

3 O Projeto de pesquisa

Neste capítulo aborda-se a Educação em Saúde, especialmente a Educação em Saúde na escola, a partir da ação apoiada pelo PSE - Programa Saúde na Escola do Governo Federal, que tem como uma de suas propostas o uso não só de recursos pedagógicos tradicionais, mas também inovadores, para educar crianças sobre prevenção contra as principais doenças, melhorando a qualidade de vida da população.

3.1. O que se entende por saúde e Educação em Saúde.

Perceber a saúde como qualidade de vida pressupõe um olhar holístico sobre fatores que determinam as condições de vida das pessoas e estende a reflexão sobre saúde a outros espaços e atores como escolas, comunidades, famílias, profissionais de educação, de saúde, alunos e seus responsáveis. Segundo Carlos S. Silva,

A estratégia de Educação em Saúde na Escola se configura nessa prática participativa, com interação e diálogo entre esses setores e atores no processo de construção coletiva de uma vida mais saudável para a comunidade escolar com construção de ambientes saudáveis e a relação dos serviços de saúde com a escola, e a organização da rede municipal de saúde, nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.
(Silva, Carlos S. 2005, p.1)

Pode-se entender por Educação em Saúde como ações educativas com vistas a facilitar ações conducentes à saúde e a prevenção a situações do dia a dia que possam levar a doenças.

Antigamente pensava-se a saúde como apenas a ausência de doença. Era uma concepção puramente assistencialista, que colocava em evidência a necessidade de afastar as doenças do indivíduo, através de um diagnóstico, de exames clínicos e laboratoriais e a partir daí, a prescrição de remédios. Segundo a FUNASA – Fundação Nacional de Saúde - foi com esta visão equivocada que a medicina se estruturou no Brasil e ao longo de anos priorizou o modelo apenas médico-hospitalar.

Embora seja responsabilidade do Estado garantir a prestação da assistência médica aos que adoecem, nem sempre este modelo foi bem conduzido, pois não se priorizava determinar as causas das doenças. Com quem aconteceu? Onde? Quando? Como? Por quê? A situação começou a mudar através de debates, simpósios, seminários e conferências nacionais e internacionais que trouxeram novas concepções para a saúde e conseqüentemente a Educação em Saúde.

Como já mencionado anteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1948 ampliou a definição de Saúde para além do corpo físico do ser humano, e acrescentou as condições psicológicas ou emocionais além dos aspectos sociais que proporcionassem o estado ideal de bem estar: **“Saúde é um bem-estar físico, mental e social”**.

A partir de 1960, já se fazia sentir a necessidade de novas mudanças no sistema de saúde brasileiro. Isto contribuiu para que se pensasse em formular uma reforma do sistema vigente. Teve muita força um movimento social que preconizava que o Estado investisse não mais em ações curativas, mas também em ações de prevenção de doenças, que proporcionassem melhora das condições de saúde do povo brasileiro e diminuíssem a necessidade de atendimento médico. Desta forma, investindo-se em uma reforma sanitária, na prevenção, poder-se-ia diminuir a incidência de agravos à saúde, e, assim, a quantidade de recursos e insumos destinados para a parte curativa. Nesse sentido, o que se configurou como *“Movimento Social pela Reforma Sanitária”* defendia também que todas as pessoas, independentemente de classe social, deveriam receber

assistência médica sempre que necessitassem e em todos os níveis e graus de complexidade. Conforme Carlos S. Silva:

Em 1978 ocorreu em Alma-Ata, na Rússia, a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, recomendando a adoção de um conjunto de medidas, entre outras, no campo da Educação em Saúde, prevenção de doenças e agravos, saneamento básico e prioridade para a atenção à saúde do grupo materno-infantil. Algumas dessas medidas tiveram alcances bastante significativos, como aleitamento materno, vacinação, o soro de reidratação oral, controle da diarreia e de infecções respiratórias, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que eram chamadas de **ações básicas de saúde**.

(Silva, Carlos S. 2005, p.29)

Em 1986 realizou-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, que fortaleceu o conceito ampliado de saúde, aprovado posteriormente, em 1988, na Constituição Federal. Foram ainda incluídos novos fatores que determinariam os níveis de saúde, como: alimentação, saneamento básico, meio ambiente, transporte, trabalho, renda, educação, moradia, lazer e o acesso que a população tem aos bens e serviços que lhe são essenciais e de direito.

Com base nas propostas da conferência citada, a Constituição Brasileira criou o SUS - Sistema Único de Saúde, que consolidou os preceitos da Reforma Sanitária anteriormente aprovada. Ainda no mesmo ano, no Canadá, ampliou-se o leque de apoio ainda mais. De acordo com Silva:

No panorama internacional, ainda em 1986, aconteceu a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá. Com o intuito de buscar uma nova concepção de saúde pública, definiu-se o conceito de Saúde dentro dos princípios da promoção da melhoria da qualidade de vida, colocando-se como pré-requisitos para a saúde, fatores como os que se veem acima, acrescidos de **paz, justiça social e equidade**. Conclui-se que Saúde está diretamente relacionada com a qualidade de vida das pessoas.

(Silva, Carlos S. 2005, p.29)

Quinze anos depois, em setembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação

Permanente em Saúde”. De acordo com Leitão:

O desafio dessa política está na adoção de educação permanente em saúde com estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor de saúde.

(Leitão, 2005, p.29)

Com base na educação permanente em saúde, pensou-se a Educação em Saúde na Escola, através de um programa que contemplasse as exigências do meio educacional, pensando-se na avaliação das condições de saúde dos estudantes e a prevenção.

3.2.

O PSE – Programa Saúde na Escola e a Educação em Saúde na Escola.

Em 2008, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), através da Portaria 1.861, de 4 de setembro de 2008. Trata-se de uma parceria entre os ministérios da Educação e da Saúde que tem o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas estando assim estruturado:

O programa está estruturado em quatro blocos. O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal (controle de cárie), acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante.

O segundo trata da promoção da saúde e da prevenção, que trabalhará as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Também neste bloco há uma abordagem à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo à atividade física e práticas corporais.

O terceiro bloco do programa é voltado à educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens. Essa etapa está sob a responsabilidade da Universidade Aberta do Brasil, do Ministério da Educação, em interface com os Núcleos de

Telessaúde, do Ministério da Saúde, e observa os temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE.

O último prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de pesquisas.

Assim, vê-se que se deve considerar a Educação em Saúde como disciplina de ação para atuar sobre o conhecimento das pessoas, fazendo com que elas possam desenvolver uma visão crítica e a capacidade de intervirem sobre suas vidas e nos seus ambientes.

A Educação em Saúde deve permitir que o cidadão conquiste conhecimento técnico científico, através de sistemas visuais e auditivos, tendo livre acesso a informações sobre a qualidade de vida da região e país onde vive e cobrando do poder público este acesso.

Atualmente, a Prefeitura do Rio de Janeiro atende às escolas municipais, mas também às escolas particulares conveniadas ou não, mas que requeiram este apoio municipal. No entanto, poucas escolas particulares se candidatam ao Programa PSE, talvez por desconhecimento de sua existência.

Por isto, ao elaborar-se esta proposta de pesquisa em escolas e definir-se o público alvo, pensou-se contemplar escolas da Rede Pública, a rede mais carente de recursos e trabalhar com alunos do Ensino Fundamental.

3.3.

A proposta de estudo de caso em escolas; a escolha das escolas e do público alvo - justificativas.

A proposta desta dissertação, de realização de um estudo de caso em escolas, tem como **objetivo geral** verificar a adequação do uso da animação como recurso de ensino e de incentivo a uma visão mais abrangente, com um melhor entendimento por parte de alunos do Ensino Fundamental, de mensagens educacionais sobre temas relacionados à saúde. Como **objetivo específico** pretende-se verificar se a animação, além do seu potencial de entretenimento, exposição e diversão, pode incentivar atitudes comportamentais

positivas na educação em saúde, criando e recriando concepções e formas didáticas que promovam o diálogo e novos saberes.

A **hipótese** que motiva a pesquisa é a de que a animação pode ser utilizada com eficácia nos currículos escolares, como apoio pedagógico, para a Educação em Saúde no Ensino Fundamental.

Primeiramente, em visitas informais a algumas escolas da Rede Municipal de Ensino, ainda no início do ano de 2010, estabeleceu-se contato com diretoras pedagógicas e verificou-se o interesse das escolas de participar do estudo. Decidiu-se priorizar as escolas localizadas na Zona Sul do Rio de Janeiro, levando-se em conta elas possuem a infraestrutura técnica/tecnológica/acadêmica necessária para a realização da pesquisa – recursos de TV e DVD; espaço físico adequado - sala de vídeo ou flexibilidade para utilização de uma sala convencional para projeções e tempo disponível em sua grade de Planejamento Pedagógico. Além disto, consideraram-se as dificuldades que as escolas enfrentam pela carência dos alunos no ensino sobre Educação em Saúde, que durante os anos de servidor público do município, o autor deste projeto vivenciou e que lhe foram relatadas por diversos profissionais da Secretaria de Educação do Município.

Após as primeiras visitas, escolheu-se a Escola Municipal Romão de Mattos Duarte, na Rua Paulo VI, 60. A escola situa-se no bairro do Flamengo, sua diretora e professores possuíam explícito interesse no projeto de pesquisa e o pesquisador já conhecia aquelas profissionais, devido à participação em eventos conjuntos na Prefeitura. A escola também possuía espaço adequado e os equipamentos necessários para a realização da pesquisa.

Seguindo orientação recebida, ainda no início de 2010, encaminhou-se à 2ª CRE – Conselho Regional de Educação, toda a documentação solicitada para a liberação da pesquisa: pré-projeto, declarações de que não fotografaríamos, filmaríamos ou entrevistaríamos nenhum dos atores da pesquisa dentre outros. Contudo, fomos informados de que aquela documentação seria encaminhada ao Conselho de Ética da Prefeitura para avaliação e

aprovação, ou não, antes que se pudesse, de fato, iniciar o trabalho na escola.

No entanto, ao final de 2010 ainda sem uma resposta da 2ª CRE e preocupado com os prazos que precisavam ser cumpridos, o pesquisador decidiu abandonar a ideia de trabalhar com escolas municipais, perdendo todo o planejamento já alinhavado e voltar seu interesse para as escolas da Rede Particular de Ensino. Iniciou-se, então, novo processo de identificação de escolas particulares que pudessem ter interesse no estudo e ainda tivessem disponíveis os recursos de infraestrutura necessários para a realização da pesquisa. Após visitas a diversas escolas, encontraram-se duas escolas que pelo interesse, proposta pedagógica, localização, espaço físico e disponibilidade de equipamentos eram indicadas para a pesquisa. Foram elas o **Externato Coração Eucarístico** e o **Educandário da Misericórdia**.

O **Externato Coração Eucarístico**, instituição particular, situado à Rua Paissandu número 168 – Flamengo, além de atender aos critérios já mencionados ainda realizava um trabalho de conscientização sobre saúde com seus alunos. Procurada a direção da escola, fomos cordialmente recebidos por sua diretora e supervisora pedagógica do Ensino Fundamental, Professora Tânia Maria Duquesnois Dubois que, após a leitura da proposta do projeto de pesquisa, imediatamente apresentou o pesquisador à diretora geral, Professora Maria Augusta Sanches Gutierrez, que prontamente acolheu a pesquisa e agendou datas para conversas mais aprofundadas.

O mesmo aconteceu na segunda escola escolhida, o **Educandário da Misericórdia**, instituição filantrópica, localizada no número 446 da Rua São Clemente, no bairro de Botafogo e que pertence à tradicional Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O pesquisador foi recebido pela Professora e Diretora Sueli Campos, a Coordenadora Pedagógica Nilza Pontel e a Assistente Social, a professora Helena Alves de Lima Santos. A elas foi apresentada a proposta da pesquisa, que logo despertou o interesse de todas.

Percebeu-se que, por coincidência, as duas instituições escolhidas eram tradicionais, de formação católica e possuíam um forte direcionamento religioso, com valorização da família, do amor e da fraternidade, uma verdadeira postura ética de valorização das questões humanistas. Informações adicionais sobre as histórias e missões das duas escolas podem ser conferidas em seus sites⁵.

A proposta de pesquisa foi submetida às duas instituições, para avaliação pedagógica, e em pouco tempo obteve-se a aprovação de ambas para a realização das atividades. Desta forma, decidimos abandonar a escola municipal anteriormente escolhida e conduzir o estudo em duas instituições ao invés de apenas em uma.

A escolha do público alvo da pesquisa, crianças do 3º ano do Ensino Fundamental, deveu-se ao fato de que, segundo as professoras e pedagogas das escolas em questão, tal faixa etária (8 a 10 anos), melhor se adequava à proposta, facilitando o diálogo, pois além de gostarem muito de animações, principalmente desenhos animados, já possuíam intimidade com o vídeo e a TV, assim como maior capacidade para trocar ideias, dialogar oralmente e por escrito. Crianças mais velhas, já na pré-adolescência, passam a interessar-se por outros tipos de expressão audiovisual, por elas considerados ‘mais adultos’ deixando de lado as animações que costumam chamar de ‘*coisas de criança*’. Vale ressaltar que na fase adulta, no entanto, voltam a se interessar novamente pelas animações.

Para ampliar-se o estudo, optou-se por trabalhar com espaços, pessoas e vivências diferentes. Buscamos valorizar grupos de crianças com mais ou menos oportunidades de inclusão social, e por isso escolheu-se desenvolver a pesquisa em duas turmas no **Externato Coração Eucarístico**, uma com 25 crianças e outra com

⁵ <http://www.eucaristico.com.br>
<http://www.santacasarij.org.br/edMisericordia.htm>

27, compostas de meninos e meninas; e em uma única turma no **Educandário da Misericórdia**, composta apenas de 21 meninas. Para garantir que a realização do estudo contemplasse grupos de alunos distintos, em relação a seu poder aquisitivo, um indicativo considerado foi a diferença de preços das mensalidades cobradas pelas duas instituições: o valor da mensalidade do **Externato Coração Eucarístico** é cinco vezes o valor da mensalidade do **Educandário da Misericórdia**. Isto explica o perfil dos alunos do **Educandário da Misericórdia**, que por ser uma instituição filantrópica, atende, em sua maioria, crianças moradoras da comunidade carente pacificada Santa Marta, do bairro de Botafogo, enquanto o perfil dos alunos do **Externato Coração Eucarístico** se compõe de crianças de classe média alta, moradoras do bairro do Flamengo.

Observou-se, ainda, outras diferenças: no **Educandário da Misericórdia**, nem todas as crianças possuem conexão de internet em casa e seus pais trabalham em empregos informais, enquanto que no **Externato Coração Eucarístico**, as crianças das turmas pesquisadas têm facilidade de acesso à internet, possuindo em seus lares conexão de banda larga, que lhes permite assistir a vídeos, utilizar jogos e entrar em bate-papos em redes sociais. Os pais dessas crianças possuem empregos formais, de carteira assinada, ou mantêm atividades como empresários/profissionais liberais.

No **Educandário da Misericórdia** a abordagem sobre Educação em Saúde faz parte do planejamento pedagógico, porém de forma mais simples e pontual que no **Externato Coração Eucarístico**, que promove, inclusive, a reciclagem do lixo gerado pelos descartes dos seus alunos, transformando-os em outros materiais de uso cotidiano daquelas crianças. A escola promove, ainda, o “Dia do Lanche Saudável”, que convoca as crianças, semanalmente, a naquele dia trazer uma merenda mais saudável, geralmente uma fruta e sucos ao invés de biscoitos, refrigerantes, etc.

As crianças do **Educandário da Misericórdia**, por sua condição econômica, quase nunca têm a oportunidade de ir aos

cinemas e quando adquirem vídeos para assistir, na maioria são vídeos pirateados. Em geral possuem em suas casas TV e um aparelho de DVD. Já no **Externato Coração Eucarístico**, as crianças em sua maioria têm diversas oportunidades de contato com programas culturais e facilidades de assistir a vídeos animados, por exemplo. A maior parte das crianças compra muitos vídeos, possui mais de um aparelho de TV em casa, acessa animações via internet banda larga em *laptops* e frequenta regularmente cinemas.

Conclui-se que as diferenças sociais entre os dois públicos pesquisados determina o envolvimento maior ou menor deles com as novas tecnologias, embora ambos acabem por tomar conhecimento dos mesmos personagens existentes nas animações mais populares, facilitando a execução do Estudo de Caso que se apresenta a seguir.