pública sofreu grandes perdas, sendo deixada em segundo plano, pois não oferecia lucros para os "empresários da saúde". A saúde escolar e outras atividades de atenção básica para promoção de saúde na área da saúde pública ficaram à margem do novo modelo assistencial.

O modelo Assistencial Privatista era baseado no conceito de saúde limitado como apenas a ausência de doença. Fazendo com que os níveis de assistência secundário e terciário tomassem um grande valor para a população em detrimento à atenção primária. Isto criou uma cultura assistencialista, curativa e imediatista, atuando apenas na resolução de problemas de saúde já instalados. Neste período houve uma explosão no número de hospitais, que se tornaram instituições de atenção à saúde mais lucrativas.

O modelo Assistencial Privatista enfatizava a cura em detrimento do cuidado e não visualizava as escolas e outras instituições tais como associações e sindicatos como espaços efetivos para a promoção de saúde. Neste sentido, reforçava-se também a idéia da atenção aos grupos de risco, ou seja, sujeitos a uma maior morbi/mortalidade, como por exemplo crianças menores de um ano, gestantes, mulheres em idade fértil, etc. Sendo estes grupos privilegiados pelo sistema.

Somente em 1971, a lei nº 5692 veio introduzir formalmente no currículo escolar a temática saúde, sob a designação genérica de Programas de Saúde, tendo como objetivo levar a criança e ao adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, alimentação, prática desportiva e lazer (Brasil, 1997). Programas de Saúde era inserido no conteúdo da disciplina de Ciências, voltado para a ordem de determinação biológica dos agravos em saúde, com ênfase na ação do indivíduo sobre si mesmo. Porém, segundo Levy (2000), o Conselho Federal da Educação tentou incorporar o conteúdo de

Programas de Saúde em outras disciplinas como Estudos Sociais e Educação Física, porém não houve êxito.

Na década de 80, diversos estados brasileiros já haviam desencadeado processos de reformulação de seus currículos, buscando a incorporação de tendências mais progressistas na área da educação (Brasil, 1997). No entanto, a respeito da incorporação dos temas em saúde nos currículos, pouco se caminhou para romper com a tendência de restringir essa abordagem aos aspectos informativos e exclusivamente biológicos.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a ênfase na atenção primária, a educação em saúde na escola passou a ser mais valorizada pelos profissionais de saúde, que formaram parcerias com educadores na luta pela realização de práticas educativas no âmbito da saúde do escolar, porém estes movimentos eram isolados e com pouca força de repercussão.

Desde a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n. 4.024 de 20 de dezembro de 1961) até a atual (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) houve mudanças consideráveis no sistema de educação. Estas incluíram modificações curriculares e institucionais, as quais culminaram na transição do 1º grau para ensino fundamental e do 2º grau para ensino médio. Esta modificação ocorreu não somente na nomenclatura, mas também nos objetivos de cada período curricular (Brasil, 1996a).

Dentre as iniciativas governamentais de inserção da saúde na escola diante destas diversas modificações curriculares, em 1997 foram criados os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) do Ministério da Educação e Desporto (MEC) e o Programa Educação em Saúde na escola, sendo ainda mais recentemente implantado o Projeto Escolas Promotoras da Saúde, em 2001, etc.

Vale ressaltar que, neste processo de lutas de inclusão do escolar como grupo de interesse dos modelos de saúde, o profissional enfermeiro encontra-se inserido como integrante ativo. Podemos citar como exemplo o fato de que, no período entre 1920 e 1960, para cobrir a saúde do escolar, foram recrutados professores primários e estes foram treinados por enfermeiras para a educação sanitária (FERRIANI, 1991). Atualmente, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégica de organização da Atenção Primária em Saúde, o enfermeiro passou a focalizar a família como cerne da sua

assistência, conseqüentemente, a escola foi inserida neste contexto como parte do sistema social de apoio da comunidade. Além disso, a participação da enfermagem encontra-se em diversos movimentos na saúde escolar que serão melhor abordados em item posterior.

1.2.2. Crianças e adolescentes no contexto escolar – Situação atual no Brasil:

O Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 2 8.069 de 13 de julho de 1990, considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). O artigo 54 deste estatuto reza que é dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente o Ensino Fundamental obrigatório e gratuito.

O Ensino Fundamental faz parte do sistema atual de ensino que é dividido conforme o quadro esquemático a seguir:

QUADRO 1: O Sistema Nacional de Ensino e suas subdivisões:

Sistema Nacional de Ensino	Ensino Básico	Educação Infantil	Creche (0-3 anos)
			Pré-escolar (4 - 6 anos)
		Ensino Fundamental	Pode ser subdividido em ciclos ou em séries (7 – 14 anos)
	Ensino Médio	Subdividido em três séries (15-18 anos)	
	Ensino Superior		

Além da divisão convencional explicitada acima, é importante esclarecer que existem modalidades de ensino, onde aqueles alunos que não oportunizaram o acesso à escola na idade correta e aqueles que desejam aprender uma profissão podem também estar incluídos no sistema de ensino.

Dentre estas modalidades, podemos citar: Educação Profissional; Educação para Jovens e Adultos (EJA); Educação Especial.

Focalizando o objeto deste estudo, é necessário esclarecer que o Ensino Fundamental (antigo primeiro grau) abrange prioritariamente crianças e adolescentes na faixa etária entre 7 e 14 anos. O Ensino Fundamental é subdividido em quatro ciclos, cada um com um período de dois anos letivos, ou seja, cada ciclo equivale a duas séries do extinto primeiro grau, dispostos da seguinte forma: 1º ciclo equivale à 1ª e 2ª séries; o 2º ciclo corresponde à 3ª e 4ª séries; 3º ciclo corresponde à 5ª e 6ª séries e o 4º ciclo equivale à 7ª e 8ª séries.

Segundo o IBGE (2000), a nordeste região possui um número elevado de crianças e adolescentes entre 0 a 17 anos (43,2%), sendo que 64,9% vivem em áreas urbanas. Ainda na região nordeste, crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos de idade, que corresponde ao período obrigatório do ensino fundamental, representam 20,5%. Em todo o Brasil, 95,7% dos indivíduos na faixa etária de 7 a 14 anos freqüentam com alguma regularidade a escola, enquanto no nordeste temos 94,1%, sendo que a maioria (79,8%) freqüenta a escola pública.

É relevante ressaltar dados a respeito das condições de vida que estas crianças e adolescentes possuem. Ainda observando os dados do IBGE (2000), constatamos que 27,6% das famílias brasileiras sobrevivem com renda familiar de menos de dois salários mínimos. Quando se observa o nordeste, esta percentagem cresce para 47,5%, demonstrando a carência em que vivem as famílias nordestinas. Isto é reforçado pelo fato de que o rendimento familiar médio mensal no Brasil não passa de R\$ 144,90.

Esta realidade de precárias condições sociais em que vivem as famílias brasileiras, nos remete a refletir sobre a vulnerabilidade destas crianças e adolescentes em adquirir doenças, a se envolver com drogas e com o mundo do crime, além de diversos tipos de violência (psicológicas e físicas).

Outro aspecto desta vulnerabilidade socioeconômica da família diz respeito a aprendizagem e a permanência do aluno na escola. Muitas vezes, os jovens precisam abandonar a escola para trabalhar e ajudar na renda familiar, aumentando o contingente da evasão escolar ou de repetências consecutivas (que desanimam o aluno). Segundo Ferriani e Gomes (1997), a repetência e a evasão escolar são um dos problemas mais freqüentes nas escolas públicas

brasileiras. A principal causa é o baixo nível socioeconômico da população usuária deste serviço.

O fato destas crianças e adolescentes pertencerem, em sua maioria, a classes economicamente inferiores da sociedade implica na exposição dos mesmos a doenças próprias da carência de renda, tais como os causados pela desnutrição e falta de saneamento básico. Em um levantamento realizado por alunos da graduação em enfermagem e pelo Projeto AIDS – Educação e Prevenção do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará em uma escola pública de Fortaleza, constatou-se que os principais agravos à saúde física na faixa etária de 7 a 14 anos eram a presença de parasitas (pediculose e escabiose), a deficiência na higiene corporal e oral e prejuízos na integridade da pele (Vieira, Feijão e Sherlock, 2001).

Os principais agravos à saúde associados às faixas etárias médias do ensino fundamental (7 a 14 anos) são as chamadas causas externas, especialmente os acidentes domiciliares (crianças) e extradomiciliares decorrentes da violência social (adolescentes). Entre as causas de morte aparecem os acidentes de trânsito, homicídios, queimaduras, suicídios. Chama-se a atenção para as adolescentes do sexo feminino, onde a gravidez na adolescência vem crescendo nos últimos anos e, com isso, o número de mortes associados à gravidez, parto e puerpério. O início precoce no mundo de trabalho, geralmente em condições insalubres, leva a ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais. Também a iniciação de diferentes drogas vem se intensificando nesta faixa etária (Brasil, 1997). É importante observar que estes problemas são potencialmente preveníveis através da educação para saúde nestes grupos de crianças e adolescentes.

Embora as autoridades governamentais reconheçam a existência destes fatores de risco a este grupo populacional, pouco se tem feito em termos de implementação de políticas públicas capazes de atender as necessidades específicas deste grupo. As unidades de saúde não estão preparadas, que no que se refere a recursos humanos e materiais para engajar-se em movimento efetivo de promoção da saúde da criança e adolescente a partir do contexto escolar (Cyrino e Pereira, 1999). Há uma marginalização ao atendimento realizado pelo setor saúde às crianças em idade escolar e adolescentes, necessitando de uma

maior cobertura e melhor qualidade dos serviços oferecidos visando a redução dos problemas de saúde inerentes a esta população.

1.2.3. Conjuntura atual das ações promotoras de saúde na escola

Tendo a saúde atualmente ganhado espaço em outros setores além dos serviços de saúde, dentro da proposta do Sistema Único de Saúde, pode-se perceber que a escola é um espaço importante para a promoção da saúde do escolar e do adolescente, já que é local onde os mesmos passam boa parte de seu dia e um espaço de construção de conhecimento e cidadania. Nesta perspectiva, o espaço escolar pode ser explorado tanto por profissionais da saúde como por educadores para atuar na promoção da saúde deste fragmento populacional.

Ao focalizar a escola como espaço de promoção da saúde, vale ressaltar que esta ação passou e está passando por um processo de transformação através da história e das modificações sociopolíticas tanto da saúde como da educação, conforme já apresentado neste texto. Portanto, a necessidade de utilizar a escola como este espaço de promoção e educação à saúde não se trata de um fato novo, mas que já vem se desenvolvendo ao longo dos anos e de forma evolutiva passando por vários entraves.

Entretanto, apesar deste processo evolutivo, quando se trata de educação em saúde na escola, deve-se ressaltar que ainda há utilização de um caráter prescritivo e autoritário baseado em idéias biologicistas nas ações de saúde na escola. Peregrino (2000) corrobora esta tendência quando afirma que a educação em saúde, quando passada ao discurso escolar dissemina, na verdade, "regras para o bem viver" ou as chamadas "regras para o viver higiênico" (hábitos de higiene, alimentares, de atividade física, etc).

Estas "regras para o bem viver" são incompatíveis vários aspectos inerentes ao conceito de saúde trazidos nas cartas das Conferências Internacionais de Saúde e o conceito atual de saúde o qual subsidia o SUS, conforme veremos em capítulo posterior. A simples imposição de regras não é capaz de mudar comportamento, pois muitas vezes os educandos não possuem

condições concretas de segui-las. Sobre isto, Peregrino (2000) lança alguns questionamentos de grande relevância a respeito da efetividade das "regras para o bem viver": Será que a oferta dos serviços de saúde é suficiente nas áreas em que moram os alunos? O que se sabe sobre a qualidade de vida e as efetivas possibilidades de lazer da comunidade? Estas perguntas refletem uma barreira notória na educação em saúde do escolar nos dias atuais: a falta de inter-relação entre saúde e as condições de vida da comunidade.

Sem dúvida as crianças precisam saber sobre higiene, dietética e lazer, porém apenas com a simples listagem destas práticas, desvinculada de condições de praticá-las, não há educação e sim o simples repasse de informações que nem sempre são seguidas. Deve haver uma discussão do porquê nem todo mundo tem acesso a estas condições, considerando o contexto sociocultural e político da comunidade em questão.

Outro ponto importante a ser tocado a respeito da educação em saúde é o fato de que o educador passa a lidar com aspectos culturais e valores da população trabalhada. A educação em saúde deve ser feita respeitando a cultura das pessoas em questão.

De acordo com Camel et al (1998), a educação em saúde para crianças e adolescentes deve ser realizada a partir do conhecimento das crenças e valores a cerca de saúde inerentes à comunidade a qual estão inseridos, pois esses elementos causam influências a respeito da aceitabilidade e prática de hábitos saudáveis de vida. Isto significa que o processo educativo em saúde deve ser reconhecido como importante na vida dos jovens, pois, caso isso não ocorra, não haverá sucesso nas ações promotoras de saúde. Dessa forma, através da colaboração e respeito do grupo, pode-se conseguir a principal meta da educação em saúde: mudança de comportamento.

Por envolver uma série de aspectos sociais, políticos e culturais (até por parte de quem está promovendo a atividade educativa), o ensino em saúde torna-se tarefa difícil para a escola, no que se refere à garantia de aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida saudáveis.

É importante ressaltar que os agentes promotores de saúde no espaço escolar podem ser tanto profissionais da saúde como educadores. Porém, como a educação transformadora é um processo longo e que exige um trabalho

continuado, a mola mestra da educação em saúde do escolar deve girar em torno dos professores, pois são os profissionais mais presentes na vida das crianças e adolescentes.

O Ministério da Educação e Desporto (MEC) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) apresentam propostas de introdução da educação em saúde no ambiente escolar e notadamente, a escola tem participado destas iniciativas. Um exemplo atual são os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), os quais foram criados em 1997 e introduzem a idéia de uma regularidade do tema em sala de aula e a implementação do tema no plano de ensino.

Os PCN trazem em seu conteúdo a proposta dos temas transversais, os quais devem ser abordados em sala de aula pelos professores de forma interdisciplinar, ou seja, todos os professores podem e devem abordar estes temas, independente da disciplina que lecionem. Estes temas transversais abrangem assuntos pertinentes à vida em comunidade das crianças e adolescentes (ética, meio ambiente, pluralidade cultural, saúde e orientação sexual) e seu conteúdo está direcionado ao Ensino Fundamental.

Alguns autores (Vargas e Siqueira, 1999; Reis, 2000; Maranhão, 2000) criticam os PCN, sugerindo que sua intenção é controlar e ditar normas para a educação, além de impor regras sobre temas transversais que devem ser incorporados nas áreas já existentes e no trabalho educativo da escola.

Estas contradições de opiniões a respeito dos PCN podem advir da falta de orientação sobre como usá-lo, ou seja, os PCN foram implementados e não houve um treinamento ou cursos preparatórios para os professores utilizá-los em sala de aula.

De acordo com o que foi discutido anteriormente, a escola tem um papel de grande relevância na formação das crianças e adolescentes, sendo o professor uma figura central nessa formação, tanto no que tange às disciplinas convencionais como à educação em saúde.

Grinspan (1999) refere que a maioria dos brasileiros que freqüentam a escola está inserida no ensino fundamental. Daí a importância do trabalho com os professores deste período curricular, pois alcançam um maior número de indivíduos na difusão de informações. Além disso, o Ensino Fundamental é destinado prioritariamente a crianças e adolescentes, faixa etária na qual é

possível, com maior facilidade, modificar ou incentivar hábitos com relação à higiene e promoção da saúde.

Um entrave importante em abordar educação em saúde em sala de aula trata-se da dificuldade dos professores em falar, discutir, debater temas para os quais eles próprios não foram preparados ou educados. Segundo Ferriani e Gomes (1997), os profissionais da educação geralmente têm uma percepção da saúde reduzida ao aspecto ambulatorial, com um caráter curativo. A dimensão educativa e preventiva nem sempre é enfatizada por eles e pouco situam-se como profissionais que podem participar das ações voltadas para este aspecto. Desse modo, vêem a educação em saúde como responsabilidade dos profissionais da saúde, os quais muitas vezes são convidados para dar palestras esporádicas na escola sobre temas de saúde.

Em trabalho realizado por Feijão e Leitão (2001) em duas escolas públicas de Fortaleza, verificou-se que os professores do ensino fundamental têm um conceito de educação em saúde limitado à percepção de uma atividade para prevenir doenças, ensinar sobre higiene e qualidade de vida. Neste trabalho foram confrontados estes conceitos com o conceito da OMS, onde observou-se que neste último há uma preocupação muito mais abrangente, não só no diz respeito aos interesses individuais, mas coletivos a respeito de saúde.

Visando ressaltar a importância da educação em saúde ao espaço escolar, baseados no paradigma dos PCN, tendo como ator central o professor, surgiu o interesse em realizar este estudo. Onde pretendemos responder ao seguinte questionamento: Como o professor incorpora a educação em saúde em sala de aula, considerando aspectos culturais, sociais e políticos de professores e alunos? E a partir das respostas obtidas, objetivamos construir conhecimentos, em conjunto com os professores, a respeito de educação em saúde na escola e implementação do tema em sala de aula.

A relevância deste estudo concentra-se na possibilidade de identificar limitações dos professores na aplicação dos conteúdos em saúde, reorientando a implementação deste tema visando à discussão de conceitos e atribuições em saúde, focalizando as necessidades biopsicossociais das crianças e adolescentes. Dessa forma, pode-se conseguir uma educação contínua e efetiva, tendo com impacto a adoção de uma atitude positiva pela criança tendo

continuidade na adolescência, sedimentando comportamentos saudáveis de vida, dentro de sua cultura, que não serão esquecidos na fase adulta. Possibilitando a formação de potenciais multiplicadores de saúde na família e comunidade.

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. Geral:

- Identificar na proposta pedagógica de duas escolas públicas de Fortaleza (planejamentos, agenda escolar, etc), à luz da teoria de Leininger, concepções acerca da educação em saúde sob o prisma dos PCN e do Plano de Desenvolvimento Escolar (PDE) e suas implicações para a prática educativa em saúde na escola.

1.3.2. Específicos:

- Examinar ações de educação em saúde em duas escolas do Ensino Fundamental de Fortaleza, compreendendo as características e fatores culturais que constroem o entendimento dos professores no fazer em saúde nos processos de ensino.
- Analisar as propostas e as estratégias educativas presentes nas escolas, considerando o contexto cultural da escola como espaço para a promoção da saúde, integrando as experiências de ensino-aprendizagem e a viabilização da implementação dos PCN em sala de aula.

Com o propósito de alcançar os objetivos propostos, buscamos delinear um referencial teórico-metodológico que se adequasse ao objeto deste estudo. Descreveremos no capítulo seguinte as bases literárias que apoiaram a construção do conhecimento pertinente ao problema deste estudo e, em capítulo posterior, o caminho que percorreremos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. DELIMITANDO CONCEITOS – EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

A educação em saúde é uma prática realizada em todos os níveis de atenção à saúde, visando a prevenção e a promoção da saúde, encorajando indivíduos a adotar e manter hábitos saudáveis de vida.

A educação não se trata apenas na transmissão de informações. Minayo apud Ferriani (1997) afirma que a educação não se esgota na concepção instrumental do saber (fenômeno de inoculação), idéia ligada à visão linear da comunicação (emissor-mensagem-receptor) onde se faz discorrer uma mensagem apenas de um pólo a outro. Nesta perspectiva, a autora coloca que a educação não é linear, trata-se de um processo circular entre educador e aluno objetivando a transformação.

Por outro lado educar, segundo Paulo Freire, é construir, libertar o homem do determinismo, passando a reconhecer seu papel na história, tendo como base o diálogo (Ferreiro, 2001). Neste contexto, o homem é colocado como ser autônomo, dono de suas idéias, que pode construir seus próprios conhecimentos de acordo com sua cultura, assim como se reconhecer como parte do mundo em que vive.

Esse pensamento é coincidente com o de Pedrosa (2001) que afirma que a ação educativa deve resultar na ampliação da consciência, na ampliação das habilidades, na mudança de comportamento, tendo como funções principais a formação de cidadãos capazes de participar criticamente da vida pública, assim como capacitar a comunidade para a participação na vida social.

A educação também perpassa pela aprendizagem do educando, a qual só acontece se realmente houve mudança. Os métodos educativos baseados em repetição, também chamados de bancários, proporcionam apenas a memorização de conteúdos sem relação com a realidade dos educandos. Enquanto que a educação para libertação promove a compreensão e a articulação de conceitos com as experiências de vida das pessoas, as quais

passam a considerar os mesmos como importantes e os incorporam para si, ocorrendo a mudança de comportamento e/ou opinião sobre um determinado conceito, fato ou vivência.

Para reforçar o elo entre a educação e a saúde, e entendermos melhor como a promoção da saúde da criança e adolescente necessita de uma compreensão mais ampla de cuidado, lembremos o conceito de saúde presente na carta de Ottawa:

“A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como um objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas... Vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (Brasil, 2001, p. 19)

Todas as cartas subseqüentes (Declaração de Adelaide, Sundsvall, Santafé de Bogotá, Jacarta e do México) trazem um conceito semelhante a este da Carta de Otawa, onde a saúde é um recurso, não só físico, mas também social e pessoal.

Aliando os conceitos de educação com a percepção de saúde das cartas das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (muito mais ampla que a simples ausência de doenças), pode-se chegar a um conceito de educação em saúde onde o indivíduo desenvolve o senso crítico e capacidade de intervir sobre sua própria saúde, considerando que a percepção de saúde varia de acordo com a cultura e o nível socioeconômico dos indivíduos envolvidos.

De acordo com a OMS, os objetivos da educação em saúde “são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira mais construtiva” (Levy, 2000, p. 01). Neste ponto, a educação em saúde transcende a perspectiva da preocupação individual para a coletiva, com o intuito de promover o senso de responsabilidade individual e a solidariedade comunitária.

Hamann (1999) coloca que a educação em saúde deve incorporar, ao mesmo tempo, o conhecimento da dignidade e integridade das pessoas envolvidas no processo educativo, bem como a construção de bases democráticas e igualitárias de comunicação na prática pedagógica. Isto parte da

concepção que vê a educação como processo de comunicação que visa à liberdade e à felicidade dos seres humanos.

Esta prática educativa pode ser realizada em diversos ambientes, ocasiões e para diversos propósitos. Porém a educação deve ser feita de forma responsável, portanto as pessoas devem ter acesso fácil, oportuno e compreensível a dados e informações de qualidade sobre sua saúde e sobre suas condições de vida e de sua comunidade.

Os dados e informações devem ser claros, precisos e fidedignos e serem transmitidos de forma adequada, através de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem sua utilização (Levy, 2000). De acordo com esta perspectiva, o processo educativo deve passar por um planejamento prévio e deve ser realizado em local adequado (domicílio, centro de saúde, escola, centro comunitário, etc) de acordo com a necessidade da população.

Pedrosa (2001, p.262) fala a respeito da efetividade do processo educativo quando afirma que a educação em saúde trata-se de "quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde". Ou seja, a educação ocorre efetivamente quando os indivíduos passam a desenvolver atividades visando a melhoria de sua saúde, significando que houve aceitação e compreensão das práticas recomendadas durante o processo educativo.

2.2. A IMPORTÂNCIA DA ESCOLA COMO ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

A criança em idade escolar começa a direcionar seus interesses para fora do grupo familiar percebendo-se em um mundo mais amplo, de relações sociais com crianças da mesma idade e com professores. Através destes contatos, a criança passa a se preocupar acerca de como é percebida pelos outros e também faz comparações entre si e os colegas (Whaley e Wong, 1989).

A maioria destas relações sociais, extrafamiliares, entre crianças está no ambiente escolar, onde mantém contato constante com colegas de turma e de outras turmas, professores e outros funcionários da escola.

Os adolescentes também encontram na escola este ambiente de socialização e de descobertas. Ramos et al (2001) afirma que a escola tem grande significância na vida do jovem, pois proporciona o exercício de sua identidade para além da família, em contatos com contextos de condicionamentos e diferenças sociais, e por criar condições para a produção e o acesso a novos saberes e ao conhecimento socialmente produzido e sistematizado.

Esta importância da escola na formação da identidade do adolescente se deve ao fato de ser um espaço coletivo, onde o jovem pode escolher suas próprias amizades, desenvolver seus próprios interesses, identificar-se com seu grupo e tomando consciência da sociedade a qual participa. Segundo Brasil (1997), a vivência entre os pares na escola ganha especial dimensão na busca da identidade pessoal e uma intensa padronização de comportamentos que simboliza a pertinência no grupo, com normas de convivências, valores, costumes e interesses compartilhados. Dentro destes grupos sociais, a educação é um elemento favorecedor da construção da autonomia para tomada de decisões, sendo essencial para a adoção de comportamentos de valorização da vida.

Neste contexto, a escola é um espaço marcante para a vida de crianças e adolescentes independente de concepções político-educacionais. Nela ocorrem diversos tipos de aprendizagens e relacionamentos entre pessoas o que não significa que estas ocorrências sejam previstas ou promovidas pela instituição em questão (Rocha et al, 2001).

Portanto, a instituição pode ser participante da promoção da saúde dos alunos, através da educação em saúde, oportunizando aos alunos situações de aprendizagem que se voltem principalmente, para os cuidados com o corpo e o ambiente (Ferriani e Gomes, 1997). Desta forma a escola é um importante locus de aprendizagem, não só de conteúdos curriculares, mas também perpassa pela aquisição de conceitos, valores e tabus transmitidos através destas novas relações.

Mesmo que a educação para saúde possa ser responsabilidade de muitas outras instâncias, em especial os próprios serviços de saúde, a escola é a instituição que privilegiadamente pode ser um espaço genuíno de promoção da saúde entre crianças e adolescentes, pois "a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam" (Brasil, 2001, p. 22).

Neste contexto, deve-se considerar os PCN os quais trazem a saúde como tema transversal, devendo ser abordada de forma interdisciplinar dentro de todas as disciplinas e/ou em conjunto com outros temas transversais. A abordagem do tema deve possibilitar o diálogo, estimulando o desenvolvimento de uma visão crítica por parte do aluno, sem desconsiderar os aspectos socioculturais, além do biológico.

Os principais objetivos da educação em saúde dentro dos PCN são promover a conscientização dos alunos para o direito à saúde, sensibilizá-los para a busca permanente da compreensão de seus determinantes e capacitá-los para tomarem medidas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde ao seu alcance (Brasil, 1997).

É de consenso que esta educação não deve ser normatizada. Porém os PCN, como discutido durante a problematização deste estudo, apesar de transparecer este caráter de reger as atividades do professor, os mesmos vêm a ser uma espécie de passo inicial, um incentivo para os professores abordarem a temática de saúde em sala de aula principalmente entre as crianças. Além disso, os PCN não obrigam os professores a cumprir horas/aulas sobre os temas transversais.

Considerando a liberdade do professor em elaborar seus próprios conteúdos programáticos e utilizar metodologias de ensino próprias, os mesmos podem fazer adaptações e modificações no conteúdo sugerido pelos PCN de acordo com a realidade da escola e as necessidades dos alunos.

Dentro da abordagem sobre saúde dos PCN, verifica-se um posicionamento relacionado não só a aspectos biológicos da saúde, mas também culturais e políticos, tratando a saúde como direito e como um bem que pode ser alcançado. Além disso, possui dois blocos de conteúdo (Autoconhecimento para o Autocuidado e Vida Coletiva) que possibilitam ao aluno o entendimento de que

saúde tem dimensão pessoal, familiar e comunitária, dando também ao professor um leque de informações acerca de formas de abordagem do tema com os alunos.

Outra iniciativa da parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde foi o lançamento, em 1997, do Programa Saúde na Escola (PSE). O qual, segundo Brasil (2002), prevê a produção de vídeos educativos para compor a grade da programação da TV Escola/MEC.

Esta proposta é destinada a professores e alunos para promover um maior entendimento das questões de saúde, formar cidadãos conscientes de seu papel de mudança do atual quadro brasileiro, habilitar a comunidade escolar para atuar no processo de melhoria das suas condições de vida e saúde. A metodologia seguida baseia-se na difusão de informações através da comunicação em massa.

Conforme Brasil (2002), os desafios do PSE são: promover a integração entre educação e saúde, de forma sistemática e contínua; oferecer materiais audiovisuais e impressos sobre temas específicos de saúde, selecionados a partir da realidade epidemiológica brasileira, que sirvam de suporte à construção do conhecimento e ao desenvolvimento de ações de saúde em sala de aula; estimular a participação da comunidade escolar na construção de uma sociedade mais saudável; e provocar discussões sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e da participação comunitária na melhoria de sua qualidade de vida e saúde.

Os temas apresentados nos vídeos deste programa são destinados ao ensino fundamental e dividem-se nos seguintes conteúdos: Descobrir o próprio corpo; orientação alimentar e nutrição; saúde e meio ambiente; saúde bucal; doenças imunopreveníveis e vacinas; acidentes; vida reprodutiva; violência; uso e abuso de drogas; portadores de necessidades especiais e doenças da infância.

No entanto, os vídeos deste programa não faziam parte do acervo de nenhuma das escolas trabalhadas. Além do mais, tentar conseguir alcançar objetivos tão amplos com simples apresentação de vídeos (que em muitas escolas não há disponibilidade deste recurso) é uma forma muito pretensiosa de fazer educação em saúde na escola.

Mais recentemente, foi lançado um projeto mais condizente com a realidade escolar e com a necessidade de aprendizado em saúde dos alunos: as Escolas Promotoras de Saúde, lançadas pelo MS em 2001. De acordo com Brasil (2001), uma escola promotora da saúde pode ser caracterizada como uma escola que está constantemente reforçando sua capacidade como locus de saúde que favorece a convivência saudável, o desenvolvimento psico-afetivo, o aprendizado e o trabalho.

As escolas que aderirem ao programa devem seguir algumas diretrizes básicas para tornar o ambiente escolar mais saudável: adotar a promover saúde e aprendizado com todas as medidas que dispões; engajar profissionais da saúde e educação, professores, sindicatos, estudantes pais, provedores de saúde, líderes comunitários em esforços para fazer da escola um ambiente saudável; empenhar-se para promover um meio ambiente saudável, educação escolar saudável e serviços de saúde na escola ao longo de projetos escola/comunidade; implementar políticas e práticas que respeitam o bem-estar e a dignidade do indivíduo; empenhar-se pela melhoria da saúde do pessoal da escola, famílias e membros da comunidade tanto quanto dos alunos, trabalhar com líderes da comunidade para ajuda-los a entender como a comunidade contribui para a saúde e educação.

O projeto deste programa é respaldado por conceitos da 4ª Conferência Internacional em Promoção da Saúde promovida em Jacarta em 1997. Esta iniciativa ainda não está devidamente difundida pois há a necessidade de equipar a escola e treinar professores e funcionários para tanto, por estes motivos necessita de ajuda governamental e não-governamental para sua implementação em todas as escolas do Brasil.

É válido salientar que estes programas atualmente vigentes são fruto de algumas iniciativas isoladas instituídas no passado. Pode-se citar como exemplo os programas que foram desenvolvidos pelo governo do estado do Ceará, tais como o PRESCE e o Projeto Amor à Vida que destinavam-se à promoção da saúde dos alunos através da educação em saúde. Isto demonstra que não é de hoje que existem tentativas de implantar a educação em saúde na escola de forma permanente. No entanto, estas poucas iniciativas se esvaíram, como vimos na perspectiva histórica (Ver item 1.2.1).

2.3. PROFESSORES COMO EDUCADORES EM SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO:

Entre algumas dificuldades para a utilização do PCN como recurso em educação em saúde, podemos ressaltar as diferenças culturais entre alunos e professores. Da mesma forma em que as crianças possuem sua história cultural própria, os educadores também possuem esta herança advinda do subgrupo social onde estão inseridos. Portanto, valores e crenças dos professores exercem influências na metodologia de ensino e maneiras de lidar e compreender o mundo dos alunos. Whaley e Wong (1989) complementam afirmando que as influências subculturais, tais como algumas crenças e práticas religiosas podem entrar em conflito com as práticas profissionais.

Como já foi discutido em outro momento neste estudo, a educação para a saúde só poderá ser contemplada se puder mobilizar para as necessárias mudanças para uma vida saudável. Para isso, os valores e a aquisição de hábitos e atitudes constituem as dimensões mais importantes (Levy, 2000). A simples informação, dada em palestras esporádicas tem pouco reflexo nos comportamentos. A educação em saúde exige um trabalho contínuo, pois trata-se de um processo.

Nesta perspectiva, o professor do Ensino Fundamental é o mais indicado para a realização de um trabalho continuado, o qual pode ser iniciado sob incentivo e orientação do profissional de saúde, principalmente do enfermeiro que é um profissional que tem em sua essência a educação para a saúde.

Como já foi discutido anteriormente, a educação em saúde, atualmente, como um tema transversal dentro dos PCN, deve ser abordada em sala de aula pelos professores de maneira interdisciplinar, ou seja, articulada com as disciplinas do currículo convencional.

Esta transversalidade e a interdisciplinaridade que são colocadas nos PCN possibilitam um maior vínculo entre saúde e educação, tanto no que diz respeito a profissionais como instituições. Ou seja, realça o trabalho em conjunto, formando parcerias para um trabalho contínuo e eficaz no que diz respeito à saúde dos escolares. Neste contexto está inserido o enfermeiro como participante

do processo educativo em saúde na escola, tanto exercendo o papel de educador como assessorando os professores no planejamento e implementação do processo educativo em saúde.

É importante ressaltar que a literatura a respeito do tema em estudo é escassa com limitado número de publicações. Até o momento, não foram encontrados estudos que demonstrem a relação PCN, saúde escolar e enfermagem, sendo esta uma publicação inédita a este respeito, com o intuito de contribuir na construção do conhecimento em enfermagem e educação em saúde.

3. APRESENTANDO O MÉTODO DE ESTUDO E A ESTRUTURA TEÓRICA:

O presente capítulo tem o intuito de demonstrar o delineamento dos referenciais teóricos e metodológicos que baseiam esta pesquisa, além de esclarecer a maneira como chegamos a eles e como foram aplicados.

Entende-se como método o caminho para alcançar o objetivo proposto. Este caminho é feito através do uso de técnicas e instrumentos compatíveis com o objeto de estudo. O método usado para dirigir a pesquisa é conduzido através de uma teoria, ocorrendo uma relação entre estes dois elementos que, segundo Wood e Haber (2001), dá origem à coleta de dados e análise dos conteúdos.

Considerando os aspectos históricos e sociais que envolvem a evolução da educação em saúde no Brasil (discutido em capítulo anterior), pode-se observar que nos programas de saúde escolar sempre existiu, na prática, uma linha assistencialista com predomínio de subprogramas tais como odontológico, oftalmológico e psicológico, embora já exista uma preocupação mais ampla a este respeito.

Vaz (1999) complementa este pensamento colocando que a educação em saúde na escola segue um ritmo biologicista centrado no professor de ciências em detrimento à transversalidade e interdisciplinaridade da proposta dos PCN. O autor justifica que este caráter biologicista da educação em saúde

na escola advém da influência da visão positivista sobre a saúde do escolar, o qual quantifica doenças e impõem normas de combate às mesmas.

O nosso intento nesta discussão não é reduzir a importância do paradigma positivista para a ciência, mas esclarecer que ao trabalhar com os processos de ensino-aprendizagem em saúde, devemos considerar as interações sociais, individualidades, pluralidade cultural e realidade sócio-econômica que permeiam o processo. Estes são fatores inerentes ao ser humano e que não podem ser quantificados ou mensurados.

Todo o percurso deste estudo baseou-se na abordagem qualitativa, compreendendo-a como a mais congruente e compatível com o objeto deste estudo. A opção por esta abordagem teve como ponto de partida o pensamento de Marcus e Lier (2001), que argumentam ser a pesquisa qualitativa aquela que combina a natureza científica e artística da enfermagem para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana. É um método de estudo que privilegia as vivências humanas e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem estas experiências, permitindo uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito dos comportamentos humanos.

Nos últimos anos houve maior interesse por métodos de pesquisa qualitativa em periódico de enfermagem (Wood e Haber, 2001). Sendo uma tendência crescente na prática de pesquisa na enfermagem por seu caráter humanístico. A fenomenologia, o interacionismo simbólico, a "ground theory", a etnografia são alguns exemplos de estruturas técnicas de pesquisa qualitativa adotados por vários pesquisadores de enfermagem.

Wood e Haber (2001) observam que a etnografia é tão antiga quanto o trabalho de Heródoto que registrava a infinita variedade e estranheza que via em outras culturas. Porém, a criação da etnografia foi atribuída a Malinoviski e Boas, os quais os primeiros escritos datam do início do século XX, utilizada em primeira instância pelos antropólogos.

Dentre estes métodos de pesquisa qualitativa optamos pela etnografia, pois centraliza-se nas descrições de grupos sociais e culturais com vistas a compreender a visão de mundo dos indivíduos que compartilham o mesmo contexto (visão êmica). Waldow (2001) coloca que a etnografia caracteriza-se pelo uso de métodos específicos para captar informações através

da observação participante e entrevistas com membros de uma cultura ou subcultura.

Outro ponto importante a destacar é que a etnografia é uma metodologia propícia para compreender a maneira de viver e as experiências das pessoas, diante de fatos cotidianos e/ou situações novas. Dessa forma, a compreensão de situações, experiências que envolvem atos de cuidar e/ou educar em saúde constitui-se objeto de estudo apropriado para a pesquisa em enfermagem (Lima et al, 1996), que neste estudo em particular ocupa-se da perspectiva dos professores de escolas públicas e suas experiências de educar em saúde como parte do plano pedagógico escolar.

Ao relacionar a educação em saúde com o ambiente escolar muitos aspectos culturais vêm a tona, tanto no que diz respeito ao conceito de saúde que cada um dos atores sociais têm como das experiências de saúde de cada um (alunos, professores, funcionários e pais). Por esta razão se tornam inviáveis as práticas de educação em saúde que não levam em conta todos estes aspectos.

A primeira enfermeira que incorporou a etnografia aos cuidados de enfermagem foi Madeleine Leininger que, ao reconhecer a importância da cultura nas atividades da profissão, delineou a etnoenfermagem. Sendo também a primeira enfermeira a fazer doutorado em antropologia, propiciando, de acordo com George (2000), o desenvolvimento do novo campo da enfermagem transcultural como subcampo da enfermagem.

Leininger apud George (2000, p.298) definiu a etnoenfermagem como:

"O estudo das crenças valores e práticas do atendimento de enfermagem como percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas, crenças e sistemas de valores".

É importante salientar que a etnoenfermagem tem um caráter interventivo, pois Segundo Leininger apud George (2000), o cuidado é essencial para o conhecimento e à prática da enfermagem. Justificando o uso desta metodologia neste estudo, visto que o mesmo tem uma fase de intervenção visando a construção de conhecimentos acerca da saúde.

Como eixo central de orientação metodológica, escolhemos a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger. A teoria proporciona definições orientadoras para diversos conceitos (cultura, enfermagem cultural, visão de mundo, sistemas de cuidados genéricos, sistemas de cuidados profissionais, cuidar, saúde, etc). Estes conceitos foram articulados ao objeto deste estudo e subsidiaram a coleta e análise dos dados da pesquisa.

A opção por esta teoria advém de seu caráter holístico, onde o ser humano é visto em seu todo, considerando a visão de mundo e as experiências vividas pelos indivíduos. Consideramos que esta teoria ajusta-se coerentemente com o objeto do estudo pois, segundo Leininger apud George (2000), os homens são universalmente seres cuidadores com capacidade de proporcionar a universalidade do cuidado de várias maneiras de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações.

Dessa forma o cuidado passa a ser visto como universal, perpassando por diferentes culturas. Desvinculando o cuidado de enfermagem do foco do hospital, abrindo um leque de probabilidades de cuidar inserido em diversos espaços sociais, sendo um deles a escola que é o ambiente do nosso estudo.

3.1. RELAÇÕES CONCEITUAIS DA TEORIA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR:

Neste capítulo evidenciamos a relação entre as categorias baseadas em Leininger apud George (2000) e a educação em saúde no ambiente escolar, considerando que novas categorias podem ser adicionadas no decorrer do processo de coleta e análise dos dados. Dentre as categorias da Teoria de Leininger, utilizamos em nosso estudo apenas as que estão descritas a seguir, pois consideramos que são as que mais se adequaram aos objetivos do estudo.

- **CULTURA:** É o conjunto de valores, crenças, normas e modos de vida dos sujeitos formadores da escola (professores, alunos e funcionários)

apreendidos, compartilhados e transmitidos os quais subsidiam a dinâmica das relações entre os indivíduos e as concepções sobre educação e saúde e as experiências vivenciadas no contexto escolar. Aspectos que orientam as decisões, reflexões e ações do educar para a saúde.

- **VISÃO DE MUNDO:** considera-se visão de mundo a forma pela qual os professores do ensino fundamental vêem o mundo e seu papel dentro do ambiente escolar como promotores de saúde junto a seus alunos.
- **CONTEXTO AMBIENTAL:** Trata-se da totalidade de um evento, situação ou experiência dos professores sobre educação em saúde que dá significado às expressões, interpretações e interações sociais no ambiente físico, ecológico, sócio-político e cultural que é a escola.
- **SISTEMAS DE CUIDADOS DOS PROFISSIONAIS EDUCADORES:** são conhecimentos e habilidades tradicionais, populares, culturalmente aprendidos e transmitidos no ambiente escolar no intuito de melhorar o modo de vida, a condição de saúde (bem-estar) dos alunos ou para lidar com situações de deficiência e morte. A escola é produtora e divulgadora de conhecimentos sobre cuidados em saúde.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural oferece como arquétipo analítico o modelo *Sunrise* (ANEXO I), que é constituído de quatro níveis interdependentes, a saber: (1) a parte superior representa a visão de mundo e o nível do sistema social no qual os indivíduos estão inseridos e que rege o estudo das percepções de mundo fora da cultura; (2) a visão de mundo flui para o conhecimento dos diversos fatores que influenciam os processos de saúde-doença dos indivíduos em estudo; (3) o foco posterior centra-se no sistema genérico ou popular (onde pode-se conhecer as concepções a respeito do processo saúde-doença dos indivíduos), os sistemas de cuidados profissionais e o atendimento de enfermagem (planejamento de ações); (4) seguem-se, então, as ações e decisões que envolvem a preservação do cuidado cultural (George, 2000).

Este modelo e as categorias conceituais eleitas para o nosso estudo serviram como mapa cognitivo para a compreensão do ambiente escolar (ANEXO II), como espaço de promoção da saúde a partir da visão de mundo dos sujeitos e influências dos diversos fatores sociais, econômicos, educacionais e culturais sobre a educação em saúde dos professores dentro de seu contexto ambiental (escola). Influência esta que pode abranger desde as concepções a respeito de saúde (bem-estar) dos professores, até o que seja saúde ou uma atitude saudável dos alunos. Neste ponto evidencia-se a intersecção dos sistemas populares e profissionais que podem ser utilizados para a compreensão do estado de saúde-doença. A partir daí, pode-se decidir a maneira de atuar frente à situação vivenciada.

Segundo Dias e Vieira (2001), a aplicabilidade dessa teoria é significativa dado que procura explicar os padrões de cuidado nas diversas culturas. As ações de enfermagem, nesta perspectiva, tendem a alcançar maior aderência por parte das pessoas cuidadas. Com o intuito de angariar a colaboração dos professores participantes desta pesquisa seguimos o modelo acima descrito, conscientes das modificações ocorridas diante das influências da realidade vivenciada que serão demonstradas nos resultados.

O modelo *sunrise* utiliza-se dos seguintes instrumentos e procedimentos para a coleta de informações e aplicação junto aos sujeitos da pesquisa, utilizamos o modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) através das fases descritas na sessão seguinte.

3.2. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS:

Em etnografia, o pesquisador deve inserir-se no campo de pesquisa, desempenhando o papel de intérprete, entrando em um mundo estranho e tentando compreendê-lo a partir do ponto de vista de quem o vivencia. É nesta perspectiva que se baseará a coleta de dados deste estudo.

Segundo Lima et al (1996), o trabalho de campo consiste em dirigir-se à população que se pretende estudar, escutar as conversas, visitar os lugares,

observar os comportamentos, interrogar sobre os hábitos, etc. Os dados obtidos evidenciarão os problemas existentes no grupo. Porém, para tanto, é necessário que haja uma certa intimidade com o campo de pesquisa.

Esse fato demonstra que o contato inicial feito durante o ano de 2001, facilitou nossa inserção no campo de pesquisa e o alcance dos objetivos do estudo. Certamente o nosso conhecimento prévio sobre as escolas viabilizou uma aplicabilidade adequada dos métodos de coleta do sistema O-P-R descritas a seguir.

A abordagem etnográfica e a etnoenfermagem combinam vários métodos de coleta, sendo seu uso bastante flexível, fugindo do padrão de questionário, ou roteiros fixos, formulados previamente e aplicados de maneira fechada, rígida. Firestone e Dowson apud Lima (1996) enumeram os principais métodos de coleta utilizados na etnografia os quais corroboram com os métodos descritos por Leininger: observação, observação participante e entrevista com informantes.

Neste estudo utilizamos os procedimentos de coleta à luz de Leininger, dentro da perspectiva do modelo O-P-R, percorrendo os seguintes passos:

01. OBSERVAÇÃO COM PARTICIPAÇÃO RESTRITA: Esta fase inicial de coleta teve o intuito de compreender o contexto onde estão inseridos os sujeitos do estudo, além posicionar nossa visão para o objeto do estudo. Foram observados os informantes gerais (todos os professores, diretores e secretários), em suas atividades rotineiras na escola. Porém, não nos centramos na observação pura, pois, no ambiente escolar, seria impossível observar sem interagir com os informantes da pesquisa. No entanto, a observação foi o foco central da coleta nesta fase, mantendo diálogos que interessaram à pesquisa, observando e descrevendo as relações sociais e falas principais.

Para um melhor conhecimento sobre as atividades educativas realizadas nas escolas, foram realizadas consultas aos registros da escola, tais como agenda anual, PDE, planejamentos de aulas e de outras atividades de rotina nas escolas.

A respeito da observação, Wood e Haber (2001) colocam que o pesquisador não está simplesmente olhando, mas observando com um olhar treinado em busca de certos acontecimentos específicos, de forma científica, visando os objetivos do estudo em processo sistematizado. Os autores colocam ainda que a observação auxilia a coleta em situações de pesquisa que não podem ser mensurados, tal como o objeto deste estudo.

02. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: Neste ponto, direcionamos nosso olhar para a interação. Porém, não é possível interagir sem observar as relações, gestos e comportamentos dos informantes-chave. Antes de iniciarmos a interação com os sujeitos (informantes-chave) da pesquisa, utilizamos a entrevista no intuito de estabelecer um bom *rapport*, além de redirecionar nosso olhar durante o processo interativo, a fim de apurar aspectos importantes da interação. Algumas entrevistas foram gravadas, com a permissão dos participantes, e transcritas logo após para que dados com expressões e gestos não fossem perdidos. Outras foram transcritas de imediato sem gravação. Esse método guiou-se por questões norteadoras para incitar o diálogo condensadas em um instrumento (ANEXO III).

As entrevistas não podem ser desvinculadas da observação participante, pois, no momento em que são realizadas, o pesquisador observa e interage com o pesquisado. Segundo Marcus e Lier (2001), as entrevistas devem ser realizadas face a face, no cenário natural do entrevistado, através de perguntas abertas que permitam ao entrevistado responder mais que "sim" ou "não".

A observação participante ocorreu durante reuniões de planejamento de aulas, durante os momentos de atividades pedagógicas alternativas e nos momentos de educação em saúde promovidos por ocasião das comemorações, gincanas e feiras de ciências. Porém, os pesquisados tinham consciência do papel da pesquisadora no campo e dos objetivos da investigação. A participação na escola foi aberta, como membro integrante do Projeto AIDS-Educação e Prevenção, a qual constituiu mais oportunidades de observar e interagir com os professores. Este período de convivência permitiu, além da coleta de dados, a construção de conhecimentos sobre saúde e a avaliação deste processo interativo com os professores.

Esta posição adotada no campo encontra apoio em outros pesquisadores quando enfatizam que a observação participante se realiza por contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado, com a finalidade de obter informações sobre a realidade das pessoas em seus próprios contextos. Tem como princípio a presença constante do pesquisador no campo, convivendo com os informantes em seu ambiente natural por algum tempo (Gualda e Hoga, 1997).

03. REFLEXÃO E CONFIRMAÇÃO DAS INFORMAÇÕES: Esta fase é colocada em separado para uma melhor compreensão do leitor, porém ela permeou todas as fases do estudo. Utilizamos o Diário de Campo como instrumento de descrição dos dados de observação, participação e entrevista.

No diário de campo foram anotados todos os acontecimentos dos contatos feitos com os informantes, inclusive expressões, gestos, tom de voz, ambiente, etc. Posteriormente a esta descrição, foi feita uma reflexão a respeito dos dados coletados, e identificação das categorias centrais dos dados que respondem à questão deste estudo, separando-os para orientar a análise.

É importante ressaltar que a natureza da metodologia permite ao pesquisador o retorno ao campo para enriquecer suas análises conforme a realidade estudada, sendo possível também esclarecer dúvidas a respeito destes dados.

Portanto, a reflexão e a confirmação dos dados foram feitas de forma processual, pois todas as etapas da pesquisa estavam fundamentadas na participação efetiva junto aos professores. Os dados foram apresentados aos professores que confirmaram as interpretações elaboradas.

Em diversas ocasiões, oportunizamos este contato direto com o professor confirmando dados obtidos nas entrevistas e suas interpretações, tais como conversas informais na sala dos professores, oficinas realizadas durante o processo de coleta, atividades escolares que participamos e através da própria observação participante nas reuniões de planejamento.

3.3. APRESENTANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA:

Os sujeitos do estudo são professores do Ensino Fundamental de duas escolas públicas de Fortaleza. Não foram utilizados critérios de seleção para a escolha destes professores, a não ser o fato de lecionarem no Ensino Fundamental nas duas escolas escolhidas como campo.

Decidimos trabalhar nas duas escolas em questão, pois já existia um vínculo entre a pesquisadora e as escolas. Desde o início do ano de 2001 estamos participando de eventos nas duas escolas, através do Projeto AIDS-Educação e Prevenção, desempenhando trabalhos educativos em saúde com alunos (crianças e adolescentes), pais e responsáveis pelos alunos e com os próprios professores através de oficinas educativas, palestras e outros contatos.

Para proteção do nome das instituições, dentro dos termos éticos da pesquisa, as designamos de escola A e escola B. Ambas funcionam nos turnos manhã, tarde e noite, abrangendo o Ensino Fundamental em todos os turnos. Porém o turno da noite é dedicado à educação de jovens e adultos (EJA) e ao ensino médio.

Na escola A trabalham 51 professores, sendo que 39 são do ensino fundamental. Os professores do ensino fundamental são distribuídos nos três turnos, sendo que alguns deles trabalham em mais de um turno (geralmente manhã e tarde). Além dos professores a escola possui em seu acervo de funcionários uma diretora, uma vice-diretora, duas coordenadoras, duas secretárias, além do pessoal dos serviços gerais (limpeza, jardinagem e merenda).

A escola B apresenta um número de professores equivalente ao da escola A. São 47 professores na escola, sendo que no ensino fundamental atuam apenas 28, nos turnos manhã e tarde, já que o turno da noite, nesta escola é dedicado ao ensino médio. Também fazem parte do grupo de funcionários da escola um diretor, dois coordenadores, duas secretárias, uma servente e uma merendeira.

É importante ressaltar que serão considerados informantes gerais deste estudo todos os professores, diretores e coordenadores das duas escolas,

totalizando 105 pessoas. Os informantes-chave foram professores do Ensino Fundamental de ambas as escolas, porém apenas dos turnos manhã e tarde, que se disponibilizaram a participar do nosso estudo. Optamos pelos professores que atuam nestes turnos, pois abrangem alunos na faixa etária de 7 a 14 anos, idades às quais são destinados os conteúdos dos PCN/MEC. Totalizamos um número de **13 informantes-chave**.

No entanto, não utilizamos apenas informantes como fonte de coleta de dados, mas também foram feitas consultas aos documentos da escola relacionados ao processo pedagógico, tais como a agenda, os planos de aula, o PDE (plano de desenvolvimento escolar), planos de atividades extracurriculares, etc.

3.4. PROCEDIMENTOS PARA INSERÇÃO NO CAMPO:

ESCOLA A

Nosso primeiro contato na escola A foi com o diretor, com o qual marcamos uma reunião informal. Fomos muito bem recebidas por ele e pela diretora pedagógica que também se encontrava na sala da diretoria naquele momento. Sentimos que teríamos uma boa aceitação, pois já éramos conhecidas na escola.

Mostramos ao diretor o plano de trabalho e o problema de estudo. Ao mencionar o intuito de trabalhar junto aos professores, o diretor apontou algumas dificuldades que poderíamos encontrar, tais como o desinteresse dos professores em participar de atividades extra-curriculares, principalmente se eles considerarem como uma obrigação a mais; além da dificuldade de reposição de aulas perdidas caso seja necessário saírem da sala para outras atividades. Essa reação do diretor nos pareceu mais um obstáculo que enfrentaríamos. Porém, quando explicamos que em nossa metodologia de trabalho marcaríamos os encontros com os professores nos momentos que fossem mais cômodos para os

mesmos e que a adesão à pesquisa seria espontânea, ele demonstrou concordar com o método e se comprometeu em nos ajudar no que fosse possível.

Em nova conversa com o diretor, solicitamos impressos que explicassem o funcionamento da escola e o mesmo cedeu um organograma do número de turmas, turnos, alunos. Com relação ao PDE, ele fez um encaminhamento para sala de multimeios, onde a professora responsável poderia doar este material. Nesta sala, foi observada a presença de alunos e um monitor que faz parte de um projeto do Centro Federal de Educação Tecnológica. A recepção por parte da professora responsável foi muito amistosa e, atenciosamente, cedeu não só o PDE, mas também o plano político e o planejamento anual. Após este ocorrido, deixou-se firmado com o diretor o dia para apresentação do estudo para os professores e a realização do convite para participação na pesquisa.

A apresentação do estudo aos professores ocorreu no horário do intervalo, no turno da manhã. O impresso de consentimento pós-informação foi entregue, sendo feita a apresentação do projeto e esclarecimentos de dúvidas. A maioria das professoras concordaram em participar e demonstraram entusiasmo pela pesquisa.

O campo foi visitado em diversos momentos posteriores, principalmente nos horários de intervalo para realizar a observação restrita, sempre sendo sentida uma excelente recepção por parte dos professores e funcionários. Este fato fez com que considerássemos que a inserção no campo de pesquisa foi realizada com sucesso.

Tive uma segunda reunião com as professoras em horário de intervalo para marcar as datas de encontros no intuito de iniciar a fase de observação participante. Relataram a dificuldade em marcar encontros coletivos (como o diretor havia apontado) e juntas encontramos a solução: fazer entrevistas e estudos individualmente e, no dia do planejamento escolar, a interação coletiva. A decisão por fazer um trabalho individualizado e posteriormente socializa-lo com o grupo, surgiu do fato de que não deveríamos tirar as professoras da sala de aula. Elas nos explicaram que, no ensino fundamental, existe o chamado "professor de fora", o qual fica, em um dia da semana, fora da sala de aula fazendo planejamento semanal. Todos os professores do turno da manhã têm o

seu dia de "fora", fazendo um revezamento diário nas turmas. Assim ficou firmado que todas as manhãs iríamos à escola desenvolver o trabalho com as professoras que estivessem "de fora" a cada dia, e no primeiro sábado de cada mês, faríamos uma socialização do que foi discutido individualmente.

ESCOLA B

O primeiro contato feito com a escola se deu por telefone onde foi marcada uma reunião para apresentações e esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa. Para esta reunião foram convidados membros da diretoria e corpo docente. Porém, apesar dos acertos feitos no contato telefônico, compareceram apenas a diretora e duas professoras.

Neste momento inicial houve apenas uma conversa informal a respeito dos objetivos do estudo e tipo de trabalho a ser desenvolvido com os professores. Infelizmente não houve oportunidade de serem feitos todos os esclarecimentos desejados, pois a reunião foi interrompida diversas vezes por pessoas que vinham resolver pendências na diretoria. O tempo para esta reunião era curto devido a outros compromissos da diretora.

Um pouco de resistência por parte da diretora foi sentida, pois a mesma teceu comentários sobre a necessidade do trabalho com os pais e não com os professores. Ela comentou que os professores haviam recebido um treinamento para lidar com questões sobre DST/AIDS e que um estudo voltado para os pais seria mais importante. Foi explicado que o intento do trabalho não se resumia a educação sobre DST/AIDS, mas sobre a saúde de um modo geral, além disso o projeto AIDS estava desenvolvendo outros estudos envolvendo os pais os quais estariam incluídos no desenvolver destas atividades.

Apesar do surgimento destas desavenças, conseguiu-se o consentimento e aceitação da diretoria e professores com relação ao desenvolvimento deste estudo, ficando firmados alguns compromissos de antemão, tais como os dias e horários de nossa presença na escola, participação nos eventos da campanha da fraternidade e do dia internacional da mulher.

Em outro encontro, uma semana depois, é que se conseguiu estabelecer um bom *rapport*, onde foi possível a apresentação do projeto de

pesquisa à maioria dos professores, os quais demonstraram interesse em participar da pesquisa. A partir daí houve total aceitação e até incentivo destas atividades na escola pela diretoria, a qual continuou ofertando seu apoio até o final da coleta de dados.

3.5. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS:

Destinamos esta fase à explicação de como foram descritos, organizados e analisados os dados provenientes da coleta.

Existe um consenso entre os pesquisadores etnográficos de que a coleta e análise dos dados devam processar-se simultaneamente. Durante o processo de análise o pesquisador caminha por diversos estágios e, onde surgem novas interfaces e novos questionamentos (Gualda e Hoga, 1997).

Optamos por utilizar o processo de análise proposto por Leininger apud Gualda e Hoga (1997). Portanto, a análise dos dados se deu através das seguintes fases:

01. COLETA E DOCUMENTAÇÃO DOS DADOS BRUTOS: A medida em que os dados foram coletados, os registros foram feitos (em diário de campo), onde identificamos significados, símbolos e fizemos as interpretações preliminares.
02. IDENTIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DESCRITORES E COMPONENTES: Os dados foram estudados de forma a identificar semelhanças e divergências, que foram classificados de forma a permitir a compreensão da situação em estudo.
03. ANÁLISE CONTEXTUAL E DE PADRÕES: Os dados foram apurados para se descobrir padrões de comportamento recorrentes, idéias saturadas, significados similares. Estes padrões recorrentes foram alocados nas categorias da Teoria de Leininger (ver capítulo 2.1.)

04. TEMAS, ACHADOS RELEVANTES E FORMULAÇÕES TEÓRICAS: Esta é a fase mais significativa e refinada da análise dos dados e síntese de interpretação. Fizemos aqui as interpretações dos achados, reflexão e elaboração de modelo e análise criativa dos dados. Neste estudo, as afirmações encontradas foram abstraídas e apresentadas em temas maiores no modelo *sunrise*. A partir deste ponto, foram feitas as recomendações e a etapa interventiva deste estudo (construção de conhecimento a respeito de como a escola pode se transformar em espaço de educação em saúde, originando estratégias que viabilizam os PCN na perspectiva do professor).

Em todas as fases de análise acima descritas procuramos elucidar a visão de mundo dos informantes-chave e os aspectos sócio-políticos e culturais que permeiam a atividade de educar para a saúde no ambiente escolar. Gerando subsídios para interpretação e criação, em parceria com os professores, de estratégias que viabilizem a educação em saúde na escola na perspectiva dos PCN/MEC.

3.6. PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA:

A resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, apresenta as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, as quais atribuem responsabilidades éticas ao pesquisador, devendo este observá-las e cumpri-las durante o processo de investigação (BRASIL, 1996b).

Este estudo seguiu criteriosamente os referenciais básicos da referida lei, sendo relevante ressaltar que os sujeitos da pesquisa tiveram sua participação em caráter voluntário e previamente esclarecido quanto a natureza, objetivos e métodos da pesquisa e benefícios trazidos pela mesma, desta forma

foi formulado um termo de consentimento o qual foi assinado por todos que desejaram participar do estudo, o qual encontra-se detalhado no ANEXO IV.

É relevante ressaltar que o projeto desta pesquisa, após ter sido apresentado a uma banca examinadora para o exame geral de conhecimento e sendo aprovado pela mesma, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, obtendo aprovação conforme parecer emitido pelo referido órgão (ANEXO VI).

De acordo com Brasil (1996b), as pesquisas com seres humanos devem atender aos princípios éticos e científicos fundamentais. O primeiro deles trata-se da *autonomia*, que neste estudo foi preservada visto que, como já foi referido neste texto, houve o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, mantendo sua dignidade e respeitando sua liberdade na recusa ou participação na pesquisa.

A *beneficência* foi observada, pois no decorrer das fases de coleta de dados, principalmente durante momentos de observação e nas entrevistas, a pesquisadora incorporou-se ao ambiente escolar tornando-se parte do mesmo e, portanto tornando o ambiente mais leve e propício para o diálogo. Evitando desta forma constrangimentos ou mal-estar, além de não ter sido atribuído juízo de valor a nenhum dos participantes. O uso do gravador, durante as entrevistas, foi realizado após consentimento prévio do entrevistado.

Quanto à *não-maleficência*, é importante ressaltar que foi garantido aos participantes e cumprido pela pesquisadora, o anonimato e o respeito à individualidade dos sujeitos envolvidos, além de ter sido assegurado a fidedignidade dos fatos observados e das informações contidas nas entrevistas.

A relevância social da pesquisa com as vantagens para os sujeitos e a garantia de igual consideração dos interesses envolvidos (*justiça e equidade*) foram observados quando levou-se em consideração o impacto da pesquisa na comunidade escolar, além do respeito aos aspectos culturais, morais, religiosos de todos os elementos formadores da escola (professores, funcionários, alunos e pais).

No tocante às exigências éticas da referida Lei, ressaltamos que ao nosso estudo coube prover procedimentos que asseguraram a confidencialidade e a privacidade, como a utilização de espaço reservado para as

entrevistas. Quanto à proteção da imagem e não-estigmatização, foi garantido o anonimato e a omissão de informações confidenciais as quais não foram permitidas divulgação pelos participantes.

Além de todas as observâncias descritas neste capítulo, achamos por bem também solicitar a permissão da diretoria das escolas trabalhadas para nossa permanência nas dependências das escolas nos turnos manhã e tarde e durante as reuniões de planejamento (ANEXO V).

No capítulo seguinte, estão contemplados os achados da fase de coleta de dados, além de discussão e análise destes resultados de acordo com os objetivos e referencial teórico metodológico especificado na metodologia deste estudo.

4. DESCRIÇÃO DE ACHADOS E ANÁLISE DE RESULTADOS

Este capítulo destina-se a expor e analisar, de maneira detalhada, os resultados obtidos durante a fase de coleta de dados. Esta análise segue os passos direcionados por Lininger e possui as fases a seguir:

- Contextualização das escolas estudadas
- A escola como ambiente para promoção da saúde
- Educação em saúde sob o prisma do professor e da escola
- PDE X PCN: Ponto de encontros e desencontros
- Conflito em sala de aula: relação professor/aluno prejudicada
- A concepção de saúde dos professores e suas implicações para o desenvolvimento da promoção da saúde na escola.

Os dados que originaram as fases acima dispostas são provenientes dos informantes-chave de ambas as escolas e serão analisadas a seguir de forma conjunta, ressaltando os pontos congruentes e incongruentes, a partir das informações obtidas durante a coleta.

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS ESCOLAS ESTUDADAS:

A escola A é uma instituição de ensino vinculada ao Governo do Estado do Ceará, situada em um bairro carente de Fortaleza, tendo como vizinhança um dos campos da Universidade Federal do Ceará (UFC) e um dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A frente da escola é bastante arborizada, com um estacionamento para os professores e diretoria. As paredes externas são, em quase sua totalidade, pichadas. A entrada de alunos se dá através de uma rampa, propícia também para cadeiras de rodas. Após a porta de entrada, existe um pequeno espaço onde de um lado vê-se uma janela para a tesouraria e de outro o almoxarifado da escola, é lá que alguns alunos deixam suas bicicletas. Após este espaço há um novo portão que o separa de um corredor onde, à direita, localizam-se a diretoria, o laboratório de informática e a sala dos professores; já à esquerda, observa-se a secretaria, um grande armário cheio de livros e a entrada do pátio, também separada por um portão sempre trancado com um cadeado.

À frente do pátio abre-se um outro espaço no qual se localizam diversas salas de aula. No lado direito do pátio tem-se um corredor contendo salas de aula, sala de multimeios, laboratórios de química e biologia. É importante lembrar que em uma das salas deste corredor também funcionava um consultório odontológico, o qual encontra-se desativado. No lado esquerdo do pátio, funciona um refeitório.

No geral, a escola oferece aos alunos uma boa infraestrutura, salas amplas, bons espaços de atividades extra-sala, sempre limpos e cuidados pelos funcionários dos serviços gerais (zeladores) que estão sempre presentes e prontos a ajudar.

As salas de aula têm suas paredes enfeitadas com motivos infantis, e constituem-se de carteiras (porém várias danificadas), estante de livros, bureau do professor e amplo quadro de giz.

A sala dos professores é ampla e aconchegante. Possui uma mesa de reuniões, com um número de cadeiras suficientes para todos os professores de cada turno e cadeiras extras para visitantes. Há uma bonita estante com livros

e um aquário e, ao lado, tem-se um computador, uma pequena mesa com uma garrafa de café e um gel'água. Nas paredes observam-se flanerógrafos e um quadro para avisos e recados. A sala tem uma excelente iluminação, ar condicionado, dois banheiros com chuveiros.

De acordo com dados obtidos na secretaria, na escola A, estudam um total de 1004 alunos distribuídos da seguinte forma: no período da manhã freqüentam 368 alunos, à tarde são 369 e à noite, 267. Estes alunos são divididos num total de 43 turmas, distribuídas como a seguir: 15 turma pela manhã, 15 à tarde e 12 à noite (incluindo a aceleração).

O Ensino Fundamental é uma reformulação atual do antigo 1º grau. Nas escolas estaduais é dividido em quatro ciclos, sendo que cada ciclo corresponde a duas séries do antigo 1º grau.

O quadro abaixo demonstra uma síntese da distribuição do número de turmas em cada ciclo do Ensino Fundamental da escola A, conforme o modelo das escolas estaduais:

QUADRO 2: Distribuição do número de turmas em cada ciclo do Ensino Fundamental e as respectivas idades a quais se destinam, no turno da manhã na escola A.

CICLOS	IDADES	Nº DE TURMAS
Ciclo I	06 anos	1
Ciclo I	07 anos	1
Ciclo I	08 anos	2
Ciclo II	09 anos	1
Ciclo II	10 anos	2
Ciclo III	11 anos	2

QUADRO 3: Distribuição do número de turmas em cada ciclo do Ensino Fundamental e as respectivas idades a quais se destinam, no turno da tarde na escola A.

CICLOS	IDADES	Nº DE TURMAS
Ciclo III	12 anos	2
Ciclo IV	13 anos	2
Ciclo IV	14 anos	2

Dentre os principais eventos contidos na agenda desta escola, constatamos que há alguns eventos além do que são normalmente comemorados nas escolas, o dia internacional do enfermeiro também está incluído como data comemorativa. Este fato é fruto do trabalho realizado nesta escola pelo Projeto AIDS - Educação e Prevenção e pelos professores e alunos da disciplina de Enfermagem no processo de Cuidar I do Departamento de Enfermagem/FFOE/UFC.

A escola conta, ainda, com parcerias importantes com a comunidade, entre elas os amigos da escola, a participação de alunos do CEFET (Centro Federal de Ensino Tecnológico) e dos cursos da saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC), onde destacamos a participação da enfermagem com o Projeto AIDS: Educação e Prevenção e a Disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar I.

Os principais eventos contidos na agenda desta escola são: feiras culturais, realizadas em maio e novembro; datas comemorativas como o dia das mães, dos pais, dos professores e da independência; confraternizações de São João e natal; eventos sugeridos pelo governo como o dia da família na escola e ação global. As quais são atividades que promovem a interação entre escola, alunos e famílias.

Quanto à escola B, trata-se de uma escola de ensino fundamental e médio, vinculada à prefeitura municipal de Fortaleza. Está localizada em uma área pobre, de periferia da capital cearense, atendendo a uma comunidade carente.

Externamente, a escola possui um muro alto, de paredes limpas e sem pichações, provido ainda de uma calçada larga, onde crianças da redondeza andam de bicicleta. Para entrada de alunos, funcionários e visitantes da escola existe um portão com uma janela onde o porteiro identifica as pessoas. Há ainda outro portão para entrada de veículos, o qual leva à um amplo estacionamento interno à escola.

Ao entrarmos pela entrada dos alunos, nos deparamos com o porteiro, um senhor de terceira idade e bastante simpático e atencioso. Vemos em seguida, à esquerda um grande espaço arborizado e à direita um pátio com as bandeiras nacional, do Ceará e da escola. Seguindo em frente chegamos a um pátio onde as crianças brincam durante o intervalo. Ao redor deste pátio estão as salas da secretaria, tesouraria e diretoria, além da cantina. Há ainda duas passagens que levam aos banheiros salas de aula e sala dos professores.

Atrás do prédio central da escola localiza-se a quadra coberta, onde são realizados jogos, eventos e reuniões da escola. Além de excelente espaço para recreação e educação física. Próximo à quadra estão sendo construídas uma creche e um grande refeitório, aproveitando o espaço livre do terreno.

Como descrito, a escola oferece aos alunos uma ampla e adequada infraestrutura, porém com alguns pontos negativos a serem revistos: entre as salas de aula e a quadra existem muitos batentes onde as crianças podem se machucar ao correrem na hora do recreio. As crianças têm acesso à área onde está sendo feita a construção mencionada acima, correndo o risco de se machucarem.

Quanto à parte interna das salas, pode-se observar a boa conservação tanto das paredes como mobiliário, os quais são adequados à faixa etária das crianças a que se destinam. As paredes são desenhadas com motivos de desenhos animados conhecidos e contém grandes quadros de giz, além de cartazes confeccionados pelos próprios alunos ou de campanhas de saúde ou meio ambiente.

A sala dos professores é ampla e confortável, possuindo uma mesa de reuniões adequada ao número de professores, estantes de livros, quadro de avisos, flanerógrafos, cartazes com datas de aniversário de todos os funcionários, quadro branco. Possui ainda uma mesa para café, geladeira, televisão,

computador com impressora, boa iluminação, ar condicionado, banheiros limpos e bem conservados.

A escola B possui 943 alunos distribuídos da seguinte forma: 332 freqüentam a escola pela manhã; 322 estudam à tarde e 289 à noite.

Quanto ao Ensino Fundamental, o quadro abaixo resume o número de turmas e de professores em cada turno:

QUADRO 4: Distribuição do número de turmas e de professores em cada série do Ensino Fundamental, no turno da manhã na escola B.

Séries	Nº de Turmas	Nº de professores
1ª Série	3	3
2ª Série	3	3
3ª Série	3	3
4ª Série	4	4

Observa-se no quadro que as séries iniciais do ensino fundamental funcionam pela manhã, totalizando 11 turmas e 11 professores.

QUADRO 5: Distribuição do número de turmas e de professores em cada série do Ensino Fundamental, no turno da tarde na escola B.

Séries	Nº de Turmas	Nº de professores
5ª Série	3	*
6ª Série	3	*
7ª Série	2	*
8ª Série	2	*

* Nestes casos, o número de professores não é dividido por séries e sim por disciplina, por exemplo, o professor de ciências leciona em todas as séries, assim como o de português, história, etc.

As turmas de adolescentes de 5ª a 8ª séries somam-se 10, sendo que há 14 professores se revezando nas diversas disciplinas deste período escolar.

Inserida na agenda escolar existem uma série de eventos que são comemorados na escola, desde a campanha da fraternidade, dia das mães, dos pais, das crianças, dos professores, até feiras de ciências e das nações. Além disso, foram feitas campanhas e passeatas contra a dengue e contra a poluição. É notória a participação de pais e familiares nestes eventos, demonstrando uma boa relação escola-família.

A escola também oferece cursos de culinária, artesanato e cerâmica para as mães dos alunos ou outras pessoas interessadas da comunidade em parceria com organizações não-governamentais.

Outro ponto de apoio para atividades extra-curriculares e de interesse da comunidade é que há uma participação ativa dos integrantes do projeto AIDS na escola junto a todos os atores que a compõem tais como oficinas e palestras com pais, alunos e professores.

Apresenta uma estrutura física adequada para o número de alunos e para as atividades de ensino-aprendizagem desenvolvidas na escola. Há um bom pátio, quadra poliesportiva coberta, refeitório, sala de reuniões e atividades similares, além da sala de aula, diretoria e secretaria.

A escola B tem sua estrutura física um pouco maior do que a escola A, porém as rotinas, a agenda, o número de professores, alunos e funcionários são similares. Vale ressaltar que em ambas as escolas tivemos uma boa recepção por parte da diretoria, demais funcionários e alunos, fator que contribuiu de forma positiva no nosso estudo.

4.2. A ESCOLA COMO AMBIENTE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Resgatando o conceito de saúde proposto na Conferência Internacional de Saúde em Alma-Ata, em 1978, como sendo o completo bem

estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças, percebe-se uma visão progressiva de saúde desde aquela época. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste no modelo assistencial brasileiro, adota um conceito no qual são definidos os elementos condicionantes de saúde, conforme afirma Cunha e Cunha (2001, p.14):

“A saúde incorpora o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc); o meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos, etc); garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.”

Neste contexto, a saúde não pode ser mais vista de uma forma estática e as formas de consegui-la e mantê-la não se resumem mais ao simples fato do acesso a hospitais e centros de saúde. O ambiente, conforme o conceito apresentado, exerce influência sobre a saúde de indivíduos, pois os mesmos estão em constante interação com este meio ambiente físico.

Neste ponto, a escola, como instituição formadora de cidadãos e construtora de conhecimentos e cultura, possui uma responsabilidade primordial quanto à saúde de seus alunos, iniciando pelo oferecimento de um ambiente saudável de convivência e aprendizagem. Esta proposição faz parte do rol de recomendações presente na Declaração de Alma-Ata que, de acordo com OMS (1979), influenciou a prática brasileira definindo a saúde como um direito universal, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde, onde podemos destacar as instituições de ensino.

Nas escolas pesquisadas encontramos condições favoráveis à promoção da saúde e outras que merecem uma atenção especial quanto à questão ambiental. Houve a necessidade de apresentar estes aspectos em separado devido às grandes divergências entre as escolas em relação ao ambiente físico.

Quanto à escola A, apresentamos os seguintes aspectos em relação ao ambiente:

- a) É bastante arborizada;
- b) A entrada dos alunos se dá através de uma rampa, propícia também para cadeiras de rodas;
- c) Portões que separam os diversos ambientes da escola;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

- d) Espaços sempre limpos e bem cuidados pelos zeladores;
- e) Presença de diversas pichações nas paredes;
- f) Salas enfeitadas com motivos infantis;
- g) Salas amplas, porém com carteiras danificadas.

Em relação à escola B destacamos:

- a) Possui um muro alto e sem pichações;
- b) Presença de uma calçada larga no lado externo;
- c) Portão de entrada com fenestra para identificação das pessoas pelo porteiro;
- d) Há um local específico para a guarda das bicicletas dos alunos;
- e) Espaços amplos e limpos para recreação e educação física;
- f) Excesso de batentes entre as salas de aula e o pátio;
- g) Presença de cartazes confeccionados pelas próprias crianças;
- h) As crianças têm acesso a uma área em construção.

Conforme as evidências apresentadas, há uma preocupação das escolas de oferecer condições ambientais adequadas, com algumas ressalvas. A agradabilidade do ambiente das escolas compreendem a arborização, salas enfeitadas com desenhos e cartazes, espaços limpos e amplos, os quais oferecem aos alunos sensação de bem estar dentro destes espaços.

Neste sentido, entendemos que há uma concepção de saúde manifesta no ambiente escolar que está em consonância com Nogueira (2001), o qual refere que a saúde é resultante de uma soma de iniciativas que melhoram as condições do ambiente, da moradia, alimentação, etc. Culminando na busca do equilíbrio, bem-estar e, mais atualmente, na qualidade de vida. Portanto, a escola contribui para o bem estar dos alunos quando fornece condições ambientais saudáveis.

A valorização da criação de um ambiente saudável também está presente na proposta do PCN como um tema transversal, abordando questões sobre meio ambiente que devem ser discutidos em sala de aula, iniciando pela própria infraestrutura da escola. De acordo com Grynszpan (1999), a educação em saúde e a educação ambiental caminham lado a lado, e devem deixar o

campo restrito das aulas de ciências, avançando para descobertas dos ambientes e das relações interpessoais e com o meio físico.

A abordagem destas questões no PCN são apontadas em Brasil (1997) quando relata que no estudo das relações entre saúde e ambiente devem ser considerados os fatores que têm comprometido a salubridade ambiental e alternativas aplicadas ou possíveis em experiências efetivas. Isto não se restringe apenas a questões geográficas, mas a escola deve promover cotidianamente a participação ativa na conservação de ambiente limpo e saudável na escola e nos lugares públicos em geral.

Esta recomendação faz parte dos Planos Políticos Pedagógicos das escolas em questão, enfocando inclusive ações comunitárias. Por diversas vezes, encontramos nestes planos a descrição de atividades que abordam a manutenção dos ambientes limpos e agradáveis. Dentre estes espaços, o ambiente escolar é apontado no PPP, visando o esclarecimento do aluno sobre as potencialidades do ambiente para a aprendizagem e bem-estar das crianças e adolescentes.

Os professores manifestaram opiniões a respeito do ambiente escolar que merecem consideração neste momento da discussão:

“Eu acho que o espaço do pátio é muito pequeno. As crianças brincam muito, correm muito na hora do recreio. Parece um trovão” (riu da comparação que fez)

“A sala do ciclo III não dá pro número de alunos. Pra você ter uma idéia, são mais de cinquenta alunos e todo professor reclama” (demonstrou preocupação)

“Na hora da saída o corredor fica estreito pra tanta gente querendo sair ao mesmo tempo e agente se preocupa. As salas de frente ao pátio são melhores nisso.”

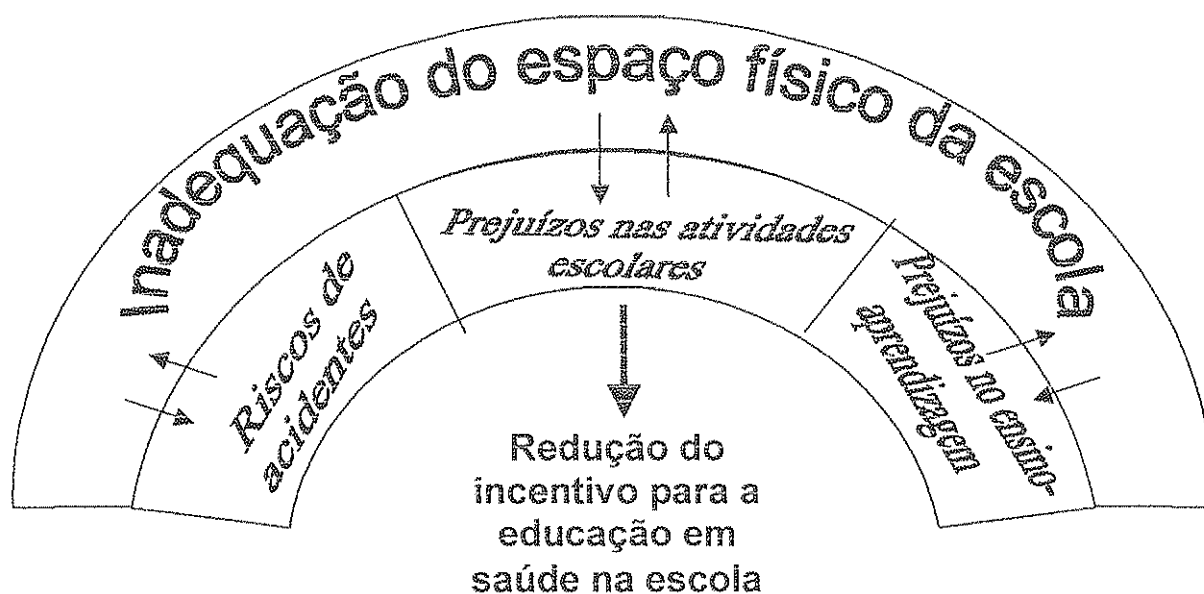
“Aqui tem quadra, mas é muito grande, as crianças ficam dispersas. O único espaço que a gente tem é a sala de aula e o pátio. Dá pra fazer pouca coisa.”

É importante salientar que para haver um desenvolvimento cognitivo e físico da criança em idade escolar e as brincadeiras são cruciais para a

estimulação da mesma. De acordo com Sigaud e Veríssimo (1996), a criança nesta idade aprecia as brincadeiras em grupo que buscam atingir um objetivo comum, tais como esportes, jogos com bola, além das que possuem caráter competitivo como corridas, pega-pegas, etc. Diante disto, percebe-se a relevância do espaço da escola para tais brincadeiras em grupo, pois incentivam o senso de equipe e a auto-estima das crianças, além de ser excelente forma de exercício físico estimulando o desenvolvimento da coordenação e habilidade motora.

Colocando a essência das falas acima no modelo *sunrise*, nota-se que a percepção do professor quanto ao espaço físico escolar não está direcionada fundamentalmente ao desenvolvimento infantil, conforme veremos:

FIGURA 1: Influência do ambiente físico da escola na saúde das crianças sob a perspectiva dos professores.



É notório que há uma preocupação dos professores em relação à adequação da amplitude do espaço disponível para as crianças, porém o enfoque maior percebido nos relatos é em relação à segurança física das crianças e prejuízos no processo de ensino aprendizagem, em detrimento ao senso de importância deste ambiente para o bom desenvolvimento das mesmas.

A segurança como uma necessidade humana básica, também faz parte da concepção ampla de saúde. Portanto, quando se coloca que existem

portões separando diversos ambientes da escola e muros altos, percebe-se que há uma preocupação de ambas as escolas com este ponto, já que as mesmas estão expostas a risco de ação de *gangs*, violência, etc. No entanto, foi observado que este número grande de portões, principalmente presentes na escola A, dificultavam a comunicação entre alunos e funcionários, separando espaços e pessoas. Esta percepção da observação foi confirmada através de expressões e gestos dos professores e alunos.

Mesmo compreendendo a necessidade da escola em prover um espaço para os alunos, há que se considerar que, de certa forma, o excesso de grade pode reforçar a idéia ou gerar no imaginário da criança a sensação de contensão o que prejudica a aprendizagem, tendo em vista que as relações interpessoais são o cerne da educação. Não há educação sem comunicação, portanto não há educação em saúde sem estes aspectos.

A presença de batentes e o acesso das crianças a ambientes em construção na escola B revelam riscos quanto à segurança. As crianças ao saírem para o intervalo podem sofrer acidentes ao correr entre os batentes, além de utilizarem material de construção nas brincadeiras. Observou-se que não havia nenhuma restrição física (cerca, muro, etc) ao acesso a esta área em construção. Esta percepção do risco foi manifestada pelos pais dos alunos durante uma atividade educativa desenvolvida pelo Projeto AIDS: Educação e Prevenção.

Segundo Brasil (1997), os acidentes podem ser abordados em um ponto de vista prático, onde os alunos podem experimentar formas de prevenção de acidentes e medidas de primeiros socorros em casos simples e comuns na escola. Portanto, o fato de haver batentes e material de construção na escola, estes podem ser utilizados para discussão em aulas sobre prevenção de acidentes, sendo em seguida destacados aspectos de proteção para estas situações.

A presença de um porteiro fazendo o controle da entrada de pessoas na escola, através de sua identificação, com o recurso de um portão fenestrado e um local específico para guarda de bicicletas, são fatores importantes quanto a segurança física e de bens dos alunos, já que a entrada e saída de pessoas na escola passa por um controle.

Esta análise em relação à observação do campo quanto a segurança é ampla em relação à visão dos professores, conforme as falas apresentadas anteriormente, onde a concepção de segurança está resguardada em conotações quanto ao risco de acidentes devido aos alunos correrem e brincarem em ambientes apertados das escolas.

No entanto, os professores revelam outra preocupação quanto a inadequação da amplitude do ambiente: os prejuízos para o processo ensino-aprendizagem. Quando uma das professoras coloca que "não dá pra fazer nada", revela uma certa desmotivação para a realização de atividades que gostaria de desenvolver, porém as condições não são favoráveis para tanto. Nesta perspectiva, percebe-se que um dos entraves para atividades como a educação em saúde se concentra neste ponto.

De acordo com Aquino (2002), a educação também depende do meio. Caso o professor não leve em consideração este fator, cairá na rotina, tornando-se retrógrado e destoante da evolução dos valores da nova escola. No caso em questão, o professor tem interesse no ambiente, porém nada foi dito ou observado quanto a tentativa de mudar esta condição, a não ser a fala da diretora da escola B quanto à necessidade de ampliação das salas de aula, em uma reunião sobre o PDE.

O ponto de vista dos professores está voltado para a sala de aula e ao ambiente que consideram de importância para o aprendizado. No entanto, há outro foco de preocupação que, para eles também era muito importante, o acesso à área em construção. Reforça-se aqui a importância da união entre os diversos elementos formadores da escola (professores, pais e alunos) para que seja oferecido um serviço educativo mais satisfatório para todos os elementos citados.

A discussão concebida nesta análise, até o momento, revelou nuances da interação entre ambiente e saúde, além da importância destes elementos para a educação em saúde na escola. Estas interpretações sobre o ambiente das escolas em questão e seus potenciais para promoção da saúde pode transparecer que esta situação assume um papel de maior relevância para os professores, se destacando como entrave para a educação em saúde. Porém existem outras determinantes que, na visão do professor, também exercem influências nesta prática, como apresentado no item seguinte deste texto.

4.3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOB O PRISMA DO PROFESSOR E DA ESCOLA:

Quando as explicações sobre os objetivos do estudo foram dadas aos professores após nosso ingresso na escola (ver metodologia), observou-se uma certa resistência em relação à educação em saúde e aos PCN. Vejamos a seguir os argumentos lançados pelos mesmos:

- a) Falta de tempo dos professores para um trabalho extra-sala.
- b) Pouco interesse dos alunos em trabalhos realizados pelos professores, achando que uma pessoa externa à escola suscitaria mais respeito e participação dos alunos.
- c) Ausência de espaço no currículo escolar para educação em saúde contínua.

O esquema a seguir (baseado no modelo *sunrise* conforme descrição metodológica) demonstra de uma forma simplificada e sintetizada a visão do professor a respeito das dificuldades de implementação da educação em saúde e os fatores que influenciam a mesma.

FIGURA 2: Entraves da educação em saúde na escola na perspectiva do professor.



Estes aspectos demonstram que esta resistência é fruto, principalmente, da visão da educação em saúde como atividade extracurricular, conseqüentemente, da falta de tempo em decorrência de uma tarefa extra. O que gera obstáculos para elaboração e implantação de estratégias com este fim. Isto denota uma falha de inter-relação entre os temas transversais do PCN e as disciplinas convencionais do currículo. Em algumas literaturas, Maranhão (2000), Ribeiro (2000) e Grynzpan (1999), encontramos dificuldades quanto à aplicação de novas técnicas e novos conceitos na grade curricular articulados com a falta de estímulo do professor devido à rigidez destas propostas curriculares implantadas a muito, além do tipo de educação que os próprios professores tiveram em sua formação profissional.

De acordo com Levy (2000), quando são propostos trabalhos que tratem de questões sociais divergentes do conteúdo programático das disciplinas, algumas questões sobre a formação do professor vêm à tona, pois tradicionalmente a formação dos educadores brasileiros não contempla aspectos sociais e políticos. Portanto, há uma necessidade de educação continuada sobre temas como ética, pluralidade cultural, política, saúde e educação sexual.

Além disso, a cultura impregnada nas grades curriculares atuais advém de um período longo de ditadura militar, onde os interesses políticos eram impostos em todas as organizações sociais instaurando fortes influências na elaboração e implementação de planos pedagógicos, os quais centravam-se impreterivelmente nas grandes áreas de conhecimento sendo abordada de forma bancária ou repetitiva onde aos alunos não era permitido questionar ou discutir.

Quanto à concepção de que um profissional externo à escola teria mais respaldo em abordar o assunto em sala, também pode-se associar a esta imposição militarista e ao próprio desenrolar das políticas de saúde brasileiras, onde neste período a idéia da supremacia do conhecimento médico estava extremamente valorizada e embasada pelo modelo assistencialista privatista.

Com a criação e implementação do SUS, a descentralização, universalização, a equidade e a participação popular (que são princípios do sistema) passaram a nortear as ações de saúde, expandindo o conhecimento sobre o processo saúde-doença para espaços além do hospital, tornando a promoção de saúde mais democrática. Porém este processo de transformação é

lento e exige competência e sensibilidade dos que participam, direta ou indiretamente, das ações de saúde para o avanço das mudanças e aproveitamento dos espaços de promoção e prevenção.

Percebe-se que esta circunstância é multifatorial, onde a "falta de aceitação" dos professores em relação ao tema não está relacionada ao simples desinteresse, mas a um contexto complexo, onde está inserida a situação da educação no Brasil.

Atualmente tem-se valorizado deveras a interdisciplinaridade como estratégia de incrementar a qualidade do ensino-aprendizagem em um contexto de realidade social onde a população-alvo (crianças e adolescentes) está inserida. Nesta perspectiva, a implementação dos PCN é conseqüência desta tendência, que é mundial. Esta noção de interdisciplinaridade e transversalidade permeia os planos de desenvolvimento escolar (PDE) e os planos políticos pedagógicos (PPP) de muitas escolas, inclusive a escola A de nosso estudo. No entanto, convive-se com poucos instrumentos e meios para implementar a interdisciplinaridade, no campo da promoção da saúde no espaço escolar, onde sobretudo há uma carência de capacitação adequada dos recursos humanos.

4.4. PDE X PCN: PONTOS DE ENCONTROS E DESENCONTROS:

a) O PDE (plano de desenvolvimento escolar):

O Plano de Desenvolvimento Escolar (PDE) é um documento que traça diretrizes para atender às expectativas da comunidade escolar em relação à infraestrutura e atividades desempenhadas pela escola. Segundo Bahia (2001), é um processo gerencial de planejamento estratégico, coordenado pela liderança e elaborado pela comunidade escolar de maneira participativa.

A elaboração do PDE da escola A, contou com a participação de todos os segmentos da escola que se fizeram presentes nos encontros para

discussão e análise. O material foi organizado por uma comissão que solicitou uma reunião com o conselho escolar para apreciação e emissão de pareceres.

Dentro do PDE encontramos, inicialmente, a missão da escola A: *assegurar a permanência e o sucesso do educando na escola, instrumentalizando-o com meios técnicos e éticos, através do ensino fundamental e médio, para que o mesmo esteja apto a ingressar no mercado de trabalho e vivenciar sua cidadania de forma plena.*

Em seguida, encontramos a visão do futuro da escola que diz: *A escola A no ano de 2004 terá credibilidade junto à comunidade escolar pela excelência do trabalho oferecido. Neste contexto, a escola deverá caracterizar-se pela vivência de um currículo atualizado e integrado, cuja a metodologia de trabalho dos educadores seja participativa e reflexiva, valorizando os aspectos técnico e científico, político e histórico, visando a problematização da realidade a ser transformada, tendo como base as necessidades concretas dos contextos político, histórico e social. Acima de tudo a escola deverá priorizar a qualidade de ensino, investindo mais nos seus profissionais, proporcionando atualização periódica e salários dignos e justos.*

Posteriormente, o texto do PDE da escola A traz uma avaliação de alguns pontos importantes no contexto da escola. O conselho escolar apontou os seguintes pontos a melhorar: rigor na documentação exigida para a matrícula; procura maior que oferta de vagas; não há matrícula de crianças com necessidades especiais; as instalações físicas necessitam de ampliação; atendimento e condições de trabalho na secretaria da escola; necessidade de ampliação e intensificação de atividades extra-classe e uso da biblioteca; necessidade de intensificar parcerias com a comunidade externa (entidades de classe, associações comunitárias, etc); falta de acompanhamento da comunidade nos gastos de recursos financeiros; pouca participação discente nas decisões; falta de recursos e espaço para educação física.

Em relação aos pontos fortes, encontramos o seguinte: adequado número de alunos por turmas, sem superlotação; instalações físicas limpas e apropriadas para o trabalho escolar; boa frequência dos alunos e professores; a merenda escolar atende a necessidade do ensino fundamental; frequência de reunião com pais e professores; índice de evasão e reprovação reduzindo a cada

ano; boa comunicação entre escola e comunidade; diretoria competente e empenhada.

O PDE traz também informações a respeito do número de alunos matriculados e índice de evasão em vários anos, índice de reprovação por disciplina, número de professores e turmas, programação de receitas e despesas, metas e objetivos a serem alcançados pela escola.

Os principais objetivos do PDE em relação à infraestrutura são: aquisição de material de consumo e limpeza, recuperação de instalações elétricas e hidráulicas, pinturas e reparos no prédio da escola, aquisição de materiais permanentes (ventilador, TV, vídeos, etc), ampliação de salas de aula, ampliação de biblioteca e sala de multimeios, aquisição de livros paradidáticos, construção de uma quadra poliesportiva.

Quanto ao PDE da escola B, segue as mesmas diretrizes da escola A, tendo perspectivas e objetivos a serem alcançados semelhantes, principalmente pelo fato de também serem semelhantes em número de alunos, população assistida e infra-estrutura.

É válido ressaltar que o PDE não traz conceitos e metas de educação e nem conteúdos programáticos de disciplinas, pois estes elementos são tratados mais apropriadamente no plano político pedagógico (PPP).

O delineamento e elaboração deste documento realizaram-se através de reuniões com funcionários e participantes do conselho escolar. Antes do início do ano letivo, o PDE é analisado e modificado de acordo com as medidas tomadas no ano anterior e seus resultados, além dos objetivos a serem seguidos no ano seguinte.

Nesta avaliação, há um levantamento de indicadores importantes no contexto da escola. O conselho escolar apontou os seguintes pontos a melhorar: procura maior que oferta de vagas; período curto de matrículas; necessidade de aproveitamento do terreno da escola; necessidade da inserção de mais um funcionário na secretaria para atender a demanda de forma adequada; necessidade de ampliação e intensificação de atividades extra-classe e uso da biblioteca; Falta de professores para as disciplinas de religião e língua estrangeira; necessidade de reciclagem dos professores e funcionários.

Em contraponto, os pontos fortes são muitos e vale a pena descreve-los: salas de aula e mobiliário bem conservadas e em bom estado de limpeza; boa frequência dos alunos e professores; presença da comunidade na escola, principalmente os pais dos alunos; implantação de cursos de culinária e artesanato para aproximar ainda mais a comunidade; baixo índice de evasão e reprovação; pontualidade e assiduidade dos funcionários; excelente relação entre diretoria, docentes e discentes; diretoria compromissada, competente e democrática.

Da mesma forma da escola A, O PDE da escola B também informa a respeito do número de alunos matriculados e índice de evasão em vários anos, índice de reprovação por disciplina, número de professores e turmas, programação de receitas e despesas, metas e objetivos a serem alcançados pela escola.

A angariação de recursos objetiva a manutenção de instalações elétricas de toda a escola; aquisição de materiais didático-pedagógicas para atividades extra-classe; aquisição de materiais permanentes (ventilador, TV, vídeos, etc); término da quadra poliesportiva; construção de uma creche em terreno ocioso da escola; finalização da obra de construção do refeitório.

O PDE constituiu-se num veículo de mobilização e participação política de todos os atores sociais envolvidos com a escola. Entendemos que esta forma de participação contribui para o fortalecimento da escola e de seus membros em busca de uma maior autonomia.

Diante destas colocações sobre o PDE, é importante demonstrar o plano político pedagógico (PPP) das escolas, o qual trata-se de um documento gerado a partir do planejamento anual das disciplinas em cada série ou ciclo. Sendo também importante para este trabalho por revelar os conteúdos, métodos e técnicas planejados para serem trabalhados durante o ano na escola. Este documento traz a tona a filosofia educacional da escola e é um dos pontos fundamentais da pesquisa documental deste estudo, conforme item seguinte.

b) Plano Político Pedagógico (PPP):

Este documento visa esclarecer a metodologia de trabalho e os conteúdos didático-pedagógicos adotados na escola por professores e funcionários. Apresentaremos os planos políticos das escolas em separado devido às grandes diferenças quanto ao conteúdo e implementação deste documento.

Escola A:

Segundo o PPP, os principais valores que a escola deve ter são: a busca do ensino de qualidade; envolvimento co-responsável da comunidade no dia-a-dia escolar; transparência administrativa; adequação do ensino às características biopsicossocial dos educandos; formação do educando para o exercício da cidadania, desenvolvimento de suas potencialidades; desenvolvimento dos princípios éticos, políticos, estéticos e pedagógicos, tendo em vista a autonomia e a responsabilidade, a criatividade e o respeito à ordem democrática; priorização da formação ética, da autonomia intelectual e do pensamento crítico.

A meta do PPP é que a escola, até o ano de 2003, tenha alcançado excelência no trabalho desenvolvido junto à comunidade escolar, e para isso a escola deverá caracterizar-se pela vivência de um currículo atualizado e integrado, cuja metodologia dos educadores seja participativa e reflexiva, valorizando a problematização da realidade a ser transformada, tendo como base as necessidades concretas dos contextos político, histórico e social.

O PPP demonstra, ainda, os objetivos a serem alcançados nas diversas áreas de concentração das disciplinas do ensino fundamental. No quadro abaixo fizemos uma síntese desses objetivos, destacando àqueles que se aproximam das concepções da educação em saúde:

QUADRO 6: Objetivos das áreas de concentração do ensino fundamental:

Área de Concentração	Objetivos
Linguagem e códigos	Conhecer e respeitar as variedades lingüísticas utilizando diferentes registros, inclusive os mais formais, compreendendo os contextos orais para desenvolver a capacidade artística em diversas modalidades e produzir trabalhos pessoais e grupais, participando de atividades corporais que venham valorizar hábitos saudáveis de respeito mútuo e a capacidade crítica.
Ciências naturais e matemáticas.	Preparar o aluno para conviver com avanços técnico-científicos, favorecendo o desenvolvimento de capacidades de refletir, investigar e interpretar informações, ajudando-o a perceber a tecnologia como produto científico, o que lhe confere um caráter de não neutralidade necessitando estabelecer limites para sua utilização pelo ser humano e pelas sociedades em geral.
Ciências humanas	Fazer o aluno compreender sua realidade posicionando-se segundo seu próprio juízo de valor considerando diferentes pontos de vista de cada situação, vivendo numa relação construtiva consigo mesmo e com o seu meio , colaborando para que a sociedade seja ambientalmente sustentável e socialmente justa.

O período letivo da escola é dividido em quatro períodos, com 50 dias letivos em cada período. No ensino fundamental, as reuniões pedagógicas são realizadas no primeiro sábado de cada mês. Quanto a atividades extra-classe, são mantidas pela escola aulas de teatro, canto, dança e capoeira. Em relação às famílias, são realizadas reuniões festivas de acordo com o calendário

escolar e outras quando necessárias, sendo enviados convites com antecedência através dos alunos.

Os quadros abaixo fazem um demonstrativo resumido da proposta curricular da escola. Visando o foco do nosso estudo, ressaltamos apenas a relação entre os temas transversais, no tocante à saúde, e os procedimentos didáticos propostos dentro de cada disciplina, dividido por ciclos. Além disso destacamos em negrito os elementos de maior importância para a educação em saúde na escola.

Ciclo I e II:

QUADRO 7: Disposição dos temas transversais na disciplina Língua Portuguesa

<u>TEMAS TRANSVERSAIS</u>	<u>PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS</u>
Ética	*Desenvolvimento da auto-estima e a autonomia , tendo em vista o sentido ético das relações humanas.
Meio ambiente	*Questionamento de atitudes de personagens criados, através do meio ambiente em que estão inseridos
Pluralidade cultural	*Participação em situações de intercâmbio oral relatando experiências, fatos e acontecimentos na perspectiva de socialização com o grupo em relação ao respeito mútuo , senso de justiça e solidariedade .

↳ Matemática: nenhum tema transversal relatado.

QUADRO 8: Disposição dos temas transversais na disciplina História:

<u>TEMAS TRANSVERSAIS</u>	<u>PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS</u>
Ética e orientação sexual	*Identificação dos papéis sexuais (homem X mulher) a partir de brincadeiras e das

	relações de trabalho na sociedade, através de teatro e representações do cotidiano.
Meio ambiente	* Produção coletiva de regras de convivência e conversa sobre estas regras, na escola, na família, em locais públicos e privados de modo geral.
Pluralidade cultural	*Produção coletiva, com ajuda do professor, de textos orais e escritos (relatórios, entrevistas, histórias de vida , festividades da localidade e outros acontecimentos significativos na vida dos alunos).

QUADRO 9: Disposição dos temas transversais na disciplina Geografia:

TEMAS TRANSVERSAIS	PROCEDIMENTOS DIDATICOS
Ética	*Entrevistas com pessoas que exerçam as mais diferentes atividades do bairro e fora dele, possibilitando assim diferentes posicionamentos.
Meio ambiente	*Observação e descrição de diferentes formas pelas quais a natureza se apresenta na paisagem local nas construções de moradia, na organização dos bairros, nos modos de vida dos moradores . *Pesquisa e entrevistas para identificação de dados envolvendo a paisagem local , bem como as transformações feitas pelo homem. *Estímulo à pesquisa sobre as questões ambientais .
Pluralidade cultural	*Dramatização com situações do cotidiano dos diferentes espaços (rural e urbano), identificando sua organização e produção.

Saúde	*Incentivo à propagação da noção de preservação do meio ambiente , através de palestras, campanhas de coletas de lixo seletiva na escola e em casa.
-------	--

↳ Educação física: nenhum tema transversal relatado.

QUADRO 10: Disposição dos temas transversais na disciplina Ciências Naturais:

<u>TEMAS TRANSVERSAIS</u>	<u>PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS</u>
Ética	*Organização e registros de informações por meio de listas, quadros, desenhos e textos simples sobre hábitos de alimentação e de higiene, comportamento e características corporais dos seres humanos, nas diferentes fases da vida, ressaltando as transformações e as diferenças individuais.
Meio ambiente	*Busca e coleta de informações sobre o meio ambiente no que se refere às questões ambientais. *Participação ativa na conservação de ambientes limpos e saudáveis. Lar, escola, comunidade – desenvolvendo atitudes de preservação ambiental e melhoria da qualidade de vida.
Saúde	*Representação de situações cotidianas relacionadas às regras básicas de higiene oral, corporal, ambiental e alimentar para aplicação na vida diária, desenvolvendo hábitos e atitudes de valorização da vida. *Coleta de informações sobre a situação de saúde na comunidade , sob a orientação do

	professor, tendo em foco as doenças mais comuns na infância e a situação de vacinação da população para estruturar possibilidades de ação no sentido de adotar condutas preventivas e utilizar os recursos de saúde existentes.
Orientação sexual	*Características corporais dos seres humanos , nas diferentes fases da vida, ressaltando as transformações e as diferenças individuais .

↳ Ensino religioso: nenhum tema transversal relatado.

↳ Arte e Educação: nenhum tema transversal relatado.

Ciclo III e IV:

QUADRO 11: Disposição dos temas transversais na disciplina Língua Portuguesa

<u>TEMAS TRANSVERSAIS</u>	<u>PROCEDIMENTOS DIDATICOS</u>
Ética	*Ampliação da habilidade de falar, através do diálogo franco, respeitando o ponto de vista e a variedade lingüística do outro.
Meio ambiente, saúde e orientação sexual	*Utilização da leitura com objetivos definidos: informação, estudar, produzir, dramatizar, para posicionar-se como cidadão .
Pluralidade cultural	*Atividades que ampliem habilidades de leitura de diversos portadores de texto, explorando as especificidades, o contexto para inferir sua intencionalidade. *Atividades propiciem ao aluno a percepção

	da organização e da estruturação textual, considerando destinatário, finalidade, estilo, tendo em vista a função social da escrita .
--	---

↳ Matemática: Há a relação de conteúdos com temas transversais, mas nenhum tem relação com a saúde.

QUADRO 12: Disposição dos temas transversais na disciplina História:

<u>TEMAS TRANSVERSAIS</u>	<u>PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS</u>
Ética, meio ambiente pluralidade cultural e saúde	*Estudo de situações de vida dos povos indígenas cearenses conhecendo sua organização social, política e cultural, bem como suas formas de sobrevivência .

QUADRO 13: Disposição dos temas transversais na disciplina Geografia:

<u>TEMAS TRANSVERSAIS</u>	<u>PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS</u>
Meio ambiente e saúde	*Trabalho de campo: locais públicos e privados (indústrias, fazendas, sítios, mercados, creches, etc.) fazendo o confronto dos diferentes espaços. *Construção de maquetes móveis ou fixas representando observação feitas na comunidade .
Pluralidade cultural	*Preparação e realização de entrevistas com pessoas mais antigas da comunidade, analisando as mudanças mais significativas ocorridas no bairro.

↳ Educação física: nenhum tema transversal relatado.

QUADRO 14: Disposição dos temas transversais na disciplina Ciências:

TEMAS TRANSVERSAIS	PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS
Meio ambiente	<p>*Observação de ambientes diversificados para identificar hábitos e comportamentos dos seres vivos em relação ao ambiente e espaços possíveis de serem habitados pelo homem, levando em consideração as condições de vida.</p> <p>*Busca e coleta de informações na escola e na comunidade sobre as formas de ocupação urbana e as conseqüências para o ambiente: falta de saneamento básico, formas de tratamento e reciclagem de lixo, etc.</p>
Saúde	<p>*Coleta de informações sobre a situação de saúde na comunidade, para desencadear campanhas de prevenção de doenças.</p>
Orientação sexual	<p>*Mapeamento do corpo humano em tamanho natural para representar, através de desenhos e colagens, sistemas e aparelhos dentro do contorno humano enriquecendo com pequenos textos suas funções, características e transformações ocorridas durante a puberdade.</p> <p>*Explorar além da dimensão biológica, ansiedades, curiosidades, fantasias, sexualidade, padrões corporais e comportamentais ditados pela mídia e pela cultura.</p>
Pluralidade cultural	<p>*Coleta de informações sobre aspectos culturais e educacionais de alimentação e higiene em culturas diversas e na</p>

	própria comunidade para conhecer alimentos mais consumidos, gostos e hábitos alimentares das pessoas em diferentes fases da vida e como esses hábitos foram se formando.
--	--

Como podemos observar, a escola A trás em seu PPP propostas de temas transversais aliadas às grandes áreas de conhecimento. Algumas partes foram destacadas em negrito, pois consideramos que as mesmas, ainda que localizadas em outros temas transversais, têm relação íntima com a saúde, demonstrando a interdisciplinaridade proposta pelos PCN.

Para uma melhor compreensão dos conceitos relativos à saúde mais abordados no PPP da escola A, dispomos em um quadro (a seguir) os pontos relevantes deste plano, tendo em vista os objetivos deste estudo.

QUADRO 15: Conceitos importantes relativos à saúde presentes nos temas transversais das disciplinas do ensino fundamental da escola A:

DISCIPLINA	CONCEITOS / TEMAS TRANSVERSAIS RELATIVOS À SAÚDE		
	Ética	Meio ambiente	Pluralidade cultural
<i>Língua Portuguesa</i>	*Auto-estima *Autonomia *Cidadania	*Atitudes *Qualidade de vida	*Valores *Respeito
<i>História</i>	*Papéis *Valores	*Socialização	*Diversidade cultural
<i>Geografia</i>	*Posicionamento	*Modos de vida *Preservação	*Percepção da realidade

			*Cotidiano *Comunidade *Coletivo
Ciências Naturais	*Ciclo vital *Comportamento *Questões de gênero *Valorização da vida	*Respeito social *Lazer *ambiente saudável *Prevenção de doenças	*Corpo e sexualidade *Condições de vida

Observa-se que no planejamento das disciplinas convencionais estão contidos conceitos relevantes relacionados à educação e à promoção da saúde no espaço escolar. O que significa um interesse da comunidade escolar que este processo seja implementado, já que a elaboração destes planos exige a colaboração de todo o elenco da escola. Percebe-se também que a escola como um todo possui um conceito de saúde abrangente e não só a ausência de doenças, incorporando o sentido do auto-cuidado e da cidadania na construção de indivíduos e comunidades saudáveis.

Neste contexto, consideramos importante abrir um parêntese e relacionar os conceitos do PPP da escola com as definições conceituais da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Leiniger encontramos diversas semelhanças que revelam a importância do cuidado em saúde dentro destes planejamentos. Destacamos em especial, de acordo com os passos metodológicos deste trabalho, os seguintes conceitos da teoria: cultura, visão de mundo, sistemas de cuidados genéricos e contexto ambiental.

Em relação à cultura, percebemos a importância concedida à manutenção e repasse de valores, enfatizando o respeito por si próprio e pelos demais, sendo ponto norteador de educação para tomada de decisão quanto a atitudes saudáveis de vida. Há também a valorização da diversidade cultural de povos, populações e até diferenças na própria comunidade onde escola e comunidade escolar estão inseridas, o que implica na discussão sobre a realidade

do cotidiano da escola e seus formadores e sobre as condições de vida em que se encontram.

Ao fazer referência à visão de mundo ou filosofia da escola no contexto da saúde, notamos que ocorre uma menção relevante à auto-estima, autonomia e cidadania, além da discussão sobre papéis, comportamento e posicionamento diante de situações que exigem tomada de decisão tais como as relacionadas com a promoção da saúde. O que significa que a escola mantém um pensamento amplo quanto a este ponto importante na educação das crianças e adolescentes, fazendo com não só aprendam sobre prevenção de doenças, mas que cresçam respeitando a si mesmo, com consciência cidadã e auto-estima capazes de gerir suas próprias vidas no sentido crescerem como pessoas e se fazerem multiplicadores destes conceitos.

Ressaltamos o senso de socialização, conhecimento dos modos de vida da comunidade, preservação ambiental, respeito social e qualidade de vida estão presentes neste planejamento e relacionam-se à categoria conceitual do contexto ambiental de Leininger, pois denotam situações e experiências quanto à saúde inserida em expressões e interações no ambiente físico, ecológico e sócio-político da escola.

No tocante aos sistemas de cuidados genéricos, revelam-se elementos importantes para a promoção da saúde e cuidado próprio e coletivo, como noção de qualidade de vida, construção de auto-estima, prevenção de doenças, diferentes características corporais dos seres humanos, valorização da vida e expressões do corpo e sexualidade. É importante ressaltar que ao se tratar as diferenças corporais dos seres humanos, não implica somente nas diferenças entre os gêneros, mas também as diferenças de raça, nacionalidade, deficiência física, etc. elementos que abrem um leque de discussões sobre preconceito e racismo, culminando no desenvolvimento de um ambiente de respeito de igualdades e desigualdades.

Porém, ressalta-se que apesar de possuir um plano pedagógico bem estruturado e voltado para a proposta dos PCN, não há uma aplicação prática de todos os pontos descritos acima, de acordo com observação feita na escola durante os planejamentos semanais e durante as reuniões mensais.

Foram emitidos vários depoimentos durante as entrevistas que comprovam este fato, tais como:

"Eu faço o planejamento no dia em que estou 'de fora' e me baseio no livro. Faço o acompanhamento das matérias pelo livro".

"Quando as outras professoras solicitam eu passo uma fita sobre AIDS, drogas, ou outras coisas"

"Os planejamentos para a semana são feitos quando estamos de fora"

Estas falas representam a falta de planejamento sistemático sem relação ao PPP da escola o que se confirmará mais adiante com fatos de observação descritos em item seguinte.

A ESCOLA B

O PPP da escola B é bastante resumido. A coordenadora explicou que, para realizar o planejamento anual e mensal, os professores se utilizam da proposta curricular municipal, ressaltando que fazem pouca menção aos PCN.

Os temas transversais são discutidos de forma pontual, de acordo com o calendário. Os planos de aula são desenvolvidos através dos conteúdos dos livros, sendo a disciplina de ciências responsável pela abordagem dos temas saúde, meio ambiente e educação sexual. Portanto, o aluno passa a trabalhar com esses temas em séries definidas e não de forma continuada.

O quadro abaixo foi construído a partir de informações dadas a respeito dos planejamentos anuais e de aula para cada série em separado sobre saúde:

QUADRO 16: Conteúdos programáticos da disciplina de Ciências em cada série

SÉRIES	CONTEÚDO
1 ^a	*Alimentos (animais, vegetais e minerais) *Coleta e destino adequado do Lixo *Tratamento e usos da Água

2ª	*Relação do Meio ambiente com o ser humano *Noções de saneamento básico
3ª	*Dietética (vitaminas, sais minerais, proteínas, gorduras, etc.) *Vacinas *Prevenção de acidentes
4ª	*O corpo humano *Substancias que prejudicam o funcionamento do corpo *Principais doenças transmissíveis
7ª	*Crescimento e desenvolvimento do ser humano *Reprodução humana

Estes assuntos são trabalhados também em atividades extra-classe, tais como passeatas, campanhas e feiras de ciências que envolvem toda a comunidade escolar e pais de alunos com o objetivo maior de otimizar o aproveitamento dos alunos diante de questões sociais que circundam o assunto saúde.

Dentre estas atividades, foi possível acompanhar de perto duas delas: a campanha em favor ao destino adequado do lixo e a feira de ciências da escola. Onde tivemos participação ativa, mas não interferimos na filosofia do evento, para não tendenciar os resultados da pesquisa.

A campanha sobre o destino do lixo realizou-se no decorrer de uma semana, mobilizando as crianças de 1ª a 4ª séries, onde foram realizadas palestras, atividades em sala de aula, construção de material educativo, que culminaram em uma passeata pelas ruas do bairro onde se situa a escola, conscientizando a comunidade em relação à coleta e reaproveitamento do lixo.

Dentre os assuntos trabalhados com as crianças neste tema central destacamos: a importância da coleta do lixo para a beleza da cidade; as principais doenças adquiridas e/ou agravadas pela sujeira; a atração de animais indesejáveis pelo lixo; reciclagem e reaproveitamento de materiais encontrados no lixo; o bem-estar de morar e estudar em locais limpos e bonitos.

Esta atividade levou a resultados entusiasmantes para professores e direção da escola, pois as crianças se envolveram e trabalharam com afinco na campanha, sendo notórias as conseqüências nas salas de aula e em casa. No

entanto, o único viés percebido nestes momentos foi o fato de ser uma tarefa pontual, descontinuada e descontextualizada, a qual causou um impacto inicial, porém não obteve uma merecida permanência.

Quanto à feira de ciências, a mesma contou com a mobilização de todos os setores da escola e com a participação de todos os alunos. Os trabalhos seguiram os passos da metodologia científica (de acordo com o nível dos alunos), sendo os projetos escritos e desenvolvidos por grupos divididos e escolhidos pelos próprios alunos. Os temas trabalhados foram os mais diversos, desde eletricidade, mecânica, química, até assuntos mais intimamente ligados à saúde. Dentre estes destacamos: doenças veiculadas por insetos (dengue, febre amarela, doença de chagas, etc); reciclagem do lixo; higiene; hábitos alimentares; preservação ambiental; perigos da auto-medicação; prejuízos físicos e psicológicos do uso de drogas lícitas e ilícitas; DSTs.

Este evento foi organizado de maneira que toda a comunidade viesse a participar, havendo divulgação e maneiras de atrair outras crianças e adolescentes moradoras do bairro que não estudavam na escola em questão, tais como jogos e gincanas. Foi um trabalho de socialização, estudo e divulgação de conhecimento muito importante para os alunos que tiveram o reconhecimento do esforço empreendido. Porém, da mesma forma da campanha em favor ao destino adequado do lixo, tratou-se de um momento pontual na escola.

Este fato da descontinuidade das atividades relativas à saúde são reveladas também nas falas das professoras quando referem:

"Fazemos nosso planejamento através do livro e do conteúdo programático da disciplina"

"As atividades em relação à saúde são feitas de acordo com o calendário escolar, por exemplo, agora estamos na campanha contra dengue"

Esta situação é congruente com os planejamentos anuais resumidos que a escola elabora e com a pouca utilização dos PCN nos mesmos, revelando a necessidade de uma reformulação da estrutura dos PPP desta escola em particular.

Saindo do campo de observação, registro e análise dos documentos relativos ao planejamento anual das escolas, a sessão seguinte descreve os resultados da fase de observação e das entrevistas que revelam as experiências dos professores nas interações destes com os alunos, além de ações e momentos oportunos da Educação em Saúde.

4.5. CONFLITO EM SALA DE AULA: RELAÇÃO PROFESSOR/ALUNO PREJUDICADA:

Este momento caracteriza-se pela apresentação e análise dos dados de observação a qual foi realizada em momentos de descontração e de atividades didático-pedagógicas, como intervalos, reuniões de planejamento e atividades do "professor de fora", as observações do trabalho do professor em sala de aula foi prejudicada devido ao grande número de estagiários do curso de pedagogia, muitas vezes permanecendo até dois estagiários em cada sala. Porém, este obstáculo não impediu que colhêssemos dados importantes sobre o relacionamento entre professores e alunos.

Outros períodos importantes de observação se deram em momentos de participação na confecção de cartazes e fantasias para a passeata contra a dengue planejada para ser realizada pelos alunos nas ruas da comunidade.

Dividimos os dados de observação mais significativos em fatos, posteriormente serão analisadas as falas dos informantes-chave obtidos nas entrevistas.

↳ Fato I:

A primeira permanência em intervalo causou curiosidade dos professores, que já sabiam qual o interesse da pesquisa. Todas elas perguntavam o que se estava fazendo, se já seria um início de alguma entrevista com alguém, etc. Foi explicado então que, naquele momento, não seria aplicado questionário, mas fazia parte da fase de observação do estudo. Depois de alguns

minutos, elas relaxaram e começaram a conversar entre si. Falavam muito e interagiam muito. Dentre os principais assuntos estavam a falta de respeito dos alunos perante a autoridade do professor e a necessidade de tirar sempre alguns alunos da sala de aula e enviar para "fazer tarefas em outra sala".

Esta situação reflete uma relação de "medição de forças". De um lado o professor desejando impor sua autoridade e disciplina, de outro os alunos tentando demonstrar sua liberdade e autonomia diante da posição superior de seu mestre.

A tensão gerada por esta "queda de braço" demonstra uma barreira na comunicação e interação professor/aluno. No entanto, para haver um processo ensino-aprendizagem eficiente, o professor deve ceder a esta medição de forças e procurar novas formas de agir em sala de aula. Isto não quer dizer que o professor deve abrir mão de sua autoridade e respeito, mas sim tomar a iniciativa de buscar maneiras menos opressoras de trabalhar esta relação em sala de aula. A seguir, introduzimos a fala de uma das professoras que exprime uma maneira de superar esse "cabo de guerra" e buscar outras formas de alcançar o aluno:

"O professor deve dar o exemplo, senão o aluno fica desmotivado e não respeita a palavra ou a ordem do professor, por isso tenho muito cuidado com minhas palavras".

O cuidado com as palavras, a maneira pela qual o professor se comunica com os alunos reduz a barreira entre estes dois importantes elementos da promoção da saúde no ambiente escolar.

A força instaurada por esta iniciativa é muito bem descrita por Pellegrini (2002), que sugere a criação de uma proposta pedagógica que tem como prioridade elevar a auto-estima dos alunos, o espírito de solidariedade, o respeito às diferenças e o fortalecimento das relações interpessoais como o ponto de partida para minimizar os atritos e tensões, não somente entre professor/aluno mas entre todos os elementos formadores da escola.

Na perspectiva da interação, da solidariedade, da auto-estima e do respeito, o desenvolvimento escolar do aluno não se resume a contas, verbos ou

tipos de plantas, mas principalmente no que tange as relações humanas e o preparo para a realidade externa à escola.

↳ Fato II:

Durante a confecção de cartazes e fantasias, na sala de multimeios, foi percebida a presença de alguns alunos que copiavam textos de livros. Quando estes terminaram, a professora que estava conosco deu outra atividade, agora impressa, para eles fazerem. Quando terminaram foram enviados de volta para sala de aula. Isto me pareceu uma forma de punição para alunos "desregrados", confirmando o que foi observado no primeiro fato. Posteriormente outros alunos vieram ter aula de reforço com um monitor do CEFET e em seguida viriam alguns alunos assistirem a um vídeo. Perguntamos à professora responsável como se dava o planejamento de utilização da sala de multimeios e ela respondeu que todos os dias faz um plano para o dia seguinte, seguindo a solicitação dos outros professores.

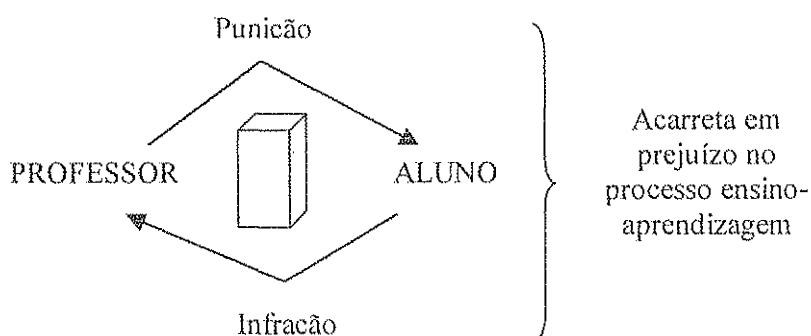
Esta segunda situação confirma o que foi percebido na primeira, porém enfatizando ainda mais o uso da punição como forma de disciplinar os alunos. Dessa forma, o professor retira o aluno de sala de aula, o envia para outro ambiente onde irá realizar atividades que não sintonizam com o que estava sendo visto na classe. Outro ponto negativo nesta forma de punição é a sensação posterior do alívio sentido pelo professor de "ter se livrado" do problema e poder recomeçar sua aula com todos os outros alunos "quietinhos", silenciosos e com medo de que aconteça o mesmo com eles.

O ato de punir o aluno é muito antigo, advindo das antigas palmatórias, dos grãos de milho para ajoelhar e da posição de frente para o canto da parede. Claro que a forma mencionada neste fato é menos humilhante do que as expostas, mas continuam intimidando os alunos. Este caráter punitivo ainda encontrado em muitas salas de aula é a extensão do conflito descrito no fato

anterior, o que contribui para aumentar, cada vez mais, a barreira existente entre os sujeitos.

Pode-se perceber que há um ciclo (Figura 3), onde o aluno "infringe" as regras impostas pelo professor, que é "superior". Por sua vez, o professor pune o aluno, que por revolta ou por não compreender os motivos do professor, volta a cometer a infração e assim por diante. Estas atitudes, tanto por parte do professor como do aluno, protelam a resolução do problema, perpetuando o ciclo.

FIGURA 3: Ciclo punição/infração aumentando a barreira de comunicação entre professor e aluno:



Esta análise nos leva a refletir sobre a eficiência dos métodos punitivos. Será que eles realmente disciplinam os alunos? Será que ajuda no aprendizado? Ou simplesmente oprime o aluno e o intimida de ser ele mesmo e trabalhar seus sentimentos, idéias e criações?

A relação de conflito acima é muito bem descrita por Novelli (1997, p. 47):

"...O professor nega o aluno porque este necessita ir além do que é para tornar-se realmente o que é. A semente é a árvore, mas precisa deixar de ser o que é para poder realizar o que mais pode ser. O aluno, por sua vez, nega o professor o perfil do que ensina para cobrar-lhe aprendizagem ..."

Isto denota que o professor para manter sua autoridade e superioridade em sala de aula impõe a imagem de detentor de conhecimento e aquele que cobra a aprendizagem, sendo o aluno o foco desta cobrança, gerando

a negação do aluno quanto à autoridade do professor. Esta concepção converge com o ciclo punição/infração mostrado na figura 3.

Porém, deve-se considerar as dificuldades do professor em lidar com diferentes personalidades em uma sala de aula. Sendo ele o foco das atenções, carrega uma responsabilidade imensa que se torna fator estressante. Além disso, outros fatores podem elevar este estado de tensão, tais como os baixos salários, a falta de estímulo, condições de trabalho e as próprias dificuldades pessoais do dia-a-dia como qualquer outro ser humano.

Quanto ao planejamento da sala de multimeios, comentada no fato II, observa-se que não há um cronograma sistemático de uso da mesma. Os planos são decididos com apenas 24 horas de antecedência, caracterizando um viés administrativo, tanto dos professores em geral como da professora responsável pela sala em questão. Isto é, não há discussão prévia sobre as atividades e sobre as técnicas pedagógicas a serem ministradas, servindo muitas vezes para preencher lacunas de horários de aula que devem ser cumpridas.

↳ Fato III:

Em outro momento na sala de multimeios, pode-se observar a existência de livros paradidáticos, fitas de vídeo, jornais, revistas, materiais de diversos tipos (cartolinas, papel madeira e ofício, canetas, lápis, hidrocor, etc). Perguntamos à professora responsável quais assuntos predominavam naquele pequeno acervo e ela respondeu que a maioria dos livros é de estórias e clássicos da literatura, tanto infantil como em geral, e os livros podem ser tomados de empréstimo pelos alunos e devolvidos no dia seguinte. Quanto às fitas de vídeo, informou que a maioria abordava questões de saúde, como coleta de lixo, questões ambientais, prevenção de doenças, etc. No que concerne a jornais e revistas, são variados e a escola é assinante dos mesmos. Neste dia, as crianças do ciclo II assistiram a um vídeo sobre destino adequado do lixo.

É notório, na descrição acima, que a referida sala possui acervo bibliográfico e equipamentos adequados em quantidade e em variedade de conteúdos. Porém, as atividades determinadas em 24 horas de antecedência (conforme fato II), sem planejamento prévio, denunciam a ausência de um contexto de aplicação destas tarefas, o que torna de pouca utilidade o valioso arsenal didático-pedagógico ali existente. Tendo em vista que, sem um plano contextualizado no momento histórico ou nas experiências de sala, não há o aproveitamento adequado das possibilidades de aprendizagem que o referido espaço e material proporcionam.

O que vemos nesta sala de multimeios é a tentativa de criar um lócus de aprendizagem, em que aluno ao assistir de um vídeo educativo acrescenta algo em seu conhecimento, mesmo diante da situação que foi criada e mesmo não sendo o ideal. O auto-desenvolvimento é algo inerente ao ser humano, porém há a necessidade de potencializar esta característica com auxílio de métodos que estimulem o pensamento, o raciocínio e a expressão de sentimentos. A seguinte fala, exprime o reconhecimento de uma professora quanto à importância da sala de multimeios para a aprendizagem.

“A sala de multimeios é muito boa. Tem espaço e equipamento, basta apenas o professor saber explorar”

Este paralelo não constitui uma contradição, mas um *link* para demonstrar as duas nuances da situação: (1) há a necessidade de melhor explorar os potenciais da sala em termos de construção de conhecimento; (2) o fato de que o aluno nunca sai da sala sem levar algo consigo, sendo que é neste ponto que o professor deve ter cautela com o que o aluno pode vir a assimilar. Observando ambos os pontos, percebe-se que, caso as potencialidades do local venham a ser bem aproveitadas por professores e alunos, estes poderão crescer juntos e maximizar o desenvolvimento cognitivo e de habilidades de cada um. Ademais, espera-se que, ao retornar à sala de aula, o aluno esteja mais fortalecido e capaz de integrar-se ao grupo.

Observa-se ainda que os materiais ali contidos são úteis para a educação em saúde, pois permitem a aquisição de conhecimentos e habilidades

através da realização de oficinas, trabalhos em grupos, trabalhos manuais, etc. Onde o aluno tem a possibilidade de produzir seu próprio material educativo ao mesmo tempo que reflete sobre seu significado. Neste sentido, esta estratégia, segundo Alarcão (2002), propicia ao aluno ser gerenciador do seu próprio estudo porque o professor tenta formá-lo como indivíduo autônomo. Estimulando a autonomia dos alunos, há uma melhoria na comunicação em sala de aula reduzindo, inclusive, a indisciplina e os problemas causados por ela.

O aprendizado em saúde, bem-estar e redução de riscos e outros problemas de saúde, segundo Piper (1998), necessita de uma promoção de saúde ativa através de um currículo abrangente, materiais variados, educação focalizada nos estilos de vida e uma variedade de estratégias educacionais.

Ao concebermos ou advogarmos a escola como espaço para a promoção da saúde, estamos defendendo, ainda no campo das relações interpessoais, gestos, falas, atitudes, comportamentos, também fora da sala de aula. Nesta perspectiva, acreditamos que funcionários, professores e alunos devam vivenciar dentro da escola situações e oportunidades de comportamentos sociais construtivos como a gentileza, generosidade, respeito, cordialidade, etc. Estas virtudes ou valores são essenciais para a formação da criança e adolescente e necessários para o desenvolvimento da auto-estima e solidariedade. Além disso, de acordo com Piper (1998), valores, capacidades e ações que ajudarão aos alunos a desenvolverem-se com sucesso devem ser encorajados.

Em nossas observações e nas falas, testemunhamos algumas situações como estas que não foram ou não são objetos de aprendizagem para uma convivência mais harmoniosa na escola. O fato a seguir é um exemplo disso.

↳ Fato IV:

Em outro intervalo, uma professora ao entrar na sala dos professores deixou a porta aberta e alguns alunos (do ciclo I de seis anos) entraram e começaram a perguntar a respeito do aquário que fica próximo a porta. Uma professora respondeu às perguntas cordialmente enquanto outra ficou mandando as

crianças saírem com grande impaciência e intolerância. Depois que as crianças saíram, notou a presença da pesquisadora e tentou se justificar dizendo que as crianças eram muito "danadas" e que poderiam chegar a quebrar alguma coisa.

A situação acima revela uma discrepância de relacionamento aluno/professor, onde obtivemos duas respostas diferentes para um mesmo estímulo, isto é, enquanto que uma professora atendia às crianças de forma cordial e carinhosa, uma outra sugeria a retirada das crianças ressaltando a noção de que ali não era o lugar delas.

Algumas perguntas simples destas crianças (como "que peixe é esse?", "essas pedrinhas são de onde?", "quem pescou esses peixes?", "esse peixe come o mosquito da dengue?") refletiam sua curiosidade e interesse em aprender. A resposta a estas perguntas e o incentivo do raciocínio infantil em um momento como este reflete uma oportunidade educativa de extrema importância, que poderia ser explorado e levado para plenária em sala com o restante dos alunos. Outro aspecto a ser considerado reflete na implicação que a impaciência bloqueia o questionamento e a oportunidade de re-criar um cenário de aprendizagem diferente, como por exemplo repetir com a criança a situação de uma forma positiva: "batendo na porta, pedindo licença para entrar e dirigir-se ao professor de forma respeitosa". Porém, para isto, há a necessidade de uma sensibilidade por parte do professor em reconhecer oportunidades de aprendizado valiosas como esta.

É relevante ressaltar, conforme descrição do funcionamento da escola em item anterior, a importância dos encontros para planejamento de aulas e atividades do calendário escolar, não só com este objetivo, mas com o intuito de incrementar a interação entre professores, ou seja, favorecer o intercâmbio de idéias entre os mesmo, além da formação de grupos de estudo. Isto pode fazer com os professores falem a mesma língua e não aconteçam mais discrepâncias de atenção aos alunos como a exemplificada nesta situação.

Neste sentido, o desenvolvimento da educação necessita da ambigüidade como diretriz, permitindo novas formas de cooperação entre professores, principalmente o caminho no sentido de uma policompetência. Neste

contexto é que se desenham os projetos interdisciplinares, oriundos da co-participação, diálogo e troca de experiências entre educadores (FAZENDA, 1997).

A não atenção às aulas e a ausência de interesse por parte dos alunos foram relatos das principais razões de enviá-los à direção ou dos alunos por eles próprios se ausentarem da sala de aula. O fato a seguir ilustra o exemplo desta situação.

↳ Fato V:

Certo dia, na sala dos professores, o diretor entrou com três alunos que haviam fugido de uma aula. Os alunos relataram que não gostaram de assistir a aula, que estava muito chata e que queriam ir embora. O diretor conversou com eles e incentivou a volta à sala de aula para um entendimento com a professora.

O que estimulou a saída da sala e a tentativa de fuga da escola por estes alunos foi a insatisfação com a aula que estava sendo ministrada. Não temos subsídios suficientes neste fato para julgar a aula da professora em questão ou para afirmar que os alunos são falaciosos ao afirmar que aula estava “chata”, além disso não é objeto deste estudo.

Mais uma vez, nos deparamos com um conflito de relação professor/aluno, sendo que desta vez em uma situação mais extrema, onde adolescentes decidem fugir. Isto não simboliza a incompetência do professor, mas revela alguma inadequação em uma das partes. Em nosso entender não se evidencia uma comunicação favorável para aprendizagem entre professor e aluno, o que prejudica qualquer outra tentativa de discutir comportamento saudável, no caso em especial, mais relevante pois estes alunos são adolescentes.

De acordo com Rozemberg e Minayo (2001), as situações de crise entre indivíduos se dão a partir de visões reducionistas sobre determinadas situações. Isto significa que fatores como envolvimento do ser humano, sua cultura, seu entorno social e ambiental nem sempre são contemplados.

Neste caso, tanto o professor como os alunos foram guiados por um olhar reducionista do outro, pois ambos racionalizaram algum aspecto da experiência excluindo os demais (o professor vê o aluno indisciplinado e o aluno vê o professor "chato" e antiquado). Esta visão unilateral prejudica relações e conseqüentemente não colabora para obtenção de um meio saudável de educação.

Estes fatos relatados são freqüentes nas escolas de um modo geral e de conhecimento comum. Entretanto, há a necessidade de se criar na escola oportunidades para debates e problematizações que originem soluções coletivas em vez de atitudes isoladas, cujos efeitos são reduzidos, como mostra o depoimento de uma professora no fato VI.

↳ Fato VI:

Na sala dos professores, em um intervalo de aula, as professoras falaram a respeito das formas de incentivo que utilizavam com os alunos. Uma delas comentou que colocava estrelinhas nos livros e cadernos mais organizados e nas tarefinhas bem feitas, sendo que no final do bimestre as crianças que tiverem mais estrelinhas ganharão um prêmio (caixa de bombons de chocolate) Referiu ainda que esta maneira de incentivar seus alunos estava gerando os efeitos desejados, as crianças estavam mais atenciosas e criativas.

Nesta descrição observamos o valor dado pelas crianças ao belo e ao criativo, o que foi percebido por esta professora, a qual transformou esta valorização em ação de incentivo. Porém, a utilização da premiação como meio de incentivo pode tornar-se uma faca de dois gumes, no que diz respeito a competições entre os alunos. Além disso, isto faz com que os alunos pensem somente na recompensa material que ganharão e não na satisfação em aprender.

O encorajamento e o incentivo de um indivíduo para que tome novas atitudes de vida perpassa, segundo Stotz (1990), pela pressuposição de que todas são livres e têm condições de realizar uma "eleição informada" de

comportamentos e ações. O que sugere que a conversa com os alunos e uma explicação clara dos objetivos de aprendizagem podem levar a crianças e adolescentes escolherem o que e como querem aprender fazendo com que, segundo o autor, haja um fortalecimento do desenvolvimento pessoal, aumentando as potencialidades dos indivíduos.

O professor ao aplicar certas técnicas ou ao criar formas de incentivar a participação, deve pensar em diversos caminhos para os quais esta atividade pode levar. Segundo Baggio (2002), o professor deve deixar de lado a tecnofobia e o receio em relação às novidades pedagógicas, além de basear seus planejamentos através de teóricos que facilitem sua implementação, tendo como base a solidariedade e o respeito ao próximo, além do exercício da cidadania. Podemos observar semelhanças destas atitudes em fato seguinte:

↳ Fato VII:

Na sala de aula da 4ª série, a professora fez um jogral sobre os direitos universais das crianças e posteriormente incitou uma discussão sobre o tema. As crianças participaram ativamente quando a professora fazia perguntas a respeito do dia-a-dia das mesmas e sobre a satisfação quanto ao respeito dos adultos aos direitos das crianças. A maioria delas falou que os adultos não respeitavam e nem cumpriam os direitos das crianças. Além dessa questão, muitas outras foram colocadas, inclusive a saúde como direito.

Quando trazemos toda a análise destes resultados de observação para o enfoque da saúde, perceberemos a relevância das relações sociais para um bom desenvolvimento psicomotor, cognitivo e afetivo, além de criar nos alunos a percepção de ser social.

Discussões sobre direitos e deveres são muito importantes na criação de uma consciência cidadã, que conforme Whitener e Cox (1998), ativa o desenvolvimento social da criança em vistas a sua situação no mundo e na comunidade em que vive, aprendendo aspectos inerentes a esta sociedade. O

que leva a reconhecer seu direito a ter acesso a serviços de saúde e a ter saúde dentro de um conceito mais amplo numa perspectiva de qualidade de vida, abrangendo emprego, renda, lazer, educação, família, bem-estar, alimentação e condições de moradia. Abrindo, desta forma, um leque de concepções a serem discutidos e incorporados cognitivamente e afetivamente nestas crianças.

A criança e o adolescente, ao se relacionarem com pessoas fora do núcleo familiar, aumentam sua capacidade de comunicação e novos conceitos e valores são acrescentados na formação de sua personalidade. Daí a importância neste estudo de trazer evidência que o relacionamento interpessoal e de comunicação entre os atores sociais da escola merecem ser re-examinados e re-conduzidos.

De acordo com o demonstrado até o momento, as relações são o cerne da aprendizagem em saúde, portanto para que seja bem sucedida esta interação deve se estender à família, pois a partir desta pode-se conhecer as bases culturais e comportamentais das crianças e adolescentes. Além disso, a relação escola e pais propicia uma tomada de decisão em comum entre as duas partes, a partir de discussões e consensos, levando a escola e pais agirem de forma congruente e planejada para auxiliar no crescimento educacional e pessoal dos alunos.

Os fatos a seguir mostram como se dão as relações entre família e pais, a partir da observação e de alguns depoimentos dos professores.

↳ Fato VIII:

Na sala dos professores, em horário de intervalo, algumas docentes das séries iniciais falavam da dificuldade de ensinar português às crianças, pois a maioria delas tinha grande dificuldade de aprendizagem. Além disso, falavam da falta de atenção dos alunos durante as aulas e que isto também influenciava no aprendizado. Uma delas falou que algumas mães reclamam porque os filhos ainda não conseguem ler, mas também não ajudam nas atividades em casa que muitas vezes voltam em branco no dia seguinte.

↳ Fato IX:

Certa tarde, na sala da diretoria chegaram duas mães para conversar com a diretora sobre o comportamento dos filhos na escola. A diretora deu as explicações, mostrou notas e elogiou a interesse das mesmas em irem à escola fora de reunião de pais e mestres. As mães agradeceram e disseram que não estavam sempre indo à escola, pois os filhos (adolescentes) sentem vergonha pela presença delas. A diretora comentou ainda que há uma boa participação dos pais nas atividades da escola.

↳ Fato X:

Uma mãe chegou à sala da diretoria trazendo na mão um comunicado para comparecer à escola. A diretora a recebeu muito bem, pediu que sentasse e solicitou à secretária que chamasse a professora da 2ª série. Quando a professora chegou iniciou-se a reunião que se tratava de um ato de violência que a criança, pela qual aquela mãe era responsável, havia cometido. A criança de apenas nove anos, agrediu uma coleguinha utilizando um estilete e cortou o braço da menina. Quando a professora tentou conter o menino agressor, o mesmo socou seu seio e posteriormente mordeu seu braço. Esta docente teve que se submeter a exames ultrassonográficos, pois formou-se um hematoma em seu seio. A diretora falou para mãe que estava dando a transferência do menino para outra instituição, e estava sendo caridosa por não expulsá-lo. A mãe reclamava o tempo inteiro dizendo que era exagero, pois o filho dela não iria cortar braço de ninguém e nem bater tão forte pra causar algo sério à professora. Esta

mãe foi extremamente grosseira com a diretora, além de falar palavrões seguidamente defendendo o ato de seu filho.

Porém, a diretora foi irredutível quanto à decisão de retirar o aluno daquela escola, visto que não era a primeira vez que o mesmo era agressivo com os colegas e com a professora. A diretora falou ainda que estavam acontecendo muitos casos de violência e ameaça de violência entre os alunos, principalmente os adolescentes.

Observa-se nos fatos acima que não há uma relação harmoniosa entre família e escola, sendo confirmadas por algumas falas dos professores da escola A nas entrevistas, como destacamos a seguir:

"As mães não educam estes meninos e a responsabilidade fica toda pra gente"

"Muitos meninos chegam na escola sujas e não consigo ter um bom diálogo com os pais"

"Os pais são muito ausentes e isso faz com que a gente tome atitudes às cegas com os meninos"

"A gente chama a mãe de uma criança que necessita de maior atenção, manda bilhete e tudo, e ela não ta nem aí".

Entretanto, os depoimentos dos professores e da diretora da escola B estão incongruentes com os dados apresentados até o momento sobre a interação escola/pais. Além disso, na escola B são ofertados cursos de culinária e de artesanato direcionados às mães para aproximar esta relação.

"A maioria das mães dos meus alunos sempre vêm nas reuniões, elas gostam de saber como as crianças estão de nota e comportamento"

"Os cursos incentivaram mais a participação das mães, nós sentimos esta diferença"

Como observamos até o momento, estratégias de aproximação com as famílias fez com que a escola B ultrapassasse a barreira na comunicação com as mesmas. A participação dos pais ajuda na realização de um trabalho mais completo e continuado dentro de casa, oportunizando também a educação dos pais. A divisão de responsabilidades e união de forças entre escola e famílias também favorece a educação em saúde e a continuada promoção da mesma no lar.

Quando família e escola falam a mesma língua, quando pais e professores se unem em torno de um objetivo comum, as crianças e adolescentes sentem a importância dos assuntos abordados em sala de aula, além de serem reforçados em casa. Além disso, situações indesejáveis e problemas de aprendizagem são melhor resolvidos.

Esta discussão converge com as concepções de Piper (1998), quando afirma que escola, família e comunidade devem unir esforços, auxiliando na formação de uma estrutura social estável e escolhas de estilos de vida mais saudáveis. Pais e professores possuem importante papel de influência e reforço à saúde. O processo de aprendizagem de pende de modelos de papéis positivos a saúde, além do monitoramento e suporte dos alunos para tanto.

O meio pelo qual crianças aprendem é formado por modelos de papéis e conforme as norma sociais. De acordo com Keer (2000), pesquisas demonstram que muitos comportamentos saudáveis são consolidados desde cedo através de comportamentos observados na família. Ainda segundo a autora, ingerências externas à família também exercem influências nas tomadas de decisão em saúde de crianças e adolescentes, como no ambiente escolar. Ressaltando que crianças a partir de seis anos tem idéias distintas sobre as causas de doenças e saúde, podendo receber interferências dos atores sociais acima mencionados.

A escola que tem conhecimento das famílias de seus alunos consegue trabalhar questões inseridas na cultura e na realidade das mesmas, o que significa um maior interesse e aprendizagem. Uma professora comentou sobre este assunto da seguinte forma:

“Não gosto de seguir totalmente o livro didático, pois ele tem coisas que aqui no Ceará nem existem e as crianças nunca viram, como as quatro estações do ano, frutas como morango e maçã e de plantas como pinheiros...”

A fala demonstrada não simboliza que as crianças não venham a tomar conhecimento que estes elementos existam, mas que não sejam o cerne de seu aprendizado, pois não há relação com suas realidades de vida.

De acordo com Damasceno (1990), o homem é um ser histórico e possui relações sociais, ou seja, o homem age sobre si mesmo e sobre o meio, assim como recebe influências deste. As relações traçadas pelo homem encerram conotações de pluralidade, de criticidade, de consequência e temporalidade.

4.6. A CONCEPÇÃO DE SAÚDE DOS PROFESSORES E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA:

A condição de saúde, apesar do fim do Sanitarismo Campanhista e do Modelo Privatista, ainda continua, muitas vezes, sendo vista como secundária particularmente a bons hábitos de higiene. Esta visão limitada não abrange os fatos e condições que antecedem e/ou circundam a aquisição destes “bons hábitos”. Esta concepção foi muito citada entre os professores, principalmente das séries iniciais em ambas as escolas. Voltando o olhar para a teoria estes aspectos podem ser atrelados adequadamente a um dos conceitos principais: a cultura.

↳ SAÚDE = HIGIENE

“Às vezes a gente fala para as crianças que devemos tomar banho, cortar as unhas, pentear os cabelos e no outro dia eles vêm do mesmo jeito, sujos e despenteados”.

*"Pobreza não é sinal de sujeira e essas mães não entendem isso"
(expressão de indignação).*

As falas acima demonstram uma concepção de desarticulação entre saúde e condição de vida, sem haver a busca da compreensão das razões pelas quais, muitas vezes, as crianças não obedecem aos hábitos de higiene recomendáveis pela sociedade por não terem condições financeiras para tanto. Nestes casos deve-se levar em consideração que as prioridades de uma família com inúmeras carências são diferentes de pessoas pertencentes a classes hierarquicamente superiores.

Isto deve ser percebido e discutido dentro da escola, como no PPP da escola A que propõe uma atividade para abordar estas questões sociais em sala de aula, principalmente os motivos pelos quais umas pessoas possuem condições diferentes de vida. As falas dos professores refletem uma atitude de discrepância entre o planejamento e a prática em sala de aula.

Observa-se ainda forte influência de modelos prescritivos na percepção do conceito de saúde que um professor possui, culturalmente construído através de uma aprendizagem familiar e acadêmica. Nogueira (2001) associa esta preocupação exagerada com o corpo com a cultura narcisista da modernidade, a qual valoriza o externo. Desta forma, a apreciação da saúde é reduzida às dimensões de corpo, o que o autor denominou de higiomania, a qual é autonomista no sentido de que entende estar a saúde ao alcance das pessoas, desde que todos sigam a norma correta de estilo de vida e adotem certos hábitos.

E estes conceitos são levados para sala de aula e transferidos aos alunos a partir de imposição de regras sobre o que se deve fazer para ter saúde, o que é demonstrado nas seguintes falas que associam a manutenção da saúde apenas aos bons hábitos de higiene.

"Para ter saúde necessitamos de higiene, sem isso se pega doenças com mais facilidade"

"Sempre que posso, falo sobre banho, higiene da boca, essas coisas pois acho muito importante que elas aprendam."

Não se pode impor regras perante este assunto, pois a noção de higiene é relativa quando se leva em consideração a condição sócio-econômica, a cultura e a oferta de recursos para isto. Para elucidar a afirmativa acima, a seguir estão alguns exemplos de influência dos fatores acima mencionados: (1) Quanto à condição sócio-econômica, a aquisição de materiais simples de higiene pode ser dificultosa. O que é simples como um xampu para certas classes sociais, pode nunca ter sido usado em uma família de classe menos favorecida. (2) Quanto à cultura, se uma família acredita que não é saudável tomar banho pela manhã, ou próximo a refeições, ou ainda em certas condições fisiológicas (menstruação, puerpério, gripe, etc), a simples imposição de uma regra não modificará este comportamento arraigado por gerações de cultura. (3) Quanto à oferta de recursos, é muito simples tomar banho todos os dias quando se tem água encanada em casa, porém quando se tem que andar quilômetros para conseguí-la ou quando ela existe em pequena quantidade a concepção do que é mais importante emerge quanto aos critérios de sua utilização, como cozinhar por exemplo.

A investigação das possibilidades, condições e cultura das famílias das crianças é uma excelente ferramenta no planejamento da educação em saúde em sala de aula. Dessa forma, as informações não seriam simplesmente repassadas de forma prescritiva, mas sim inseridas no contexto da realidade de vida dos alunos, o que facilitaria a aprendizagem em saúde.

Peregrino (2000), aponta que tanto os alunos quanto as comunidades onde moram têm sido sempre objeto de "conscientização". Porém estes indivíduos possuem sua consciência própria, impregnada de valores, cultura, experiência de vida, condições socioeconômicas. Tudo isto deve ser levado em consideração, portanto o professor deve livrar-se da capa da neutralidade, da desqualificação e da prescrição de conteúdos escolares ao tratar de saúde. Além disso, deve-se considerar que o PPP da escola A defende aspectos inerentes à saúde concordantes com o conceito do MS (BRASIL, 2001) no qual a saúde é o resultado dos cuidados que se dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar sua própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde. Concepção esta muito

divergente da prática observada nas escolas, onde prevalece a prescrição e o higienismo.

A noção de coletividade, conforme Freire (2000), encontra-se dissociada do saber escola. Ocorre um hiato entre escola e rua/casa/família, onde o tratamento dispensado aos alunos ignora a cultura que trazem consigo, seu patrimônio e sua história de vida. Os investimentos escolares são quase todos voltados para o desenvolvimento da razão, do raciocínio lógico-matemático, para uma atitude de resolver pela lógica as questões individuais e sociais, como a saúde.

Estes aspectos significam que os conhecimentos contidos nos conteúdos programáticos nas escolas devem construir um elo com a realidade externa à escola, conectada às vivências e experiências dos alunos extra-muros do contexto escolar. Deve ir além dos livros e chegar próximo do que realmente interessa e propicia o aprendizado: a realidade. Além de construir a base para as atividades realizadas nas escolas.

↳ SABER POPULAR EM SAÚDE

Durante processos educativos em saúde são levantadas diversas questões que fogem ao conhecimento técnico científico e que devem ser tratadas de maneira delicada para que não haja um conflito de valores. Tomamos, por exemplo, as crenças do saber popular, que estão presentes na sociedade de forma marcante, principalmente entre indivíduos de classes menos favorecidas, pois entram menos em contato com informações científicas.

Neste contexto, as discussões sobre saúde e doença em sala de aula suscitam comentários e questionamentos sobre estas questões sociais. O que muitas vezes causam polêmicas sobre o que é mito e o que é realidade. As falas a seguir demonstram claramente esta situação.

"Uma vez, dando aula de ciências, falei de muitas frutas. Aí uma menina perguntou porque ata é reimoso e eu disse que era saber popular das pessoas antigas". (sorriu)

"Ano passado, uma aluna minha tinha uma ferida na perna que tava demorando muito a sarar. Depois ela me disse que a mãe dela tava colocando pó de café em cima. Aí eu disse, 'pudera né minha filha? Desse jeito não vai sarar nunca! Pode lavar isso.' Então ela melhorou e sarou". (falava com ar de superioridade)

"Eu acredito no poder dos chás, das plantas. Acho muito importante as crianças também aprenderem pra que servem cada uma ou pelo menos as que a gente usa mais"

Percebe-se na maioria das falas a prevalência do saber científico, fato que converge com a opinião de Peregrino (2000), a qual sugere que a escola adquiriu um papel de espaço de moralização e disciplinamento, sendo divulgadora do saber científico tido hoje como a "nova fé da humanidade". Com isso, os mestres passaram a ser detentores deste saber em detrimento do saber ligado ao trabalho, lutas e culturas. Isto é fruto de anos de enraizamento de uma cultura tecnicista, não sendo portanto culpa do professor, pode-se dizer que a sociedade cobra isto do mesmo.

Neste contexto, é necessário que todos estes saberes sejam intercambiáveis. Ainda segundo Peregrino (2000), provavelmente esta distância entre o saber difundido na escola e o saber popular, seja a causa das dificuldades de se estabelecerem relações entre teoria e prática, entre conhecimento acadêmico e processos sociais.

A escola não é diferente de outras comunidades no que diz respeito à divulgação da sabedoria popular, pois há uma interação de culturas e valores de diferentes grupos familiares, geralmente de uma mesma classe social, que devem ser valorizadas pelo professor não só ao realizar atividades de educação em saúde, mas qualquer atividade que leve em consideração a vida em comunidade.

Além disso, o PPP da escola A propõe atividades para que estas questões sejam trabalhadas em sala de aula o que significa que houve uma discussão entre os professores quanto a pluralidade cultural e sua inserção no plano, porém como evidenciado nas falas são pouco exploradas, ou seja, não geram situações de aprendizagem entre cultura e saúde. É relevante ressaltar que em uma feira de ciências realizada na escola B, houve alguns trabalhos

produzidos pelos alunos que abordavam estas questões, tais como uso de plantas medicinais e formas de autocuidado.

O repasse de crenças sobre cura e prevenção de doenças é muito freqüente entre as famílias. Sendo de conhecimento comum que muitos indivíduos recorrem a chás, lambedores, rezadeiras como forma terapêutica, antes de procurar assistência profissional. Estas crenças também são alavanca pela fé, pela tradição que é passada de pais para filhos.

O chamado saber popular prevalece principalmente nas comunidades mais carentes que tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, além disso é necessário que haja uma aliança entre saber científico e saber popular para conhecer melhor as facetas de uma comunidade, bem como propiciar oportunidades de desenvolvimento de atitudes saudáveis de vida a partir de crenças e valores.

Segundo Rezende (1998), a posição e experiência do mundo dos "populares" é certamente diferente daquela dos portadores de formação científica (o que implica não somente diferenças de "saber", mas de poder e de posição na estrutura de classes da sociedade). Assim, além da justificativa ética para a participação, pesa o fato de que uma interpretação correta da realidade e uma resposta decisória adequada dependem justamente da consideração desses diferentes pontos de vista. A proposta da participação implica em que não somente aqueles que têm uma formação científica mas também os "populares" são capazes de observar (e "sentir") a realidade social e pensar e expressar-se sobre ela de maneira racional, desde que não se aprisione a "racionalidade" nos estreitos limites da "norma" representada pelo saber científico.

↳ ESTILO DE VIDA DOS ALUNOS: PERCEPÇÃO DO PROFESSOR

Ao se trabalhar com crianças e adolescentes, é necessário considerar um aspecto muito importante no crescimento e desenvolvimento dos mesmos: o processo de socialização e formação da personalidade. Estes dois fatores, segundo Sigaud e Veríssimo (1996), fazem com que as crianças se tornem inquietas e ávidas por conhecer pares e coisas diferentes, enquanto os adolescentes desejam a auto-afirmação, que podem levar a incompreensão de

pais e professores. Nas escolas pesquisadas tivemos a oportunidade observar fatos e falas relativos à percepção do professor acerca dos processos de crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, tais como as seguintes:

"As crianças estão cada vez mais impossíveis, mas ainda encontramos alunos interessados, que respeitam a gente e que são carinhosos"

"É engraçado que estes meninos de hoje em dia só querem saber de sexo (balançou a cabeça de forma negativa). Quando pergunto se eles querem trabalhar um tema diferente, parece um coro."

"Eu trabalho faz 15 anos, e a cada ano as crianças estão mais salientes, mais rebeldes. Elas não respeitam mais o professor."

"Tem hora que não consigo controlar, as crianças querem brincar o tempo todo. Algumas vezes depois do recreio peço pra que sentem e baixem a cabeça para relaxarem um pouco!"

De acordo com as falas acima descritas, é comum os professores queixarem-se do desrespeito e da rebeldia dos alunos. Entre os adolescentes, este comportamento ainda é mais comum que entre as crianças. Isto se dá pelo fato de que o adolescente necessita, para o seu desenvolvimento cognitivo e afetivo, firmar-se como pessoa que possui suas próprias opiniões. Isto gera uma dificuldade de comunicação e as relações se tornam conflituosas entre indivíduos de gerações diferentes, já que os adultos tendem a impor regras e valores, enquanto os adolescentes desejam agir de acordo com o que pensam.

A adolescência, segundo o Ministério da Saúde (2000) é o período de grandes modificações psicossociais, as quais costumam ser mais rápidas do que a capacidade do adolescentes se acostumar com elas e, com isso, ocorrem as mudanças de comportamento. Além do mais, o amadurecimento psicológico faz com que enxergue o mundo de outra forma, criando muitas vezes atritos com os adultos.

É válido ressaltar que o adolescente valoriza mais a opinião dos pares que conselhos e conceitos de pais e professores. Neste sentido, a tendência do grupo influência significativamente na tomada de decisões dos adolescentes

inseridos nos mesmos. Por esta razão, a atitude perante o adolescente deve ser respeitosa, aberta e sincera, de maneira que o adolescente não se sinta afrontado, nem rebaixado como pessoa.

Geralmente, este comportamento é visto como inerente da relação entre pais e adolescentes, porém podem ser observadas em outros grupos sociais e em diversas idades. Este fato é confirmado por David (19--), é inegável que em todos os tempos da história da humanidade, entre os homens de uma época e a geração seguinte tem havido fricções que culminam em incompreensão e intolerância. Dai os conflitos entre os mais novos e os mais velhos.

Este autor coloca ainda que os principais centros promotores deste conflito são o desejo de manutenção de poder dos mais velhos sobre os mais jovens e o conceito de "ultrapassado" que os mais jovens possuem sobre tudo o que é relacionado à geração anterior. Isto explica muitas relações ásperas dentro da escola, principalmente entre adolescentes que possuem a gana por liberdade e autonomia diante do que consideram "ultrapassado" e "chato".

Quanto a atitudes das crianças demonstradas nas falas dos professores, percebe-se que as mesmas são taxadas de "impossíveis" e "danadas". Estas expressões denotam a concepção ou entendimento que o professor possui do que vem a ser disciplinar. Na realidade, a queixa baseia-se na ausência, por parte da criança, de um comportamento esperado pelo professor. Por outro lado, isto também indica a falta de preparo do professor em lidar com nuances do comportamento nas diferentes fases da infância.

Além disso, crianças maiores tendem a apreciar jogos competitivos e que causem uma sensação de superação, o que faz com que estas brincadeiras se tornem perigosas. Estas questões deveriam ser trabalhadas na escola através de atividades alternativas que desviassem a energia das brincadeiras citadas para ações que proporcionem educação. Correr, pular, dançar, gritar, sorrir, etc. são válvulas de escape para toda a vivacidade da primeira infância, portanto devem ser estimuladas e aproveitadas, sendo também forma de promoção da saúde.

De acordo com Sigaud e Veríssimo (1996), o escolar busca engajar-se em atividades para construção de algo, sendo esta a melhor forma de trabalhar as diversas disciplinas escolares nesta faixa etária. A criança b passa a ser mais questionadora, visto que seu sistema de valores encontra-se em formação.

Portanto a conversa é uma ação disciplinar bastante efetiva, observando estratégias como contratos entre o adulto e a criança.

Estas nuances próprias de cada idade estão subtendidas no PPP das escola quando tratam das diferenças entre indivíduos, do desenvolvimento físico e psicológico do ser humano, no entanto não se percebeu uma ligação entre os mesmos e o trabalho desenvolvidos nas referidas escolas.

↳ SAÚDE COMO FORÇA DE TRABALHO E AUSÊNCIA DE DOENÇAS

“Saúde é estar bem, estar disposto, de bem com a vida”

“Ter saúde é ter uma riqueza muito grande. Sem ela você não faz nada, não vive bem”

“A saúde é muito importante pra quem trabalha muito como a gente. Ficar doente atrapalha demais o trabalho”

“Saúde é não ter doenças e se sentir bem, tanto fisicamente como psicologicamente”

É relevante ressaltar que a compreensão de saúde tem alto grau de subjetividade e pode ser influenciada por determinantes históricos, políticos e sociais. Segundo Brasil (1997, p. 8), indivíduos e coletividades consideram ter mais ou menos saúde de acordo com o momento, referencial e dos valores que atribuem a uma situação.

Observa-se nas falas dos professores a predominância do conceito de saúde como sendo a ausência de doenças, esta concepção é restrita no que hoje se entende a respeito de saúde. Em conseqüência, a educação em saúde deve ser orientada sob uma concepção mais ampla para que sejam desenvolvidas atividades que venham contribuir para o conhecimento, habilidades e autonomia de indivíduos e grupos.

Os próprios PCN, como visto no capítulo introdutório deste trabalho, proporciona uma visão de saúde como um processo onde os indivíduos e comunidade possuem responsabilidades sobre a sua própria saúde.

A saúde não deve ser vista como um estado, como algo estável e sim como uma condição processual de um equilíbrio entre os meios externo (isto

inclui o social, familiar, político e econômico) e o interno (incluindo biológico e psicológico).

Atualmente se tem discutido a respeito de saúde como sinônimo de manutenção de qualidade de vida, mas para obtermos uma melhor análise desta é necessário conceituá-la.

No ambiente escolar a concepção de saúde como processo, como conseqüência e razão da qualidade de vida e como equilíbrio do ser humano e suas relações, provê um meio de compartilhar conhecimentos, onde todas as crenças e valores são respeitados e levados em consideração. Desta forma, professores, alunos e famílias terão oportunidade de participar de discussões acerca do funcionamento da dinâmica social e biológica da saúde, além de gerar nos mesmos a compreensão de seu papel na sociedade e de cidadania.

Neste contexto, a compreensão do professor sobre saúde como ausência de doença e disposição e capacidade para o trabalho, tendo como fator mantenedor da mesma os bons hábitos de higiene, produz implicações significativas na promoção da saúde em sala de aula. O que significa que estas concepções possuem um potencial de reprodução entre os alunos de práticas prescritivas sem haver uma discussão sobre o processo saúde-doença e qualidade de vida.

As concepções de saúde dos professores podem influenciar direta ou indiretamente nos conceitos de educação e saúde e na forma de aplicá-la junto aos alunos, como mostram as falas abaixo.

"Ajudar os nossos alunos a se prevenirem de doenças, informando sobre bons hábitos de higiene, destino do lixo, noções sanitárias e contágio de doenças".

"A educação é uma peça que impulsiona a saúde. Não há saúde sem educação e vice-versa".

"É a informação dada em parceria (saúde e educação), visando a prevenção de doenças e acidentes".

"São esclarecimentos sobre prevenção de doenças".

"É dar explicações sobre a transmissão de doenças e como podemos preveni-las".

Observa-se que a maioria dos professores considera a educação em saúde como sendo ações para a prevenção de doenças. Porém, estas ações são apenas uma parcela do propósito da educação em saúde. A qual é planejada para alcançar aprendizagem acerca do processo saúde-doença, produzindo modificações no comportamento e estilo de vida e nas formas de pensar a saúde individual e coletiva.

VIEIRA (1998) reforça que a educação em saúde objetiva desencadear mudanças de comportamento do indivíduo ou grupo de indivíduos através de sua participação no controle de sua vida e de sua saúde. É um processo de fortalecimento, onde o indivíduo compreende sua necessidade de mudar.

Quando alguns professores colocam que a educação em saúde é o conjunto de ações para a promoção da saúde e qualidade de vida, higiene e segurança, revelam que possuem um conceito mais abrangente do que a simples prevenção de doenças. Porém não basta apenas abordar conteúdos relacionados com medidas sanitárias preventivas e segurança. É necessário discutir assuntos ligados a aspectos socioeconômicos, políticos e culturais, visando despertar nos alunos um pensamento crítico sobre os diversos aspectos da sociedade em que estão inseridos.

De acordo com LEVY et al. (2000), a educação em saúde requer que questões sociais sejam apresentadas para a aprendizagem e reflexão dos alunos, buscando um tratamento didático que contemple sua complexidade e dinâmica. Estas questões devem ser debatidas em diferentes espaços sociais, em busca de soluções e de alternativas, confrontando posicionamentos diversos tanto em relação à intervenção no âmbito social quanto à atuação pessoal.

Entretanto, nas categorias seguintes será demonstrado que condições as quais o professor enfrenta em seu trabalho não parecem ser favoráveis para sua atuação como promotor da saúde, que influenciam diretamente no processo educativo em saúde e na aprendizagem dos alunos.

↳ MISSÃO: PERSEVERANÇA E RESISTÊNCIA

A força de vontade está muito ligada às condições de trabalho e às motivações que a profissão oferece. Nas falas abaixo observamos que há, de forma implícita, a sensação de possuir uma missão que necessitam terminar.

“Eu gosto muito de ser professora. É por isso que eu ainda estou aqui de pé, lutando” (sorriu com convicção).

“Ser professora pra mim é ser uma segunda mãe (bateu levemente a mão sobre a mesa), é participar da vida das crianças de forma marcante”.

“Estou me aposentando. Fico feliz por um lado, porque vou descansar e me cuidar (sorriu). Mas fico triste porque gosto e estou acostumada a trabalhar.”

Porém, outra parcela de professores demonstraram em suas falas desapontamento e desencanto. O que nos leva a refletir quanto aos motivos desta divergência de opiniões quanto às condições de trabalho. Há uma demonstração significativa nas falas de outro grupo de professores um desvio no sentido vocacional de ser professor. Por outro lado, ouviu-se queixas acerca do salário. Outros denotam um certo cansaço da lida cotidiana.

“Até que eu gosto de trabalhar, mas estou ficando cansada” (olhando para os lados).

“Eu acho que agente ganha muito pouco pra fazer o que faz” (demonstrou indignação)

“Adoro ensinar, porém já gostei mais quando dava aula para a alfabetização. Agora com os alunos maiores é mais complicado”

O “ato de ensinar” proporciona uma diversidade de sentimentos dependendo da perspectiva de cada professor a respeito desta atividade.

Segundo AESPI (20--), o professor é um sujeito sócio-cultural o qual vivencia diversas dimensões de outros seres plurais e de ação (os alunos). A respostas a estes estímulos são diferenciados de acordo com as vivências anteriores, tornando-se imprevisível o desenrolar destas relações. Isto pode justificar as divergências nas falas supracitadas.

É válido evidenciar que as relações de trabalho, os benefícios e as dificuldades advindas da prática docente são dependentes de uma relação (harmoniosa ou não) entre, concordante com Torres (2001), salário, formação, burocracia escolar, currículo, atualização, ideologia, múltiplas funções. Esta relação influencia determinadamente na situação do professor diante de sua profissão, da escola e principalmente dos alunos.

No entanto, não se pode negligenciar que a dificuldade em conduzir o trabalho docente, pode acarretar em prejuízos nas relações interpessoais e na comunicação entre educador/educando. Como consequência, as ações de educação em saúde não encontram espaço propício para gerar conhecimentos, habilidades, autonomia e senso crítico. Lembrando que em muitos momentos deste estudo foram observadas evidências da pouca inter-relação entre o planejamento e a prática em sala de aula, questionamos a relação entre este fato a pouca motivação explícitas nestas falas.

Em algumas falas, temos evidências que denunciam a tensão entre professor e alunos:

“Meus alunos estão muito rebeldes, eles são bons, mas são muito danados, estou quase para não agüentar”

“Não faço jogos nem aulas dinâmicas, pois os alunos são muito egoístas, não sabem trabalhar em grupo. Se dou um material para um grupo cada um quer todo o material para si”

Observa-se aqui um prejuízo na relação professor/aluno. Há uma demonstração da sensação de grande responsabilidade em contrapartida ao sentimento de impotência e falta de suporte para tolerar tantas incumbências. A falta de motivação leva ao professor a assumir atitudes que explicitam sua desistência na tentativa de buscar alternativas para resolução de problemas, o qual passa a se utilizar de formas mais cômodas de passar por estas situações,

podendo ser exemplificada pelo seguinte fragmento: "não faço jogos nem aulas dinâmicas...". Isto demonstra uma insatisfação do professor que o faz desistir de realizar algo que considera muito difícil.

↳ PROBLEMAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ESCOLA

Durante a fase de observação e entrevistas, alguns problemas já instalados relacionados à saúde foram detectados e outros relatados. Iniciaremos com uma das principais queixas dos professores que trata-se do incômodo causado pelo pó do giz.

"Tenho problemas com o giz, minhas mãos ficam muito ressecadas (mostrou as mãos com semblante preocupado). Sei que tem muito aluno que é alérgico ao pó de giz."

"Um dos problemas mais sérios que percebo aqui é falta de quadro branco. Giz é coisa do passado e causa muita alergia e sujeira na nossa roupa (riu descontraída)."

"Eu trabalho mais com cartazes porque não agüento o giz. Acho que também faz mal às crianças. Além de tudo trabalho há muito tempo e não quero ser uma velha doente" (sorriu descontraída).

É notória a preocupação dos professores em relação aos malefícios que o giz pode causar a saúde dos mesmos e das crianças. Este é um dos fatores que prejudicam a utilização deste recurso para educação, principalmente em saúde. Porém o professor pode dispor de métodos mais interativos de aula, além do uso de outros recursos audiovisuais mais efetivos e menos prejudiciais. Inclusive, uma das falas já demonstra esta necessidade de criação e/ou utilização de técnicas educativas que não utilizem o quadro de negro.

É importante o professor ter em mente que a escolha do método de aula e dos recursos materiais necessários devem ser avaliados de forma criteriosa para que não ocorram prejuízos no alcance dos objetivos da aula. Sendo assim, o uso do quadro negro pode ser reduzido, conseqüentemente

diminuindo os problemas causados por ele, além das faltas ao serviço por rinites alérgicas ou dermatites de contato, etc.

Neste ponto, é oportuno tecer um comentário acerca do uso inadequado de outro recurso de aula ocorrido na escola B, onde as professoras das séries iniciais pintaram o rostinho das crianças com tinta para tecido no dia da passeata contra a dengue. Ao exporem-se ao sol, os alunos passaram a referir ardência nos locais pintados com as referidas tintas e muitas crianças tiveram sua integridade cutânea prejudicada.

Existem outros depoimentos relacionados a danos á saúde tais como os apontados abaixo.

"Tenho dois alunos canhotos e ficam tortos na hora de escrever. Eles reclamam muito e têm razão, pois nas salas só há uma cadeira de canhoto, quem chega primeiro pega".

"Aqui os meninos têm problema de coluna, mas a causa é diferente das escolas particulares. Lá eles tem por causa da mochila pesada nas costas, cheias de livros. Aqui são as carteiras velhas e tortas, porque os meninos nem mochila têm".

Muitos problemas ortopédicos são gerados a partir do posicionamento inadequado. Como demonstrado nas falas, a má conservação das carteiras e falta de carteiras para crianças sinistras são os principais vilões da boa postura dos alunos.

Em contraponto, alguns depoimentos demonstram a busca para resolver estes problemas de saúde. Pode-se observar que há uma convergência entre os conceitos de saúde e de educação em saúde já abordados em item anterior e a finalidade da busca por assistência.

"Eu gosto de ir ao médico, de me cuidar e sempre falo isso também pros meus alunos".

"Acho que toda professora deveria fazer exames, sei lá, check ups pelo menos uma vez por ano pra saber se não tem nada."

“É importante que os alunos da enfermagem venham para examinar as crianças e tratá-las.. é muito bom”

Há uma relação muito significativa nas falas entre o autocuidado em saúde e a busca do serviço médico. A medicalização, o higienismo e a necessidade de exames para diagnosticar a saúde são conseqüências de uma cultura de quase meio século de uma política de saúde voltada para o hospitalocentrismo, tendo em vista a saúde como ausência de doenças.

Estas concepções estão enraizadas na educação e cultura brasileira, sendo a transformação realizada de forma lenta e gradual. No entanto, também encontramos falas onde os professores demonstram uma concepção mais abrangente quanto a formas de manutenção e promoção da própria saúde e de seus alunos.

“Terminei psicopedagogia este ano e acho que tenho um aluno com deficiência de aprendizado”

“Acho que se fosse feito alguma coisa para reunir pais, alunos e professores para conversar sobre estes assuntos de saúde, seria muito bom porque todos fariam sua parte”.

Esta análise reflete a necessidade da articulação entre os centros de saúde e as escolas, além de outros setores da sociedade. De acordo com UNICEF (2001), os problemas ligados à saúde podem ser detectados na escola e melhorados pela aproximação da mesma com unidades e profissionais da saúde.

A idéia de participação de todos, da divisão da responsabilidade de manutenção da saúde entre todos os elementos formadores da escola sugerem que estas professoras possuem um pensamento semelhante às concepções mais atuais do processo saúde/doença. A participação popular é um dos princípios do SUS e deve ser difundido em todos os setores da comunidade, sendo portanto uma maneira de dar à comunidade a oportunidade de possuir poder de decisão e co-responsabilidade sobre a própria saúde e da comunidade em geral.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A educação em saúde é uma das principais ações de promoção da saúde, já que a mesma revela-se de suma importância tanto na prevenção e reabilitação de doenças, além de formar cidadãos responsáveis pela própria saúde e pela saúde da comunidade em que vivem, como multiplicadores. Nesta perspectiva, a educação transcende o lócus dos centros de saúde para outros locais de encontro humano.

Durante todo este trabalho, ressaltamos a escola como espaço de educação em saúde e, conseqüentemente, de promoção. Foram considerados aspectos diversos, tais como ambiente, relações humanas, auto-estima, segurança, lazer e condições da comunidade, ultrapassando os conceitos biologicistas muitas vezes empregados ainda nos dias atuais quando se trata de saúde.

Fazendo-se um resgate das análises dos dados, observamos o meio ambiente escolar o qual oferecia algumas condições favoráveis à promoção da saúde, tais como a arborização, ornamentação das salas, espaços limpos e amplos. É válido ressaltar que os PCN e PDE/PPP das escolas estudadas preconizam esta relação saúde/meio ambiente, evidenciando as potencialidades do ambiente para a aprendizagem e bem-estar de crianças e adolescentes.

No entanto, observamos algumas ressalvas a este respeito, inclusive nas falas de vários professores, os quais expressaram insatisfação quanto a adequabilidade do espaço físico em relação ao número de crianças, os quais levam a riscos de acidentes, prejuízos nas atividades escolares e no processo de ensino-aprendizagem, o que culmina em uma diminuição do incentivo do professor em realizar educação em saúde na escola.

Outro aspecto importante acerca do ambiente escolar é a presença de grande número de grades, revelando uma preocupação das escolas em manter a segurança dos alunos diante dos riscos de ação de *gangs* e violência, já que as escolas se situam em áreas onde este problema ocorre com freqüência. No entanto, este ambiente fechado e gradeado acaba por incidir de forma

negativa na aparência da escola que deve ser vista pelos alunos como espaço de libertação e construção. Surge neste ponto um impasse de conceitos quanto a segurança física e a segurança emocional, ambas fazendo parte do conceito abrangente de saúde. O ideal é que ambas pudessem ser abrangidas pelas escolas, mas diante da impossibilidade, é mais importante que a escola seja um espaço protetor da integridade dos alunos.

Ao confrontar os dados documentais do PDE/PPP com o que preconiza os PCN, percebemos que outros aspectos, além dos mencionados, devem ser considerados, tais como cidadania, valores, auto-estima, papéis, respeito, qualidade de vida, cotidiano, lazer, etc. Apesar deste respaldo teórico, encontramos uma certa resistência dos professores em implementar a educação em saúde em sala de aula, fruto da visão da educação em saúde como atividade extracurricular, ressaltando outros entraves como a falta de tempo, o pouco interesse dos alunos e a inflexibilidade dos currículos. Mostrando uma divergência entre a filosofia, planejamento e prática das ações de saúde nas escolas estudadas.

A ausência de uma relação mais próxima da escola com a comunidade que a circunda também influencia esta resistência em relação à educação em saúde, sendo mais evidente na escola A, pois a escola B ainda promovia cursos e outras atividades para aproximar os pais do ambiente escolar. A relação escola/comunidade oferece base aos professores para fundamentar atividades de promoção de saúde na escola, inserido em um contexto mais próximo da realidade dos alunos, facilitando o processo de aprendizagem. No entanto, observou-se que as atividades relacionadas à saúde eram planejadas de acordo com o livro didático e implementadas de forma pontual, mais uma vez indo de encontro aos PCN e PDE/PPP.

Estes fatos levantaram questões quanto à formação e capacitação dos professores, onde não permeia o simples desinteresse, mas um contexto complexo no qual a situação se insere, como a ausência de espaço, material e recursos humanos capacitados para as atividades.

Além destas situações, verificamos outro obstáculo relevante para implementação da educação em saúde na escola: as barreiras na comunicação professor/aluno. Fato revelado a partir dos discursos dos professores e da

observação destas relações. Esta constante “queda de braço” evidenciada pelo ciclo punição infração tão discutido nas análises dos resultados, tem seu fundamento na necessidade do professor de impor autoridade e respeito, e o aluno em impor sua personalidade. Isto demonstra uma interface muito importante para a educação em saúde, que é a dificuldade do professor em lidar com personalidades diferentes e ser pressionado a carregar a personalidade da educação destas crianças, tornando-se fator estressante em conjunto com baixos salários, condições de trabalho, etc.

Neste ponto, entendemos que a concepção de saúde do professor deve ser também considerada, pois o mesmo passa para seus alunos seus valores e concepções. Da mesma forma, a maneira como lidam com a própria saúde e tratam problemas de saúde no ambiente escolar são refletidos nos alunos. Notamos que a percepção dos professores no tocante à saúde ainda está voltada para o biologicismo e o imediatismo, que está implícita na metodologia empregada pelos mesmos.

Diante das colocações e discussões expostas neste texto, percebemos a necessidade do incentivo do trabalho interdisciplinar como ponto de partida para implementação da educação em saúde conforme os conceitos, objetivos e métodos propostos tanto nos PCN como nos PDE/PPP de ambas as escolas. Os professores formando grupos de estudos, compartilhando experiências e planejando atividades no contexto da saúde dentro de uma visão mais ampla da mesma, poderiam suscitar trabalhos importantes e continuados nas salas de aula e em atividades extracurriculares.

No entanto, para que isto se torne realidade é necessário que os professores compreendam a saúde como um processo que inter-relaciona diversos fatores, como moradia, educação, emprego, segurança, lazer, saneamento, acesso aos serviços de saúde, etc. Além disso, os mesmos necessitam perceber a importância destes fatores para o crescimento pessoal e prevenção de agravos à saúde dos alunos. Embora a implementação destas ações não sejam dependentes exclusivamente dos professores, entendemos que os mesmos soa o ponto de partida deste processo de mudança do cenário da educação em saúde na escola.

Neste contexto, a escola necessita de profissionais de saúde para apoiar estas atividades e não somente para dar palestras em eventos das escolas. Destacamos aqui a importância do enfermeiro na escola, já que o mesmo, de acordo com sua formação, trata-se de um profissional capacitado para desenvolver em parceria com os professores ações educativas em saúde no ambiente escolar.

Por fim, a escola como espaço promotor de saúde requer a participação efetiva de diversos elementos da sociedade, como professores, profissionais da saúde (em especial o enfermeiro), famílias e comunidade, em torno de um objetivo comum: construção de uma consciência cidadã, responsável e atuante, valorização da vida e dos relacionamentos humanos viabilizando a promoção da saúde em uma perspectiva ampla entre as crianças e adolescentes.

6. SUGESTOES PARA TRABALHAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM OS ALUNOS

Estas sugestões se baseiam na proposta dos temas transversais dos PCN/MEC, os quais priorizam para a saúde duas grandes categorias temáticas: (1) O auto-conhecimento para o auto-cuidado; (2) Vida coletiva.

Visamos implementar junto ao professor idéias que possibilitem o resgate da idéia de cidadania e a compreensão da saúde como processo dinâmico que envolve as relações entre indivíduo, meio-ambiente e comunidade. Estes conceitos e valores serão trabalhados com as crianças de forma lúdica, de acordo com a faixa etária, permeando a criatividade e liberdade de pensamento, possibilitando a compreensão e aprendizado do auto-cuidado e valorização da vida e das relações entre família e comunidade. Portanto, nossa proposta não é congruente com a concepção de informação ou repasse de conhecimento, mas propiciar às crianças uma conscientização a partir de suas próprias vivências e realidade, em um ambiente propício que é a escola.

Neste contexto, elaboramos três propostas gerais de temas os quais serão desenvolvidos com mais riqueza de detalhes junto ao professor.

É importante ressaltar que as atividades aqui propostas não têm caráter obrigatório, ou seja, o professor tem total liberdade em decidir se irá realizar, em que prazo e como irá realizar.

A metodologia de exploração dos temas não é fechada, podendo receber sugestões e alterações, de acordo com a necessidade de cada turma.

01. Processo saúde-doença:

*Objetivo: Construir com os alunos conceitos de saúde e doença, tomando como base situações vivenciadas por elas. Demonstrar a importância do auto-cuidado e do cuidado do outro. Discutir sobre as principais doenças que acometem a comunidade e quais as soluções que podem ser tomadas para resolução destes problemas.

*Método:

- Solicitar que os alunos desenhem uma pessoa doente e uma pessoa com saúde, solicitando que elas escrevam como estas pessoas se sentem. Nesta fase deverá ser iniciada uma discussão sobre as experiências das crianças, seguindo as seguintes questões norteadoras:
 - a) Todos conhecem as doenças apresentadas?
 - b) Como estas doenças ocorrem?
 - c) Quando alguém fica doente, quem é responsável pelo cuidado?
 - d) O que fazer para não ficar doente? (em casa, na escola, na rua, etc)

02. Relações sociais X Saúde:

*Objetivo: Despertar no estudante o senso da importância das relações entre pessoas e entre o meio ambiente para promoção da saúde. Incentivar a valorização de si e do outro, além de desconstruir idéias preconceituosas e taxativas.

*Método:

- Elaborar uma história em quadrinhos, onde todas as personagens são crianças, menos os mal-feitores. O protagonista é um menino saudável que luta contra agentes causadores de doenças e tenta salvar seus amiguinhos de uma ou diversas doenças. Esta história deverá ser construída em sala junto com as crianças.

03. Saúde relacionada com momento atual (festas juninas e copa)

OBS: Esta sugestão é específica para o momento, mas não impede que seja realizada em outros momentos do ano letivo. É ideal que estas situações sejam aplicadas associadas à uma das duas (ou ambas) sugestões acima.

*Objetivo: Prevenir acidentes e outros agravos à saúde física das crianças.

*Método:

- Trabalhar com gravuras de fogueiras, balões e fogos de artifício. Solicitar que os alunos falem sobre estes elementos e levar a discussão para o enfoque dos riscos de acidentes.

04. Aprender a se cuidar:

*Objetivo: Demonstrar a importância de hábitos de higiene, do cuidado e do respeito com o corpo.

*Método:

- Apresentar um desenho de uma criança suja e uma criança limpa. Pedir que ele falem como cada criança se sente, pedir que eles descrevam o que fazem antes de chegar à escola e porque.
- Construir quebra-cabeças com gravuras de objetos que são utilizados na higiene pessoal e pedir que eles montem. Abrir discussão sobre como usar cada elemento, pedir que eles falem sobre qual criança (dos desenhos apresentados) necessita destes objetos, conscientizando que ambos precisam, um para começar a se cuidar e o outro para continuar se cuidando.

7. REFERÊNCIAS:

AESPI. Associação do Ensino Superior do Piauí. **Aspectos da identidade do professor nas sociedades modernas**. Teresina: [s.n.], [20--]. Disponível em: <<http://www.aespi.br/espaco%20aluno/artigo1.htm>> Acesso em: 10 dez. 2002.

ALARCÃO, I. Refletir na prática. **Nova Escola**: São Paulo, n. 154, ago. 2002.

AQUINO, J.G. A escola como ela é: fechados para balanço. **Nova Escola**: São Paulo, n.158, dez. 2002.

BAGGIO, R. Fala mestre! – Ele já formou 200 mil. **Nova Escola**: São Paulo, n.155, set. 2002.

BAHIA. Secretaria Estadual de Educação. **Plano de desenvolvimento da escola – PDE**. Salvador, 2001. Disponível em: <http://www.sec.ba.gov.br/projetos_educacionais/pde.htm> Acessado em: 20 jan. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987, estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n. 2 supl, p. 15-25. 1996.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/elcio100/estatuto_da_crianca.htm>. Acessado em: 11 out. 2001.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://cabelojr.vila.boi.com.br/Ldb.htm>> Acessado em: 14 mai. 2002.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Saúde, Ambiente, Ética, Pluralidade Cultural, Orientação Sexual**. Brasília, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Escolas Promotoras de Saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 20 dez 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto de Educação em Saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 20 dez 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto 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 e Declaração do México**. Brasília: 2001.

CAMEL, B. et al. Promoting health in young people. **Nursing Standard: Ontario/Canada**, v.12: 39-46, jun-may 1998.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M.L.T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde -escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v 15 suppl. 2: 39-44, 1999.

DAMASCENO, M.N. **Pedagogia do engajamento: trabalho, prática educativa e consciência do campesinato**. Fortaleza: Edições UFC, 1990.

DAVID, A. J. **Confronto de gerações: uma perspectiva histórica**. São Paulo: [s.n.],[19--]. Disponível em: <<http://www.historianet.com.br/artigospecifico12.htm>> Acesso em: 12 jan 2003.

DIAS, M.S.A.; VIEIRA, N.F.C. **O cuidado na perspectiva da pessoa portadora de insuficiência renal crônica**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2001.

FAZENDA, I.C.A. O sentido da ambigüidade numa didática interdisciplinar. In: PIMENTA, S.G. **Didática e formação de professores: Percursos e perspectivas no Brasil e em Portugal**. São Paulo: Cortez, 1997.

FEIJÃO, A.R.; LEITÃO, G.C.M. **Conceito de educação em saúde para professores de uma escola pública de Fortaleza**. Mimeo. Fortaleza, 2001.

FERREIRO, M. **Paulo Freire e a educação: a concepção problematizadora da educação**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://members.tripod.com/itcamara/paulof.html>. Acessado em: 26 abr. 2001.

FERRIANI, M.G.C. **A inserção da enfermagem na saúde escolar**. São Paulo: Editora da USP, 1991.

FERRIANI, M.G.C.; GOMES, R. **Saúde escolar: Contradições e desafios**. Goiânia: AB Editora, 1997.

FREIRE, J.B. **Educação intelectual e corporal numa perspectiva construtivista**. 2000. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/filos04.htm>> Acesso em:20 fev 2003.

GALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 31. n.3, p.410-22, dez.1997.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos da prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Art Med, 2000.

GRINSZPAN, D. Educação em saúde e educação ambiental: uma experiência integradora. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 2, 1999.

HAMANN, E.M. Os ensinamentos de educação para a saúde na prevenção do HIV-AIDS: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v 15 suppl. 2: 85-92, 1999.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Condições sociais da população**. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodevida/default.shtm>> Acessado em: 21 nov. 2001.

KEER, J. **Community health promotion: Challenges for practice**. London: [s.n.] 2000.

LEVY, S. N. et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas do Ministério da Saúde. **Revista Médica Online**, 2000. Disponível em: <<http://members.tripod.com/~fabrisn/>> Acessado em: 20 mai. 2001.

LEWIS, M.; WOLKMAR, I.R. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LIMA, C.M.G. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando a compreensão. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, jan/1996.

MARANHÃO, D. G. O Processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2000.

MARCUS, M.T.; LIEHR, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: WOOD, G.L.B.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipe de atenção básica de saúde – Módulo I**. Brasília, 2000.

NOGUEIRA, R.P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos – reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

OMS. UNICEF. **Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978, [s.i.]: UNICEF, 1979.

PEDROSA, J.I.S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2001.

PELEGRINI, D. Que escola queremos? *Nova Escola*: São Paulo, n.158, dez. 2002.

PEREGRINO, M. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In: VALLA, V.V. (org). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

PIPER, S.M. The comprehensive school health model. *Journal of Advanced Nursing*: London, v. 27, February, 1998. p 383-389.

RAMOS et al. Viver e adolescer com qualidade. In: Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília: ABEn, 2001.

REIS, M. A. G. S. **(Re)invenção da escola pública**: a sexualidade e a formação continuada dos jovens professores. Projeto apresentado como requisito à aprovação do Colegiado do CCH-UNIRIO. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.terravista.pt/meco/4625/page4.html>> Acesso em: 25 ago. 2001.

REZENDE, M.V.V. Democracia, saber popular e educação. *Revista Política e Trabalho*, nº14, set de 1998- p. 23-34. Disponível em: <<http://www.geocities.com/CollegePark/Library/8429/14-rezende.html>> Acesso em: 14 fev. 2003.

RIBEIRO, M. **Formação de professor**: Contemplando a subjetividade, mantendo a personalidade. São Paulo: 2000. Disponível em: <<http://www.batina.com/ribeiro/formprof.htm>> Acesso em: 26 jan. 2003.

ROCHA et al. Acompanhamento do adolescente na escola. In: Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília: ABEn, 2001.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Revista de saúde pública*. n 20, v.4, 2001. p. 309-317.

SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M.D.L.O.R. **Enfermagem Pediátrica**: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU, 1996.

STOTZ, E.N. **Saúde e educação popular**. São Paulo: [s.n.], 1990.

TORRES, R.M. **Ensinar e aprender**: duas coisas diferentes. [s.l.]: [s.n.], 2001. Disponível em: <<http://www.redemulher.org.br/rosa.htm>> Acesso em: 10 mar. 2003.

UNICEF. **Gestão articulada de políticas públicas**. [s.l.]: [s.n.], 2001. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/gestao.htm>> Acesso em: 10 mar. 2003.

VARGAS, E. P.; SIQUIERA, V. H. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens de vídeo. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v 15, suppl. 2, 1999.

VAZ, N. O ensino e a saúde: um olhar biológico. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v 15 suppl. 2: 169-176, 1999.

VIEIRA, NFC. **Issues in the implementation of a school – Based HIV/AIDS: Education Project In Fortaleza, Brazil**. These (Doctor) - University of Bristol, School of Education. Bristol-England, 1998.

VIEIRA, NFC; FEIJÃO, AR; SHERLOCK, MSM. **Saúde do escolar: aspectos sociais refletidos nas condições físicas das crianças**. Mimeo, Fortaleza, 2001.

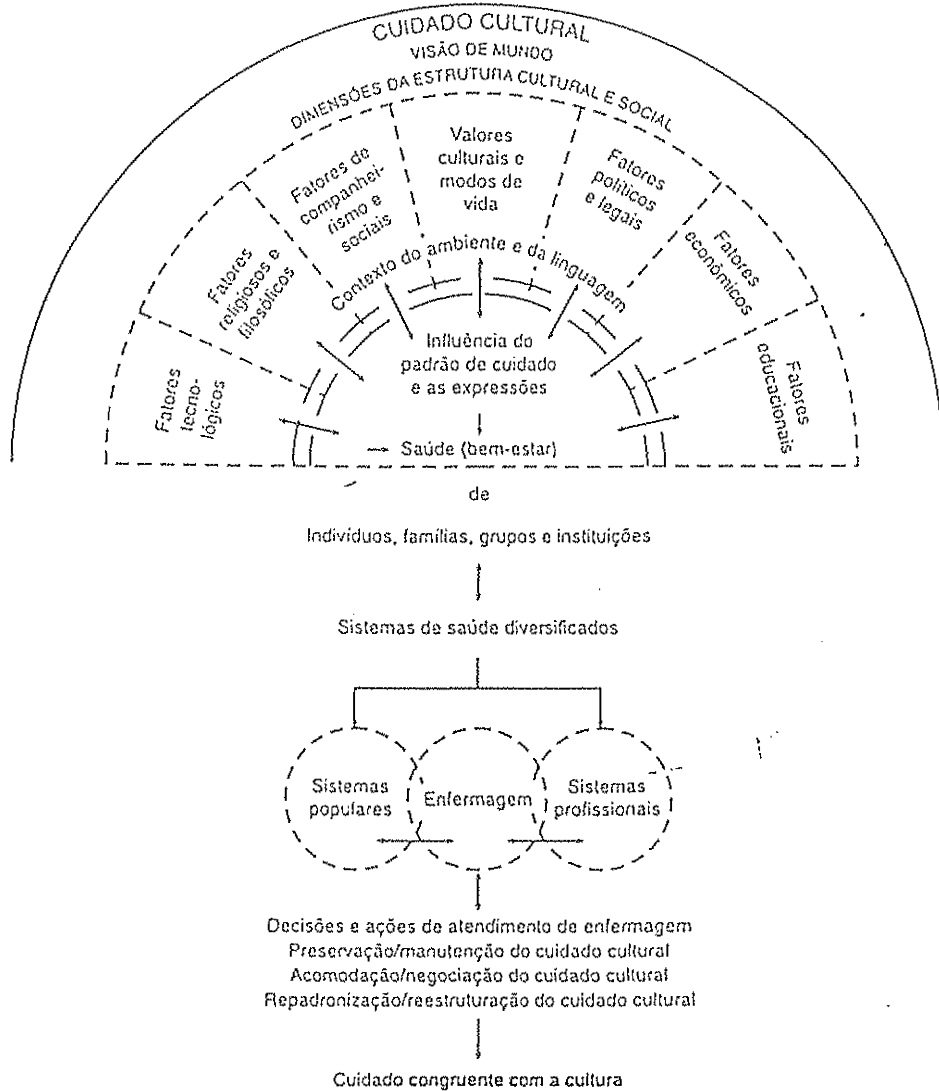
WALDOW, VR. Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico. **Nursing – administração**. Fev., 2001.

WHITENER, L.M.; COX, K.R. Use of theory to guide nurses in design of health messages for children. **Journal of Advanced Nursing**: London, v. 28, March, 1998. p 21-35.

WOOD, GLB; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ANEXO I

MODELO SUNRISE DA TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO

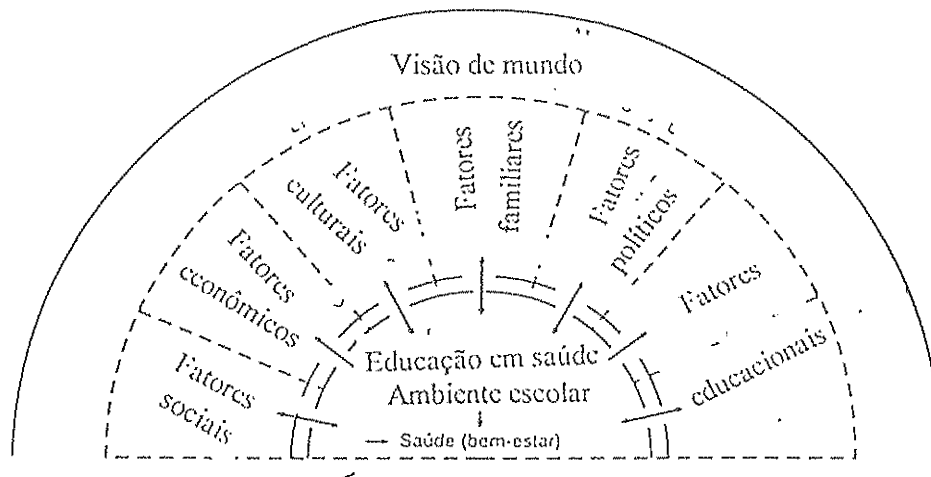


LEGENDA:

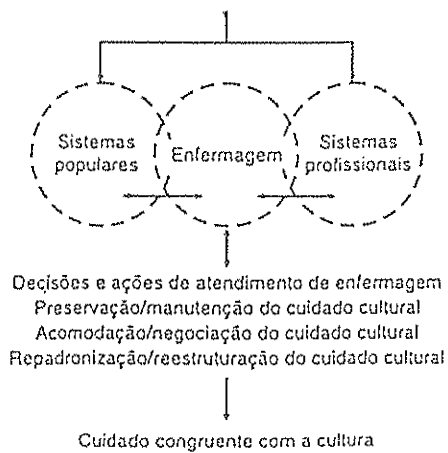
- - - - Influenciadores
- Influenciadores direcionais

ANEXO II

MODELO SUNRISE DA TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO ADAPTADO AO OBJETO DE ESTUDO



Concepções a respeito de saúde



LEGENDA:
 - - - - - Influenciadores
 ————— Influenciadores direcionais

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA – QUESTÕES NORTEADORAS

01. O que significa saúde para você?

- ↳ O que você acha que deve ser feito para ter saúde?
- ↳ Como você cuida da sua saúde? Por que? Exemplifique.
- ↳ Você procura se informar a respeito de como cuidar melhor da saúde? Como?

02. Como você percebe sua vida?

- ↳ Como você se sente sendo professor?
- ↳ Como é seu relacionamento com os alunos?
- ↳ E com os demais funcionários?
- ↳ Você se sente satisfeito com sua profissão? Por que?

03. Para você, o que é educação em saúde?

04. Você aborda o tema saúde em sala de aula?

- ↳ Quais assuntos sobre saúde você discute com os alunos?
- ↳ Estes temas são propostos por quem? (alunos, diretoria ou é de iniciativa própria?)
- ↳ Você acha importante falar sobre saúde? Porque?

05. Você conhece o conteúdo de saúde dos PCN? Planeja suas atividades através deles? Porque?

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Nome: _____
RG: _____ Sexo: M () F ()
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Telefone: (____) _____

2. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

- 2.1. Título da pesquisa: Educação em saúde na escola: identificando a percepção dos professores e construindo conhecimentos através dos PCN/MEC.
- 2.2. Pesquisadora: Alexsandra Rodrigues Feijão
- 2.3. Cargo ou Função: Mestranda em Enfermagem em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará.
- 2.4. Avaliação de risco da pesquisa: Aguardando parecer do Comitê de Ética.
- 2.5. Duração da Pesquisa: 10 meses (período de tempo aproximado)

3. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PROFESSOR SOBRE A PESQUISA:

3.1. Justificativa e objetivos da pesquisa: Carência de estudos na área da enfermagem em saúde comunitária que aliem educação em saúde e escola, ressaltando-se a escassez ainda maior de trabalhos que enfoquem a atividade do professor diante dos PCN. Este estudo visa, principalmente, identificar o cenário atual da implementação da educação em saúde no contexto escolar em duas escolas do ensino fundamental de Fortaleza e gerar conhecimento a respeito de como a escola pode se transformar em espaço de educação em saúde, originando estratégias que viabilizam os PCN na perspectiva do professor.

3.2. Procedimentos que serão utilizados para coleta de dados: Observação com restrita participação; observação participante e reflexão e confirmação das informações.

3.3. Desconfortos e riscos esperados: Nenhum.

3.4. Benefícios que poderão ser obtidos: Colaborar para a construção do conhecimento em enfermagem a respeito de como trabalhar em parceria com o professor com o intuito de promover a saúde das crianças e adolescentes.

4. ESCLARECIMENTOS A SEREM DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

4.1. Acesso em qualquer momento às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer dúvidas.

4.2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

4.3. Garantia da confidencialidade, sigilo e privacidade.

5. INFORMAÇÃO DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS.

Alexsandra Rodrigues Feijão

Rua Paraná, nº 236, Bela – Vista, Fortaleza – CE

Fone: 482-2490

6. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO:

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter compreendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Fortaleza, de de

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO V

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA

OFÍCIO AOS DIRETORES

Prezado Diretor:

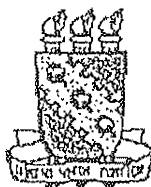
Eu, Alexsandra Rodrigues Feijão, mestranda em Enfermagem Comunitária do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em fase de coleta de dados da dissertação intitulada: Educação em saúde na escola - identificando a percepção dos professores e construindo conhecimentos através dos PCN/MEC, necessito permanecer nas dependências da escola nos períodos da manhã e tarde, além das reuniões de planejamento, para selecionar e colher os dados inerentes à pesquisa. Portanto, solicito o vosso consentimento, ressaltando que não há necessidade de identificação da escola nem dos informantes.

Desde já, agradeço vossa colaboração

Fortaleza, de de 2001

Alexsandra Rodrigues Feijão

ANEXO VI



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 36/02

Fortaleza, 01 de março de 2002

Protocolo do COMEPE nº 15/02

Pesquisador responsável: Alessandra Rodrigues Feijão

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Educação em saúde na escola: identificando a percepção dos professores e construindo conhecimentos através dos PCN/MEC"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 28 de fevereiro de 2002.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UWCUFC