

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

LUANA COSTA VIANA

**EDUCAÇÃO DO CAMPO E SAÚDE: REFLETINDO SOBRE OS
PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS E SUA RELAÇÃO
COM O CURRÍCULO DE UMA ESCOLA MULTISSERIADA DO
MUNICÍPIO DE MARAPANIM, PARÁ**

BELÉM-PA

2010

LUANA COSTA VIANA

**EDUCAÇÃO DO CAMPO E SAÚDE: REFLETINDO SOBRE OS
PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS E SUA RELAÇÃO
COM O CURRÍCULO DE UMA ESCOLA MULTISSERIADA DO
MUNICÍPIO DE MARAPANIM, PARÁ**

Dissertação apresentada como exigência parcial para
obtenção do título de Mestre em Educação, à Banca
Examinadora do Programa de Pós-graduação em Educação,
Linha Currículo e Formação de Professores da Universidade
Federal do Pará.

Orientador: Prof^o. Dr. Salomão Antônio Mufarrej Hage.

BELÉM-PA

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –

Biblioteca Prof^a Eley Rodrigues Lacerda/ Instituto de Ciências da Educação /UFPA, Belém-PA

Viana, Luana Costa.

Educação do campo e saúde: refletindo sobre os Parâmetros Curriculares Nacionais e sua relação com o currículo de uma escola multisseriada do município de Marapanim, Pará; orientador, Prof^o. Dr^o. Salomão Antônio Mufarrej Hage. – 2010.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém, 2010.

1. Educação rural – Currículos - Marapanim (PA). 2. Saúde escolar – Marapanim (PA). 3. Ensino fundamental – Currículos – Marapanim (PA) I. Título.

CDD - 21. ed.: 370.91734098115

LUANA COSTA VIANA

**EDUCAÇÃO DO CAMPO E SAÚDE: REFLETINDO SOBRE OS
PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS E SUA RELAÇÃO
COM O CURRÍCULO DE UMA ESCOLA MULTISSERIADA DO
MUNICÍPIO DE MARAPANIM, PARÁ**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, a Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Educação, Linha Currículo e Formação de Professores da Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof^o. Dr. Salomão Antônio Mufarrej Hage.

Avaliado em ___/___/___

Conceito: _____

Banca Examinadora

Professor Doutor Salomão Antônio Mufarrej Hage
Orientador
Universidade Federal do Pará

Professora Doutora Elizabeth Teixeira
Examinadora
Universidade do Estado do Pará

Professora Doutora Sônia Maria da Silva Araujo
Examinadora
Universidade Federal do Pará

Ao meu único, onipotente, onisciente e
onipresente Deus que me dá a razão de
levantar todos os dias e realizar sonhos
que sem Ele eu jamais poderia
alcançar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me deu força e coragem pra superar todos os desafios que surgiram até hoje na minha caminhada, por todas as vitórias conquistadas até aqui toda honra seja dada a Ele.

Aos meus pais, Adalberto Viana e Darciléa Viana, meu irmão Thiago Viana e demais familiares por me incentivarem e nunca deixarem de acreditar que os meus sonhos iriam se realizar. Aos meus tios Afonso Melo e Lilian Silva que cederam sua casa para minha estadia em Marapanim e sempre me incentivaram. Ao meu tio Abílio Costa por me acompanhar tantas vezes em minhas viagens na pesquisa de campo.

À professora Elizabeth Teixeira que muito contribuiu com meu processo de aprendizagem sobre a Educação em Saúde por ocasião da disciplina eletiva Educação e Saúde do Programa de Pós Graduação em Educação da UEPA, irradiando sempre muita alegria e tratando com carinho todos os seus alunos.

À professora Sônia Araújo que me auxiliou fornecendo embasamento teórico para as discussões realizadas nesta pesquisa durante minha formação no mestrado e me incentivou a buscar sempre mais conhecimentos.

Ao meu orientador professor Salomão Hage que me apresentou com muita paciência e dedicação a realidade da Educação do Campo e sempre me deu um exemplo maravilhoso do que é ser um educador comprometido com uma educação crítica e emancipadora, enraizada nos saberes amazônicos e produtora de transformações em nossa realidade.

Aos professores, colegas e demais sujeitos envolvidos no mestrado de Educação da Universidade Federal do Pará pela troca de experiências e rico aprendizado que me proporcionaram.

Aos alunos, pais, professores e demais sujeitos da comunidade Livramento que me acolheram e me deram a honra desfrutar de suas companhias durante a realização desta pesquisa.

Aos profissionais da Secretaria de Educação e da Secretaria de Saúde do Município de Marapanim que cooperaram com esta pesquisa.

Aos amigos Maria Andrade, Darci Lima e Francisco que oraram e torceram por mim neste longo e lindo caminho de aprendizado.

Às amigas Silvane Dias, Sheila Araújo, Dayana Souza e Eldra Carvalho pelo apoio na coleta e transcrição de dados desta pesquisa.

À minha querida tia Leonor Baêta *In Memoriam*, nem a saudade, nem a distância apagaram sua influência fundamental em minha vida.

EPIÍGRAFE

“[...] Deus te exaltará sobre todas as nações da terra. E todas as bênçãos virão sobre ti e te alcançarão [...] bendito serás tu na cidade, e bendito serás tu no campo. Bendito [...] o fruto da tua terra, e o fruto dos teus animais; e a criação das tuas vacas, e os rebanhos das tuas ovelhas. [...] Bendito serás ao entrares, e bendito serás ao saíres. O senhor mandará que a benção esteja contigo nos teus celeiros, e em tudo o que puseres a tua mão: e te abençoará na terra que te der o Senhor teu Deus.”

(DEUTERONÔMIO, 27: 1-8)

RESUMO

Este estudo versou sobre educação do campo e saúde e teve como objeto o currículo do ensino fundamental expresso nos Parâmetros Curriculares Nacionais e sua relação com o currículo de uma escola multisseriada do município de Marapanim no estado do Pará. A pesquisa optou pela abordagem qualitativa, e foi baseada em pesquisa documental e pesquisa de campo realizada na escola Professora Carmen Rabelo Magalhães. O presente estudo analisou a concepção de saúde presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais, expressa especificamente em um dos temas transversais que aborda a saúde, analisando a maneira como a saúde e o campo são considerados nesses documentos, nos livros didáticos utilizados por essa escola, e na concepção de saúde de professores, alunos, pais e responsáveis. Foi realizada análise documental focalizando documentos do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde como as Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo, os Parâmetros Curriculares Nacionais, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e a Política Nacional de Promoção de Saúde; assim como os livros didáticos adotados no nível fundamental da escola durante o ano de 2009. Foi realizada entrevista aos professores, alunos, pais e lideranças comunitárias envolvidas com a escola. A análise dos dados e dos depoimentos indicou a predominância da concepção unicausal de saúde nos PCNs, nos livros didáticos analisados, bem como entre professores, alunos e pais entrevistados, evidenciando um distanciamento em relação aos diversos aspectos da vida e da saúde dos povos do campo.

Palavras-Chave: Currículo. Educação do Campo. Saúde. Multissérie.

ABSTRACT

This study was about rural education and health and its research object was the primary education curriculum expressed in the National Curriculum Standards plus its relation to a multigrade school curriculum from Marapanim city at Pará State. The research opted for a qualitative approach and it was based on documental research as well as field research at Professora Carmen Rabelo Magalhães School. This study analyzed the health conception present in the National Curriculum Standards, expressed specifically in one of the transversal themes about health, investigating how health and rural environment are understood in these documents, in the textbooks, and in the health conception of teachers, students, parents and guardians. It was done a documental analyze focusing the Education Ministry and the Health Ministry documents, as the Operational Guidelines for Basic Education in Rural schools, the national curriculum standards, the national health policy debates of rural populations and Forest and National Policy Health Promotion, as well as the textbooks adopted in this primary school during 2009 year. It was done an interview with teachers, students, parents, and community leaders involved with the school. The data analysis and the interview result indicated the predominance of single causal conception of health in the National Curriculum Standards, in the analyzed textbooks, as well among teachers, students and interviewed parents, evidencing a gap on the different aspect of life and health of rural living people.

Keywords: Curriculum. Rural Education. Health. Multigrade school.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AI - Ainda Brincando

ANPED - Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação

CAPS - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEDI - Centro de Desenvolvimento Infantil

CECAN NORTE - Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição da região Norte.

CEANs - Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição

CEBs - Comunidades Eclesiais de Base

CISNE - Centro Integrado de Serviços para Necessidades Especiais

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNEC - Conferência Nacional por uma Educação Básica do Campo

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNTE - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONTAG - Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura

DATASUS - Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde

DCNEF - Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental

DGSP - Diretoria Geral de Saúde Pública

DOEEC - Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EG - Eu gosto de Ciências

ENERA- Encontro Nacional de Educadores e Educadoras da Reforma Agrária

ESF - Equipe Saúde da Família

FAE - Fundação de Assistência ao Estudante

FETAG - Federação dos Trabalhadores na Agricultura

FETRAF - Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação.

FUNRURAL - Fundo de Assistência e Previdência Rural

GEPERUAZ - Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação do Campo na Amazônia

IAP'S - Institutos de Aposentadorias de Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

IES - Instituições de Ensino Superior

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação

LD - Livro Didático

MEC - Ministério da Educação e da Cultura

MDA - Ministério do Desenvolvimento Agrário

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

MS - Ministério da Saúde

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra

MSTTR - Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais

MTIC - Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PESCA - Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia

Pense - Pesquisa Nacional Saúde do Escolar

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PCNs - Parâmetros Curriculares Nacionais

PNLD - Programa Nacional do Livro Didático

PPP - Projeto Político Pedagógico

PROCAMPO - Programa de Vivência Estudantil-Camponesa

PRONERA - Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária

PSE - Programa Saúde na Escola

PS - Programas de Saúde

QA - Quero Aprender

RLEPS - Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde

SAEB - Sistema de Avaliação da Educação Básica

SAPP - Sociedade Agrícola de Plantadores e Pecuáristas

SECAD - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade

SEMEC - Secretaria Municipal de Educação

SUS - Sistema Único de Saúde

UEPA - Universidade do Estado do Pará

UFRA - Universidade Federal Rural do Pará

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ULTAB - União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil

UNB - Universidade de Brasília

UNAMA - Universidade da Amazônia

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para Infância

UFPA - Universidade Federal do Pará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Devemos ter cuidado com a nossa alimentação	123
FIGURA 1 – Microorganismo	130
FIGURA 2 - Mecânica Respiratória	130
FIGURA 3 - Órgão da audição	131
FIGURA 4 – Tato	131
FIGURA 5 - O comando do corpo	131
FIGURA 6 – Agricultura	131
FIGURA 7 – A água	140
FIGURA 8 – Utilidade da água	140

SUMÁRIO

INTRODUZINDO A QUESTÃO	17
PERCURSO METODOLÓGICO	24
1 EDUCAÇÃO DO CAMPO E SAÚDE NA AMAZÔNIA PARAENSE	35
1.1 EDUCAÇÃO DO CAMPO: DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE DESENVOLVIMENTO QUE AFIRME OS DIREITOS DAS POPULAÇÕES DO CAMPO	36
1.2 EDUCAÇÃO E SAÚDE NO CAMPO: DESIGUALDADES SOCIAIS E EDUCACIONAIS QUE CONFIGURAM A REALIDADE RURAL	41
1.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA INFLUÊNCIA NO TERRITÓRIO DO CAMPO	50
1.4 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NO CAMPO: ASPECTOS LEGAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS EXISTENTES NA ATUALIDADE	63
1.5 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): SAÚDE E EDUCAÇÃO ESCOLAR INTERAGINDO E CONSTITUINDO-SE EM POLÍTICA PÚBLICA	72
2 A SAÚDE NO CURRÍCULO ESCOLAR E OS DESDOBRAMENTOS DOS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS EM UMA TURMA MULTISSERIADA DO MUNICÍPIO DE MARAPANIM	77
2.1 OS PCNS ENQUANTO UMA DAS POLÍTICAS OFICIAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE	78
2.2 SAÚDE COMO TEMA TRANSVERSAL	87
2.3 MARAPANIM, MERGULHANDO EM SEU CONTEXTO	94
2.4 A ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL PROFESSORA CARMEM REBÊLO MAGALHÃES	100
2.5 OS TEMAS DE SAÚDE NA VIDA E NA ESCOLA DA COMUNIDADE LIVRAMENTO	103
Eixo - Na vida com saúde	103
Eixo - Saúde na escola	110
O que quero aprender e o que já sei	111
O que meu filho precisa aprender e aprende	116

O que ensino aos meus alunos e como faço isso	119
Eixo - Da escola para a vida: o uso dos conhecimentos em saúde	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	151
APÊNDICES	171
ANEXOS	187

INTRODUZINDO A QUESTÃO

Abordar o tema Educação e Saúde no Campo é explorar uma relação complexa e singular, uma vez que se refere à realidade de uma faixa extensa da população brasileira, que possui uma infinita riqueza cultural, mas que também enfrenta uma série de empecilhos para construir e efetivar um projeto de desenvolvimento articulado às suas peculiaridades e diversas necessidades.

Neste sentido, a educação e a saúde se configuram em elementos essenciais que devem ser o foco de pesquisas e debates realizados pelos diversos atores sociais envolvidos na realidade do campo, pois fazem parte de um só projeto de desenvolvimento que possui a finalidade de oferecer melhor qualidade de vida a essas populações cuja voz tem sido há tanto tempo silenciada.

O tema deste estudo é Educação do Campo e Saúde e o objeto é o currículo do ensino fundamental expresso nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), especificamente no tema transversal que aborda a saúde, focando a maneira como a saúde e o campo são considerados nesses documentos, nos livros didáticos utilizados pela Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães, localizada no município de Marapanim, no estado do Pará, assim como, na concepção de professores, alunos, pais e lideranças comunitárias na referida escola. A relevância desta investigação se dá pela carência de pesquisas disponíveis que relacionem a Educação do Campo e Saúde, particularmente envolvendo a realidade do ensino fundamental na Amazônia Paraense.

Damasceno e Bessera (2004) realizaram um levantamento sobre as pesquisas da área de Educação do Campo nas décadas de 1980 e 1990 aferindo que a proporção média é de doze pesquisas na área da Educação do Campo para cada mil pesquisas nas demais áreas da educação. O mesmo estudo apontou disparidades regionais em relação às pesquisas realizadas e indica como possíveis causas desta concentração o desenvolvimento regional diferenciado no país, os escassos investimentos direcionados a pesquisas nesta área e à estruturação de programas de pós-graduação de forma diferenciada em cada região. Além destes fatores os autores atribuem essa escassez de pesquisas sobre Educação do Campo à existência de uma concepção que advoga a universalização da educação para o mundo do trabalho priorizando as atividades do setor industrial em detrimento das atividades do setor agrícola, fato que induz

muitos a pensarem que para trabalhar e viver no campo o processo educativo formal não é necessário.

Os autores acrescentam que a maioria dos estudos levantados é de caráter sócio-antropológico e desenvolvidos por pessoas ligadas às comunidades rurais, tais estudos ajudam a compreender questões referentes à educação do campo, porém, seriam mais significativos se fizessem parte de projetos de maior alcance.

As principais temáticas focadas pela pesquisa em Educação do Campo segundo Damasceno e Bessera (2004) são: Ensino Fundamental, Professores do campo, Políticas para a Educação do Campo, Currículo e Saberes, Educação Popular e Movimentos Sociais do Campo.

Em relação à temática *Ensino Fundamental* as pesquisas analisadas indicaram que a educação do campo possui relevância como forma de acesso ao conhecimento universal, mas que ainda possui um caráter urbano-cêntrico distanciando-se da realidade dos sujeitos do campo. Em decorrência disto as pesquisas sugeriram mudanças na função sócio-pedagógica e no currículo das escolas do campo.

A fim de situar a pesquisa em Educação do Campo no Brasil numa perspectiva mais ampliada o Inventário dos grupos de pesquisa sobre Educação do campo no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) realizou um levantamento a partir da utilização das seguintes palavras de referência: *educação do campo*, *educação rural*, *educação indígena*, *educação quilombola* e *educação ribeirinha*. O estudo revelou a existência de 147 grupos de pesquisa cadastrados no Diretório dos Grupos dos quais 41 encontram-se na Região Norte, 32 na Região Nordeste, 22 na Região Sul, 28 na Região Sudeste e 24 na Região Centro-Oeste do Brasil. Especificamente no estado do Pará os grupos de pesquisa possuem 195 pesquisadores e 96 estudantes envolvidos em 32 linhas de pesquisa. Além disso, tais grupos pertencem a diversas áreas do conhecimento, a saber: Educação (13); Sociologia (01); Antropologia (1), Serviço Social (01), Linguística (01) e Enfermagem (01) (HAGE; OLIVEIRA; SILVA, 2009).

Os principais temas investigados por estes grupos de pesquisa são: as populações da Amazônia com foco na educação relacionada ao desenvolvimento e à sustentabilidade ambiental na sociedade contemporânea; a relação entre Estado, sociedade e movimentos sociais do campo; a escola do campo e o processo de escolarização na Amazônia; Práticas de

assistência e formação para o agir educativo em saúde, entre outros (HAGE; OLIVEIRA; SILVA, 2009).

Entre os grupos de pesquisa citados destaca-se o grupo Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia (PESCA) por explorar questões que envolvem a realidade das populações ribeirinhas na Amazônia. O PESCA possui 18 pesquisadores e 14 estudantes de diversas áreas e atua nas seguintes linhas de pesquisa: Agir Educativo-Cuidativo; Laboratório de Tecnologias Educacionais; Observatório de Práticas Educativas em Saúde-Doença e Práticas Educativas e de Cuidado no e para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Carneiro (2007) em seus estudos aponta que as pesquisas sobre as condições de saúde dos povos do campo relacionam o estado nutricional com a posse da terra, processos de trabalho e saúde, morbimortalidade¹ referida e relação com os serviços de saúde. Os resultados indicam um maior déficit nutricional à medida que a posse da terra diminui, além de constatarem um perfil de saúde precário dos moradores do campo em relação aos moradores da cidade. O campo apresenta diversos obstáculos ao acesso e a qualidade nos serviços de saúde, bem como, fragilidades no sistema de saneamento ambiental.

A tendência de relacionar o estudo das áreas de educação e saúde fortaleceu-se quando cursei a especialização em Docência no Ensino Superior na Universidade Federal do Pará (UFPA), onde pesquisei sobre o Projeto Político Pedagógico (PPP) dos cursos de fisioterapia do estado do Pará. O estudo foi realizado em 2005 e baseou-se em uma pesquisa documental e bibliográfica a respeito das políticas educacionais e objetos legais adotados pelo atual governo brasileiro para os cursos de graduação da área da saúde com ênfase no curso de fisioterapia. Além disso, foi realizada uma análise dos documentos pedagógicos referentes às Instituições de Ensino Superior (IES) do estado do Pará que ofertavam o curso de fisioterapia neste momento com turmas concluintes, que foram Universidade da Amazônia (UNAMA) e Universidade do Estado do Pará (UEPA), na busca de contextualização da realidade dos referidos cursos no estado do Pará.

Durante esta pesquisa pude averiguar que os direcionamentos ofertados pelos aparatos legais brasileiros para os cursos de fisioterapia do estado do Pará estão sendo adotados pelas referidas Instituições de Ensino Superior (IES), o que representa limites e possibilidades. Entre os limites constatei, por exemplo, a configuração de uma formação profissional marcada pelo tecnicismo com redução de conteúdos teóricos e da carga horária dos cursos e

¹ Impacto das doenças e dos óbitos (mortes) que incidem em uma população (DICIONÁRIO MÉDICO, 2008).

entre as possibilidades a adoção de um enfoque direcionado a um caráter mais preventivo das ações em saúde em consonância com os princípios do SUS.

Este também foi um momento no qual houve meu primeiro contato com membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação do Campo na Amazônia (GEPERUAZ) coordenado pelo professor Salomão Hage, meu orientador na especialização supracitada, e que me convidou para compor este grupo do qual faço parte atualmente. Neste grupo, através de reuniões, debates e pesquisas tenho me aproximado cada vez mais da realidade das comunidades que vivem no campo. Em 2007 passei a ser acadêmica do curso de pedagogia da Universidade Luterana do Brasil tendo realizado a pesquisa intitulada “Educação Nutricional: uma intervenção nas turmas de Ensino Fundamental” como requisito para a conclusão do referido curso. A partir dessas experiências mencionadas busquei aprofundar conhecimentos cursando a disciplina eletiva do mestrado de Educação da UEPA intitulada “Educação em Saúde”. Esta experiência representou um momento de intensa troca de experiências e conhecimentos na área e o convite para fazer parte do grupo de pesquisa PESCA da UEPA do qual participo atualmente.

Outro momento de aproximação com a educação e a saúde foi o meu ingresso no mestrado de educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPA em 2008. Isto representou para mim uma oportunidade inigualável de aprofundar o embasamento teórico-metodológico a respeito da educação com enfoque no currículo e formação de professores. Ao longo do referido curso participei de discussões, debates, estudos, pesquisas e eventos científicos na área de educação, elementos que foram essenciais para balizar minhas reflexões a respeito de meu tema de estudo.

O engajamento enquanto pesquisadora dos processos de Educação e Saúde no Campo me proporcionou ainda a oportunidade de atuar na formação de educandos no Programa de Vivência Estudantil-Camponesa (PROCAMPO) através da realização de oficinas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Educação Popular em Saúde no Campo. Este programa tem como objetivo integrar estudantes das universidades públicas paraenses com a realidade de comunidades que praticam agricultura familiar, como assentamentos de reforma agrária e comunidades tradicionais da Amazônia: pescadores, coletores, indígenas, ribeirinhos e quilombolas. Esta experiência como educadora do PROCAMPO foi enriquecedora não só pelos diálogos estabelecidos com estudantes universitários de áreas diversas como também

pela inserção em um programa do governo estadual do Pará que procura promover interação entre alunos, professores, movimentos sociais do campo e comunidades rurais.

Outra aproximação em relação ao tema aqui estudado foi minha inserção enquanto formadora no Programa de Formação Continuada de Educadores do Município de Acará, onde desde 2009 a equipe formadora participa de reuniões e processos de formação organizados pelo GEPERUAZ e aplica oficinas referentes à educação do campo junto aos docentes que atuam no ensino fundamental do referido município. Entre as temáticas trabalhadas estão a Educação em Saúde, a Inclusão Social e a Cultura Amazônica.

Uma vez exposto meu envolvimento com o tema se faz necessário explorar o contexto educacional dos povos do campo, a fim de articular na presente discussão a educação e a saúde. Para tanto, é pertinente compreender o contexto da situação de saúde e educação do campo na Amazônia, elementos que serão mais bem especificados ao longo desta pesquisa. O Censo Escolar (2005a) indicou que a rede de ensino da educação básica da área rural é constituída por 96.557 estabelecimentos de ensino, o que representa cerca de 50% das escolas do País (207.234). Ela atende a 5.799.387 alunos no Ensino Fundamental, que representam 17,3% da matrícula nacional nesse nível, e oferece, prioritariamente, as séries iniciais do ensino fundamental.

Entre os alunos em escolas rurais de Ensino Fundamental 71,5% estão matriculados de 1ª a 4ª série. Em relação à infra-estrutura das escolas do campo apenas 6,1% contam com biblioteca, 1,4% possuem laboratório de informática, 5,6 % tem quadra de esporte, 71,5% possuem energia elétrica, 84% possuem esgoto e 87% possuem sanitário (BRASIL, 2005a).

No ensino fundamental de 1ª a 4ª série, apenas 21,6% dos professores das escolas rurais no Brasil têm formação superior, enquanto nas escolas urbanas esse contingente representa 56,4% dos docentes. A maioria dos professores leigos² do país atua nas Regiões Nordeste e Norte. No Norte, do total de 33.426 professores do campo, 1.546 docentes possuem como formação apenas o Ensino Fundamental, 28.444 possuem o ensino médio, e apenas 3.136 possuem o ensino superior (BRASIL, 2005a).

Em relação aos indicadores epidemiológicos no Pará a incidência de Malária é de 14,31% e a de tuberculose pulmonar é de 33,9%. A Dengue apresenta ocorrência de 67 casos a cada cem mil habitantes e a Leishmaniose de 79 casos (BRASIL, 2006a).

² Os professores leigos são educadores que têm apenas o ensino fundamental e que, portanto, não dispõem da habilitação mínima para o desempenho de suas atividades.

A precarização histórica da qualidade de vida oferecida aos sujeitos do campo se configura, muitas vezes, em iniciativas de caráter assistencialista e distantes da sua realidade, por serem embasadas em uma concepção urbano-cêntrica de sociedade. Esta perspectiva enfatiza a crença de que o campo é uma área atrasada e que, portanto, não é necessário pensar sistemas de ensino e de saúde diferenciados para os sujeitos do campo, como se estes estivessem desprovidos de direitos. Percebe-se então, a necessidade de projetar e realizar políticas públicas direcionadas aos povos do campo considerando os seus saberes, suas necessidades e sua realidade posto que a educação do campo apresenta, segundo Leite (1999), os sinais históricos do abandono, do reducionismo e do desrespeito.

Neste sentido, a educação dialógica e transformadora (FREIRE, 1987) assume um lugar de destaque onde os atores sociais envolvidos na realidade educacional do campo refletem sobre a implantação de instituições de ensino públicas e de boa qualidade que considerem em seu processo de ensino aprendizagem os conhecimentos e a cultura dos educandos. Na realidade do campo, a educação está intimamente relacionada à luta pelo espaço territorial, alcançando ao longo deste processo muitas vitórias em virtude da elaboração de políticas públicas direcionadas ao contexto da população do campo e pela implantação de projetos educacionais articulados a esta realidade.

Como marcos das políticas públicas direcionadas ao campo destacam-se: Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo - DOEEC (2002), a criação da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade - SECAD (2004), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2008a) e as Diretrizes Complementares, normas e princípios para o desenvolvimento de políticas públicas de atendimento da Educação Básica (2008b). Além destas políticas específicas para o campo também é relevante citar os instrumentos legais que dão indicativos sobre o currículo a ser trabalhado nas escolas em nível nacional como as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental - DCNEF (1998a) e os Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs (1998b).

Estes dispositivos governamentais se configuraram embasados em concepções de educação, saúde e currículo que ganham diferentes nuances em cada realidade sobre a qual atuam e que determinam o conhecimento oficial, as identidades formadas no espaço escolar e os saberes valorizados na sociedade. Porém, como será abordado no desenvolvimento deste

estudo este processo não é neutro, mas envolvido por conflitos e relações de poder que o determinam e o modificam constantemente.

Diante deste contexto a presente pesquisa se propôs a responder os seguintes questionamentos:

1. Que concepção de saúde e campo permeia os PCNs de 1º a 4º série do Ensino Fundamental, expressos no tema transversal que aborda a saúde, bem como os Livros Didáticos de Ciências utilizados na Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães?

2. De que forma o currículo indicado pelos PCNs com enfoque no tema transversal saúde e o campo se materializam na Escola Municipal Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães?

3. Que concepções de saúde possuem os professores, os alunos, os pais e as lideranças comunitárias da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães localizada no município de Marapanim?

Tomando como base estes questionamentos, parti para a realização da pesquisa que teve como objetivo investigar a concepção de saúde presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental, expressa especificamente em um dos temas transversais que aborda essa temática, analisando a maneira como a saúde e o campo são considerados nesses documentos, nos livros didáticos utilizados pela Escola Professora Carmem Rêbello Magalhães, e na concepção de professores, alunos, pais e lideranças comunitárias envolvidas com a escola.

De forma a responder os questionamentos elencados neste estudo o presente texto estrutura-se em duas sessões:

Na primeira sessão intitulada **Educação do campo e saúde no meio rural da Amazônia Paraense** contextualizo a pesquisa explicitando a concepção de Educação do Campo e de saúde adotada, bem como esclareço a atual situação da educação e da saúde no campo, particularmente no estado do Pará. Tal discussão considerou a concepção de educação do campo adotada pela *Articulação Nacional Por uma Educação do Campo* e a concepção ampliada do conceito de saúde discutida com maior veemência a partir da realização das Conferências Nacionais de Saúde no Brasil, onde o processo saúde-doença passou a ser analisado de um ponto de vista crítico, visando estabelecer vínculos entre este processo e as condições de vida e trabalho dos sujeitos envolvidos. Neste sentido, o debate enfocou documentos do governo brasileiro como as Diretrizes Operacionais para a Educação

Básica nas Escolas do Campo (DOEEC), os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, entre outros, e discussões realizadas pelo Movimento de Educação do Campo.

Na seção II desta pesquisa, **A Saúde no currículo escolar e os desdobramentos dos Parâmetros Curriculares Nacionais interagindo em uma turma multisseriada do município de Marapanim**, enfoca a concepção de saúde presente nos PCNs, bem como o lugar ocupado pela educação do campo no referido documento. Em seguida abordo o contexto atual do município de Marapanim, explorando especificamente as peculiaridades referentes à educação e saúde da comunidade local e da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães. Atenção especial foi dada ao currículo adotado pela referida escola, identificando a concepção de saúde nele presente, o lugar que o campo ocupa neste currículo, bem como a influência exercida pelos Parâmetros Curriculares Nacionais sobre o mesmo.

Percurso Metodológico

O estudo orientou-se pela abordagem qualitativa, e foi baseado em pesquisa documental e de campo realizada na Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães localizada no Município de Marapanim no estado do Pará. A opção pela pesquisa qualitativa se deu por que esta “[...] é uma escolha fundada em uma leitura teórica, é um estilo de relacionamentos, é uma abordagem de fenômenos (de pessoas, da sociedade, da história, da cultura, da vida)” (BRANDÃO, 2003, p. 186). André e Ludke (1986) consideram que a pesquisa qualitativa possibilita um contato direto e contínuo no cotidiano escolar, por tanto considero esta opção a que melhor se enquadra na análise da educação e da saúde no campo em uma escola multisseriada no município de Marapanim, Pará.

Lima e Costa (2005) ressaltam a relevância da utilização da abordagem qualitativa na realização de pesquisas que envolvam a educação e a saúde visto que tal abordagem possibilita uma visão mais ampla do objeto estudado e de sua problemática, bem como das possíveis soluções a serem efetivadas. Isto se deve ao fato de a pesquisa qualitativa estar inserida no universo da pesquisa social, possibilitando resultados de conotação mais profunda

que os dados numéricos. Além disso, esta abordagem também é eficaz para explorar diversos aspectos da vida dos sujeitos investigados como sua relação com a doença, com o meio em que vivem e com os serviços de saúde oferecidos. Desta forma, o pesquisador que opta pela abordagem qualitativa terá acesso a dados relevantes para solucionar os problemas de maneira mais abrangente, não se limitando apenas analisar questões biológicas, mas também questões sociais e políticas que envolvem a vida dos sujeitos.

O corpus da pesquisa foram os PCNs, especificamente o volume 9 referente ao Tema Transversal (TT) Saúde e Meio Ambiente, os documentos originários do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) como as *Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo* (DOEEC), as *Diretrizes Complementares, normas e princípios para o desenvolvimento de políticas públicas de atendimento da Educação Básica*, a *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta* e a *Política Nacional de Promoção de Saúde*. Além disso, foram utilizados documentos da Escola Municipal Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães como os planos de aula das professoras e livros didáticos adotados no nível fundamental da referida escola durante o ano de 2009 (BRASIL, 1997, 2002, 2008a, 2008b).

A análise documental para Bacellar (2006, p. 71) é um processo onde o pesquisador deverá “[...] cotejar informações, justapor documentos, relacionar texto e contexto, estabelecer constantes, identificar mudanças e permanências e produzir um trabalho de História”. O referido autor esclarece que para realizar a pesquisa documental é necessário conhecer a história dos documentos a serem analisados, pois nenhum documento é neutro, trazendo consigo influências dos sujeitos que o construíram. Também é importante compreender os textos no contexto de sua época, inclusive em relação ao sentido de determinadas palavras e expressões, além dos critérios adotados pelo autor dos textos. Sobre os cuidados para a realização da pesquisa documental Bacellar (2006, p.64) afirma que a mesma:

[...] Exige que se desconfie das fontes, das intenções de quem a produziu, somente entendidas como o olhar crítico e a correta contextualização do documento que se tem em mãos.

Ludke e André (1986) apontam três situações nas quais é indicado o uso da análise documental: quando o acesso aos dados é problemático; quando se pretende ratificar e validar

informações obtidas por outras técnicas de coleta e quando o foco do investigador é compreender o problema a partir da concepção dos sujeitos.

Para estes autores a análise documental almeja encontrar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse. Existe uma série de vantagens no uso de documentos em pesquisas: os documentos constituem uma fonte rica e estável dando mais estabilidade aos resultados obtidos, os dados coletados neste tipo de técnica fundamentam afirmações e declarações do pesquisador, são fonte de informações contextualizadas, tem baixo custo, são uma fonte não-reativa e indicam problemas que podem ser melhor explorados através de outros métodos (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Segundo Lopes e Galvão (2001, p.79) “[...] o que determina o que são as fontes é exatamente o [...] problema problematizado.” Os questionamentos que o pesquisador lança ao documento são tão relevantes quanto o próprio documento, pois são estes que lhe conferem o sentido. O documento resulta de uma construção, consciente ou inconsciente, do contexto sócio-histórico que o gerou e também dos períodos sucessivos durante os quais permaneceu existindo. O documento é monumento, fruto do empenho das sociedades históricas para prescrever ao futuro determinada imagem de si própria. O documento é produzido de acordo com as relações de poder de uma dada sociedade. Em face do exposto enumero a seguir alguns documentos utilizados nesta pesquisa (LE GOFF, 1984).

As *Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo* foram selecionadas por se tratar de um documento de abrangência nacional referente à Educação do Campo. Já os PCNs assumem importância por configurarem um modelo curricular destinado a orientar educadores a conduzir o processo de ensino aprendizagem no ensino fundamental em nosso país. Em relação à seleção do documento intitulado *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta* considerei relevante por se tratar de uma referência abrangente para a compreensão das propostas governamentais para a saúde dos povos do campo e da floresta (BRASIL, 2002, 2008a).

As *Diretrizes Complementares, normas e princípios para o desenvolvimento de políticas públicas de atendimento da Educação Básica* foram selecionadas por representar um avanço significativo nas políticas direcionadas aos povos do campo. Já a Política Nacional de Promoção de Saúde foi escolhida por ser um documento que abarca ações específicas em âmbito nacional referentes à alimentação, práticas desportivas, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras

drogas, redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo a cultura da paz e promoção do Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2006b; 2008b).

Por se tratar de uma pesquisa cujo foco é a interface educação do campo e saúde foi selecionada para a realização da Pesquisa de Campo uma turma multisseriada de Ensino Fundamental da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães. A referida Instituição Escolar encontra-se localizada no município de Marapanim, no estado do Pará, e foi fundada em 1970 pelo prefeito Fernando Magalhães sendo reinaugurada em um novo prédio em 31 de julho de 1999. A Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães conta com duas turmas Multisseriadas: uma de Educação Infantil que abriga Maternal, Jardim I e Jardim II e outra que inclui a terceira e quarta série do Ensino Fundamental. A educação infantil possui vinte alunos e o Ensino Fundamental possui vinte e dois alunos. A turma multisseriada de ensino fundamental funciona das quinze às dezenove horas e possui alunos de diversas comunidades do município de Marapanim: Livramento (comunidade onde a escola é localizada), Novo Horizonte e Amanhuteua.³

A Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães pode ser classificada como uma escola multisseriada do campo, visto que se encontra em uma comunidade onde o pequeno número de famílias existente sobrevive da agricultura familiar e a única instituição escolar da comunidade abriga alunos de diversas séries do Ensino Fundamental juntos na mesma sala sendo orientados por um único professor. Além disso, consta nos dados da Secretaria Municipal de Educação (SEMEC) do município como enquadrada no grupo de escolas multisseriadas localizadas no espaço rural.⁴

Esta pesquisa também analisou os três Livros Didáticos (LD) de Ciências utilizados na turma multisseriada da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães pelo fato de o livro didático ser um dos recursos mais utilizados pelos professores das escolas do campo. Os livros analisados foram: Coleção Quero Aprender Ciências (BARROS, 1998) da 4^o série, editora Ática; Coleção Eu gosto de Ciências (PASSOS; SILVA, 199-) da 3^o série; Coleção Ainda Brincando da 4^o série, editora do Brasil (SOUZA, 1987).

³ Informações cedidas pela professora Maria Madalena, coordenadora pedagógica da escola Professora Carmen Rabelo Magalhães.

⁴ Informação cedida pelo coordenador pedagógico da SEMEC de Marapanim.

Para a realização da investigação sobre os livros didáticos foram adequados critérios já utilizados por Mohr (1994) (Anexo D) em sua pesquisa sobre conteúdos de saúde de livros didáticos de ciências. A ficha de análise, (Apêndice H), está organizada em eixos temáticos, a saber: *Conceitos*, *Contextualização*, *Enfoque Sanitário* e *Questões Metodológicas*. O eixo temático *Conceitos* aborda a análise de Conceitos e definições de saúde presentes nos livros, o desenvolvimento de conceitos e definições, o esclarecimento de termos desconhecidos e a atualidade dos dados científicos. O eixo temático *Contextualização* inclui a análise da relação que os livros estabelecem entre a saúde e o meio ambiente, bem como a adequação dos livros à realidade cultural e econômica da comunidade. O eixo temático *Enfoque Sanitário* refere-se ao enfoque sanitário presente nos livros e às recomendações adotadas. Por fim, o eixo temático *Questões Metodológicas* trata dos tipos de atividades propostas e seu respectivo modo de operação, bem como analisa as ilustrações presentes nos livros pesquisados.

Entre os critérios de análise utilizados os “Conceitos” referem-se à presença ou ausência de conceituação dos temas de saúde de forma que o aluno compreenda de maneira geral o assunto estudado. Considerei que ele está presente de forma *explícita* quando surgiu no início ou fim da exposição do tema, quando *implícitos* foi possível verificar elementos que levem o aluno a elaborar os conceitos, e no caso de não estarem presentes considerei *ausente*.

Além de apresentar conceitos e definições o texto dos livros didáticos precisa ser coerente e acessível aos alunos, por tanto é relevante a avaliação do *Desenvolvimento dos conceitos e definições* de forma que os alunos compreendam os mesmos articulando-os aos demais temas tratados, além do necessário *esclarecimento dos termos desconhecidos* ou termos técnicos desenvolvidos. Em relação à *atualidade dos dados científicos* procurei identificar a propriedade e atualidade dos textos, conceitos e definições.

Para que o livro didático seja uma ferramenta eficaz nas mãos do professor ele precisa não só ser atual, claro na exposição e desenvolvimento de seus conteúdos, mas também considerar fatores da realidade econômica e cultural da comunidade onde vivem os alunos aos quais se destina. Também é necessário verificar se existe em sua abordagem a relação estabelecida entre a saúde destes sujeitos e os fatores ambientais que nela atuam. Desta forma, busquei identificar a presença de tais elementos nos referidos livros pesquisados no eixo temático *Contextualização*. Esse eixo refere-se à *adequação a realidade econômica e à realidade cultural* da comunidade na qual se encontra a escola pesquisada, bem como a relação estabelecida pelo tema saúde *com o meio ambiente*.

A análise das questões referentes à contextualização e conceitos presentes nos livros didáticos pesquisados por si só não bastariam para a compreensão da concepção de saúde neles adotada. Assim, o eixo temático denominado *Enfoque sanitário* é mais um elemento que me auxiliou nessa compreensão ao englobar atividades sugeridas aos alunos nestes livros para cuidar da sua saúde, podendo ser de caráter *Curativo* ou *preventivo*. O enfoque *Curativo* se refere às recomendações adotadas após a instalação das doenças e o *Preventivo* retrata as ações empreendidas para evitar as doenças e/ou conservar a saúde. A respeito destas *ações requeridas e recomendadas* os comportamentos adotados pelos alunos foram classificados em *individuais* e de caráter *coletivo*. Os comportamentos individuais são ações de saúde que podem ser realizadas pelo próprio sujeito como, por exemplo, manter o corpo limpo e o comportamento de caráter coletivo demanda a participação de diversos sujeitos para ser realizado, como por exemplo, manter as ruas e calçadas da comunidade limpas. Porém, a análise da concepção de saúde destes livros não é representada apenas pelos diversos conteúdos já abordados, mas também pelas questões metodológicas neles presentes como, por exemplo, as atividades indicadas, as ilustrações utilizadas e o modo de realização proposto para a realização destas atividades.

No eixo intitulado “*Questões metodológicas*” estão incluídas *tipos de atividades propostas, modo de operação e ilustração*. As *Atividades Propostas* configuram-se em um tópico de elevada importância na análise empreendida posto que, dependendo de seu enfoque, elas podem auxiliar os alunos a desenvolverem a capacidade de uma análise crítica a respeito dos conhecimentos trabalhados. Para tanto, propus categorias de análise adaptadas da pesquisa de Mohr (1994), a saber: *atividades de análise* são aquelas que solicitam compreensão e interpretação do texto; *resolução de problemas* configura situações sugeridas para as quais o aluno deve elaborar soluções; *questão de reconhecimento* demanda que o aluno localize no texto a informação solicitada e as copie; *atividades de pesquisa* sugerem a busca de informações em fontes diversas; *questões abertas* intencionam provocar no aluno a exposição de suas concepções, e de suas experiências e comportamentos. Por fim, o item *Modo de operação*, se refere à maneira como é proposto ao aluno que realize tais atividades, sendo as opções de caráter *individual* ou *coletivo*, ou seja, o aluno é solicitado a realizar as atividades individualmente ou em grupo. Para que as referidas atividades sejam aplicadas, todos os elementos presentes nos livros são relevantes por facilitarem ou dificultarem a compreensão a respeito dos temas estudados, entre eles optei por incluir a análise das ilustrações dos livros. Em face do exposto, as ilustrações foram avaliadas quanto à sua

presença ou não nos livros pesquisados e quanto à qualidade das mesmas em relação ao que se propõem.

A opção pelo uso de entrevista foi de fundamental relevância para fortalecer o estudo documental realizado, pois segundo Bogdan & Bicklen (1994), a entrevista pode ser realizada em conjunto com a pesquisa documental para colher dados descritivos na linguagem dos sujeitos entrevistados, viabilizando ao pesquisador desenvolver uma percepção sobre a interpretação dos sujeitos entrevistados sobre o mundo. Os sujeitos entrevistados, por sua vez, foram uma professora regente de turma, uma professora de educação física, doze estudantes, doze pais, um líder comunitário e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) com a utilização de roteiros de entrevistas (Apêndices A, B, C, D e E). Uma das mães de alunos entrevistadas é antiga moradora da cidade, dessa forma, procurei além das questões já aplicadas aos outros pais explorar outras questões que foram surgindo ao longo da entrevista relacionadas à história da escola e da comunidade. Como critérios de inclusão selecionei sujeitos envolvidos com a Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães que aceitaram participar desta pesquisa, a saber: duas professoras que ministram aulas à turma multisseriada da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães, doze alunos desta turma que consentiram em ser entrevistados, bem como seus respectivos pais, o líder comunitário e a ACS da comunidade.

Pádua (2004), Ludke e André (1986) apontam uma série de vantagens no uso das entrevistas como meio de coleta de dados: a entrevista viabiliza a análise dos dados de forma qualitativa e/ou quantitativa, pode ser aplicada em qualquer segmento da população, permite correções, esclarecimentos e adaptações de forma a tornarem-na eficaz na obtenção das informações desejadas e revela-se uma técnica eficiente para colher dados relacionados ao comportamento humano.

Inicialmente encaminhei a solicitação de autorização para a realização da pesquisa à Secretaria Municipal de Educação - SEMEC e à Secretaria de Saúde do Município obtendo a aprovação das referidas solicitações, bem como acesso a alguns dados censitários sobre a educação e a saúde do município. Em seguida, realizei uma visita a comunidade Livramento onde pude dialogar com a coordenadora da escola e com as professoras da turma multisseriada das quais obtive informações iniciais sobre a realidade da escola e da comunidade e o consentimento para a realização da pesquisa. Esse foi um momento ímpar onde pude conhecer os alunos, conversar com eles e com seus pais.

A visita inicial deu seguimento a outros momentos de compartilhamento onde realizei entrevistas com as duas professoras da turma multisseriada mediante adesão das mesmas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice G). Sara dá aulas de segunda à sexta nesta escola nos turnos da manhã e da tarde, cursou magistério e formou-se em História, mora na comunidade há 16 anos, período em que atua lecionando nas séries iniciais do Ensino Fundamental na escola pesquisada. Rute possui magistério com complementação em Educação Física e atua a 12 anos lecionando esta disciplina nas escolas do Município.

Além disso, visitei os pais dos alunos obtendo a aprovação dos mesmos para as entrevistas com eles e com seus filhos mediante a adesão ao TCLE (apêndice F). No total, 12 pais aderiram, sendo 9 mulheres e 3 homens. As entrevistas realizadas com os pais ocorriam na própria residência dos mesmos em face das muitas ocupações que os impediam de ir à escola. Os nomes fictícios dos pais entrevistados nesta pesquisa são: Isabel, Paulo, Noemi, Lola, Samuel, Tabita, Betânia, Abigail, Ismael, Judite, Susana e Tamar.

Também contribuiu com a pesquisa a Agente Comunitária de Saúde cujo nome fictício é Mara e o líder comunitário de Livramento, cujo nome fictício é Marcos. Mara é agente comunitária de saúde da comunidade Livramento há oito anos e realizou um treinamento de dois meses logo que foi aprovada no concurso da prefeitura local. Além destes sujeitos tive conversas informais com a coordenadora pedagógica da escola pesquisada, cujo nome fictício é Maria Madalena e com o técnico agropecuário da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) do referido município, que denominei Sadraque.

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses agosto e outubro de 2009 em uma turma multisseriada da referida escola formada por vinte e dois alunos que cursavam a 3º e a 4º séries. Do total, doze alunos desta turma aceitaram ser entrevistados, na faixa etária entre nove a quatorze anos de idade, sendo cinco alunos da terceira série e seis alunos da 4º série, nove oriundos da comunidade Livramento e três da comunidade Manhuteua. Os nomes fictícios dos alunos entrevistados nesta pesquisa são: Diná, Ester, Eva, Lia, Rebeca, Dalila, Gade, André, Sansão, Jeremias, Lucas e Mateus.

Durante uma semana estive frequentando a escola e aproveitando principalmente o horário do recreio e demais intervalos, incluindo os horários de saída e entrada dos alunos para conhecer os alunos e a comunidade. Nas duas semanas seguintes expliquei aos professores, pais e às crianças a finalidade de minha pesquisa e passei a realizá-la no pátio da escola cedido pela coordenadora. Para incentivar as crianças ao diálogo utilizei folders e

cartazes coloridos que mostravam imagens e pequenos textos sobre saúde (prevenção, tratamento e cura), optei por esta estratégia por verificar que a professora costuma colocar cartazes nas paredes das salas abordando temas diversos e por concluir ser este um recurso que fazia parte do cotidiano das crianças naquela escola.

A identidade dos sujeitos submetidos à entrevista foi preservada através da adoção de nomes fictícios, já explicitados anteriormente. Os relatos foram gravados em aparelho MP4 da marca Sony de dois gigas de memória. Os relatos foram organizados e analisados nesse estudo em três eixos temáticos, a saber: 1) *Na vida com saúde*; 2) *Saúde na escola*, subdividido em três sub-eixos: 2.1) *O que quero aprender e o que já sei*, 2.2) *O que meu filho precisa aprender e aprende*, 2.3) *o que ensino aos alunos e como faço isso*; e 3) *Da escola para a vida*.

Os eixos temáticos supracitados foram organizados de forma a possibilitar a compreensão da concepção de saúde e a forma como os temas de saúde estão presentes na vida dos professores da escola pesquisada, bem como dos alunos, de seus pais, da liderança comunitária e da Agente Comunitária de Saúde.

No eixo *na vida com saúde* objetivei apreender a concepção de saúde dos sujeitos da escola e analisei as respostas obtidas dos alunos em duas questões, a saber: “O que é saúde para você?/ Você acha importante aprender a cuidar da sua saúde na escola? Porquê?”. Além disso, incluí a análise dos relatos obtidos das professoras consultadas na questão “O que você entende por saúde?”. Ainda neste eixo temático incluí parte da análise dos livros didáticos utilizados pela escola explorando os seguintes elementos no eixo *Conceitos e definições* (apêndice H): *Conceitos, Termos desconhecidos e Atualidade dos dados científicos*.

No eixo *Saúde na escola* abordei as questões aplicadas aos professores, pais e alunos referentes aos temas de saúde desenvolvidos na escola pesquisada. Ele possui três sub-eixos, a saber: *O que quero aprender e o que já sei* (destinado a análise das respostas dos alunos); *O que meu filho precisa aprender e aprende* (destinado a análise dos relatos dos pais), *O que ensino aos alunos e como faço isso* (destinado a análise das afirmações das professoras). Além da análise dos relatos dos sujeitos neste eixo incluí parte da análise dos livros didáticos adotados pela referida escola, expressos nos seguintes eixos de análise dos livros: *Questões Metodológicas* (Tipos de atividades propostas, Modo de operação e Ilustração) e *Enfoque Sanitário* (Enfoque sanitário e Ações recomendadas).

No *eixo da escola para a vida* analisei os relatos realizados pelos alunos e seus pais a respeito da importância que os temas de saúde têm para a vida dos educandos e a percepção que os pais possuem a respeito da situação de saúde da comunidade. Este eixo também apresentou contribuições da Agente Comunitária de Saúde, do líder comunitário e das professoras consultadas para a compreensão da situação de saúde da comunidade a partir da percepção destes sujeitos. Além destes componentes o eixo aborda parte da análise dos livros didáticos utilizados na escola pesquisada, referente ao eixo *Contextualização* (apêndice L) que englobou a relação dos temas de saúde com o meio ambiente e a adequação à realidade cultural e econômica da comunidade. Em todos os eixos temáticos adotados para a análise dos livros utilizados e mesmo das entrevistas aplicadas parti da perspectiva crítica de educação.

A perspectiva de educação abordada nesta pesquisa baseou-se numa análise crítica onde a escola é vista como espaço de conflito social e o currículo ultrapassa um mero arranjo de conteúdos para se tornar uma questão de conhecimento, poder e identidade (FREIRE, 1991, 2000; SILVA, 2000a). Apple (2001; 2006) aponta o risco da realização de análises que confirmem demasiada importância à escola em detrimento de questões mais globais, e, por outro lado, da adoção de uma lente teórica que desconsidere a análise das ações educativas. Ele propõe, então, realizar uma análise mais ampla da realidade que abarque não só a educação, mas também o contexto social, político e econômico no qual vivemos. Coadunado com a reflexão deste autor e me proponho a articular na presente discussão a educação e a saúde como forma de explorar aspectos de grande importância para compreender a complexidade da realidade do campo na Amazônia paraense.

Considere relevante analisar educação e a saúde no campo amazônico à luz das teorias curriculares, pois elas não enfocam somente as formas pelas quais se dá a seleção de conhecimentos, mas também possuem uma centralidade na questão da formação de identidades. Os sujeitos do campo possuem uma realidade rica em particularidades, múltiplas identidades e uma diversidade cultural que demanda um olhar diferenciado e uma educação construída com eles e não para eles. Analisar o currículo de educação em saúde de uma escola do campo se reveste de importância, pois, o currículo influencia a formação de um dado tipo de homem.

O termo currículo origina-se do latim *curriculum* que significa “pista de corrida”, isso remete a um percurso através do qual são construídas identidades. O currículo também é uma questão de poder, enquanto território contestado é palco de lutas para obter o consenso e

garantir a hegemonia⁵. A conquista da hegemonia, por sua vez, é um processo no qual os grupos dominantes se unem para impor sua liderança sobre grupos subordinados (APPLE, 2001; SILVA, 2000b).

A complexidade da análise da realidade educacional do campo suscita a utilização de um enfoque crítico e, nesse sentido, Santos (1999) elenca algumas características da teoria crítica que muito contribuíram para esta discussão: enfoque epistemológico na natureza e na validade do conhecimento científico, vocação interdisciplinar, recusa da instrumentalização do conhecimento científico ao serviço do poder político e econômico, concepção de sociedade que salienta os conflitos e interesses, e compromisso ético que relaciona valores universais aos processos de transformação social.

Desta forma, este estudo elegeu como aporte teórico para a realização das análises a contribuição de diversos autores como Apple (1997, 1999, 2001, 2006), Freire (1975, 1981, 1991, 1993, 2003), Silva (1995, 2000a, 2000b) e Williams (1969). A abordagem crítica de educação partiu dos pressupostos já demonstrados pelos pesquisadores da Educação do Campo com os quais esta pesquisa dialogou na busca da melhor compreensão dos fatores que envolvem a realidade da pesquisa em Educação do Campo e da Saúde, entre eles: Caldart (2002, 2004), Molina (2004, 2006, 2007, 2008), Hage (2005, 2008, 2009), Arroyo (1982, 2004, 2006a, 2006b), Fernandes (2004, 2006), Teixeira (2001, 2007), Sabóia (2003) e Mohr (1994, 1995, 2002). Além destes a pesquisa também dialogou com outros autores cujas produções estão inseridas na Coleção Por uma Educação do Campo, do nº 1 ao nº 7.

⁵ Nesse sentido, coaduna-se a percepção de Giroux (1986) e Apple (2006) de que o campo social seja um lugar onde ocorram conflitos por uma hegemonia cultural. Como produto de uma instituição social o currículo se configura como um espaço de produção e criação de significados sociais, que longe de ser neutro, é uma seleção resultante de interesses de classes e grupos dominantes.

SESSÃO I: EDUCAÇÃO DO CAMPO E SAÚDE NA AMAZÔNIA PARAENSE

A presente sessão objetiva situar a pesquisa explicitando a concepção de educação do campo e de saúde aqui adotada, bem como esclarecer a atual situação da educação e da saúde no campo, particularmente na Amazônia paraense. Tal discussão considera a concepção de educação do campo adotada pelo *Movimento Por uma Educação do Campo* e a concepção ampliada do conceito de saúde discutida com maior veemência a partir das Conferências Nacionais de Saúde, onde o processo saúde-doença passou a ser analisado de um ponto de vista crítico, visando estabelecer vínculos entre este processo e as condições de vida e trabalho dos sujeitos envolvidos. A presente sessão possui 5 itens a saber:

Educação do campo: Desafios na construção de um projeto de desenvolvimento que afirme os direitos das populações do campo onde abordo a gênese e a finalidade do *Movimento Por uma Educação do Campo* enunciando o paradigma defendido por este movimento e adotado nesta pesquisa.

Educação e saúde no campo: desigualdades sociais e educacionais que configuram a realidade rural onde procuro elucidar a situação da educação e da saúde no Brasil valendo-me de pesquisas e dados censitários, com destaque para as escolas multisseriadas da Amazônia paraense.

As políticas de saúde e sua influência no Território do campo no qual busco contextualizar as políticas de saúde no Brasil a fim de disponibilizar elementos que possibilitem analisar a articulação entre os processos econômicos, políticos e as práticas de saúde no país levando em conta suas raízes históricas.

Políticas de Educação e Saúde do Campo: aspectos legais e políticas públicas existentes na atualidade no qual trato de políticas públicas atuais referentes à educação e à saúde com destaque para aquelas direcionadas aos povos do campo, procurando estabelecer relações entre as mesmas e as ações desenvolvidas por movimentos sociais do campo nas áreas de educação e saúde.

Programa Saúde na Escola (PSE): saúde e educação interagindo e constituindo-se em políticas públicas onde destaco as orientações, objetivos, princípios e temáticas de ação presentes no Programa Saúde na Escola.

1.1 Educação do Campo: Desafios na construção de um projeto de desenvolvimento que afirme os direitos das populações do campo

No Brasil a Amazônia ocupa 61% de território que corresponde aos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão. A Amazônia apresenta uma complexidade elevada em relação ao campo produtivo contendo em seus espaços economias extrativistas tradicionais, processos de trabalho de tecnologias simples, atividades industriais e enormes empreendimentos que utilizam tecnologia de ponta. Tal complexidade se manifesta de diversas formas como o agronegócio, no qual se destaca a soja; a pecuária extensiva na criação de bovinos e bubalinos; a exploração madeireira do Mogno, Angelim, Ipê, Jatobá, Cupiúba, Maraçanduba e Andiroba, entre outros e as atividades de garimpo de ouro e diamantes (HAGE, 2005; MORAES, 2005).

As características ambientais da Amazônia também se destacam, pois nessa região estão presentes aproximadamente 30 milhões de espécies animais e vegetais. A região contém a maior área preservada de floresta tropical do planeta. O espaço amazônico sul-americano representa 1/20 da superfície terrestre; 2/5 da América do Sul; 3/5 do Brasil. Neste território está 1/5 da disponibilidade mundial de água doce e 1/3 de florestas latifoliadas do mundo (HAGE, 2005; MORAES, 2005).

Aliada a esta rica biodiversidade destaca-se a cultura da Amazônia que é fortemente embasada na transmissão oral de vivências, saberes, valores e hábitos das gerações mais antigas às gerações mais atuais, o que Rodrigues et al (2007) denominaram de “Cultura de Conversa” durante a realização de pesquisas referentes a representações da cultura amazônica em comunidades rurais-ribeirinhas de São Domingos do Capim na Amazônia Paraense. O referido autor encontrou uma pluralidade religiosa entre as comunidades estudadas que se configura na junção de elementos das tradições cristãs, ameríndias e africanas, além do misticismo e das religiões orientais. Teixeira (2007) também identificou o mesmo fenômeno em relação aos saberes do cuidar onde elementos da medicina oficial se mesclam a elementos da medicina alternativa ou popular, numa tentativa de conservar os saberes do cuidar oriundos da natureza local.

Oliveira (2007) averiguou a relação que os educadores do município de São Domingos do Capim estabelecem com a cultura amazônica em suas práticas pedagógicas identificando que os mesmos reconhecem a importância de trabalhar os conhecimentos da cultura local. A maioria dos educadores consultados trabalha a temática da cultura como tema gerador a partir de narrativas orais dos educandos ou tentando relacionar o tema ao conhecimento oficial, embora muitos encontrem dificuldades em sistematizar ações que alcancem os objetivos aos quais se propõem.

Neste contexto, vale destacar o surgimento do conceito de Educação do Campo que se deu em julho de 1997 por ocasião da realização do Encontro Nacional de Educadores e Educadoras da Reforma Agrária (ENERA)⁶ na Universidade de Brasília (UNB). A Educação do Campo passou a ser discutida e construída num processo que iniciou na I Conferência Nacional por uma Educação Básica do Campo (I CNEC) ocorrida em 1998, e vem sendo aperfeiçoada desde então com destaque para os debates da II Conferência Nacional por uma Educação do Campo (II CNEC) (FERNANDES; MOLINA, 2004).

A literatura recente sobre o tema mostra a emergência do conceito de Educação do Campo, que se contrapõe à visão tradicional de Educação Rural. Na I CNEC (1998) a expressão “do campo” passou a ser utilizada para designar um espaço geográfico e social que possui vida em si e necessidades próprias, como integrante do mundo e não um elemento que sobra além da cidade. Percebe-se então que o campo é concebido enquanto espaço social com vida, identidade cultural própria e práticas compartilhadas, socializadas por aqueles que ali vivem.

A Educação do Campo nasceu das necessidades dos movimentos sociais dos sujeitos do campo pela configuração de uma política educacional para os assentamentos da reforma agrária. Ao longo do tempo a expressão “do campo” substituiu o “meio rural” objetivando refletir sobre o trabalho dos sujeitos do campo e das lutas sociais e culturais das pessoas que buscam sobreviver desse trabalho, entretanto, também se refere a todo o grupo de trabalhadores e trabalhadoras do campo (I CNEC, 1998).

Portanto, a Educação do Campo é:

⁶ Tal encontro foi realizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), em parceria com a UNB, o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e a Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB).

[...] compreendida como um processo em construção que contempla em sua lógica a política que pensa a educação como parte essencial para o desenvolvimento do campo (FERNANDES, 2006, p. 28).

Neste sentido, a Educação do Campo se identifica pelos seus sujeitos, em suas diversas identidades e em sua identidade comum, portanto, passa a ser uma educação *dos* e não *para* os sujeitos do campo. Caldart (2002) nos auxilia a compreender elementos imprescindíveis nesta educação: o diálogo⁷ entre os sujeitos; a construção de um processo educativo articulado com as pedagogias socialista, do oprimido e do movimento; a construção de escolas do campo e educadores (as) assumindo o papel de sujeitos da educação.

A fim de compreender alguns aspectos sobre os sujeitos do campo é preciso considerar que os mesmos são caracterizados como povos e comunidades que possuem modos de vida, produção e reprodução social característico e em estreita relação com a terra. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2008a) aponta que entre os sujeitos do campo há uma rica diversidade: ribeirinhos, pescadores, índios, remanescentes de quilombos, atingidos por barragens, assentados, agricultores familiares, trabalhadores rurais, entre outros. Tais sujeitos apresentam necessidades específicas nas áreas de educação e saúde e que estão relacionadas ao contexto que os envolve demandando, então, a construção e a efetivação de projetos de desenvolvimento articulados a essas necessidades. Desta forma, o significado que carrega o termo Educação do campo, segundo as Resoluções da I CNEC⁸, traduz o objetivo de configurar um projeto de desenvolvimento para o campo onde haja a interação das:

[...] políticas públicas sobre educação com outras questões do desenvolvimento social do campo, tais como: estradas, serviços de comunicação, culturas, assistência técnica, agricultura alternativa, saúde, transporte e lazer (I CNEC, 1998, p.81).

Em face disto, é possível compreender a importância da elaboração de um projeto de desenvolvimento direcionado aos povos do campo, que deve considerar as identidades nele presentes e a realidade destes povos. A escola do campo, bem como seus demais espaços sociais, possui identidade que, por sua vez, não pode estar desvinculada da cultura, das práticas produtivas e das condições sociais que envolvem os sujeitos do campo. Nesse

⁷ O diálogo é aqui compreendido na concepção freireana onde o mesmo é um processo dialético-problematizador por meio do qual compreende-se a existência do homem em sociedade como processo, como realidade inacabada e em permanente transformação (FREIRE, 1981).

⁸ Conferência realizada em Luziânia, de 27 a 30 de julho de 1998, promovida pela CNBB, UNESCO, UNB, MST e UNICEF cujo objetivo maior foi destacar o rural, e a educação a ele vinculada, na agenda política do país.

sentido, é importante destacar as DOEEC, um marco legal resultante da luta deste povo, que no parágrafo único do artigo 2º, define a identidade da escola do campo

[...] pela sua vinculação às questões inerentes à sua realidade, ancorando-se na temporalidade e saberes próprios dos estudantes, na memória coletiva que sinaliza futuros, na rede de ciência e tecnologia disponível na sociedade e nos movimentos sociais em defesa de projetos que associem as soluções exigidas por essas questões à qualidade social da vida coletiva no País (BRASIL, 2002).

No processo de descoberta das peculiaridades e da identidade dos povos do campo, bem como da elaboração de propostas alternativas de desenvolvimento, a pesquisa se reveste de fundamental importância. Neste contexto, vale destacar a pesquisa em Educação do Campo, onde existem duas vertentes principais, que, embora variem na nomenclatura de acordo com os diferentes autores que as discutem, em sua essência são chamadas: Paradigma da Educação Rural (o campo é visto como lugar atrasado que deve se adequar à cidade) e Paradigma da Educação do Campo (visa à superação do antagonismo cidade-campo) (HENRIQUES et al, 2007).

A Educação do Campo traz em si um novo paradigma, conforme nos esclarece Mançano e Molina (2004, p.63):

Enquanto a Educação do Campo vem sendo criada pelos povos do campo, a educação rural é resultado de um projeto criado para a população do campo, de modo que os paradigmas projetam distintos territórios. Duas diferenças básicas desses paradigmas são os espaços onde são construídos e seus protagonistas. Por essas razões é que afirmamos a Educação do Campo como um novo paradigma que vem sendo construído por esses grupos sociais e que rompe com o paradigma da educação rural, cuja referência é a do produtivismo, ou seja, o campo somente como lugar da produção de mercadoria e não como espaço de vida.

O embate entre esses dois paradigmas de educação aponta para uma transição do paradigma de Educação Rural para o paradigma de Educação do Campo. Este último vem sendo construído pelos movimentos sociais como o *Movimento Por uma Educação do Campo* e passa por uma transformação mais ampla de concepção do campo enquanto lugar da existência de indivíduos que são sujeitos de sua história e que buscam um projeto de desenvolvimento social, economicamente justo e ecologicamente sustentável. Nesse projeto

de sociedade, a escola tem um papel central por permitir ao educando a problematização de seu contexto, numa análise crítica aprofundada dos processos que o levam à alienação⁹.

O movimento que ficou conhecido como “Educação do Campo” possui como características fundamentais a indissociabilidade do debate a respeito de modelos de desenvolvimento em conflito na sociedade brasileira e o papel do campo na construção de políticas públicas que possam transformar esse processo histórico. Assim, torna-se evidente que o *Movimento Por uma Educação do Campo* tem sua gênese nas lutas que compreendem a educação como um direito de todos. Molina (2008) embasa esta defesa no artigo 206 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) ao referir-se ao direito de garantia da igualdade das condições de acesso e permanência à educação em todos os seus níveis. Porém, existe o desafio para que os direitos dos cidadãos do campo sejam materializados por meio de políticas públicas específicas que atendam às necessidades dos povos do campo.

Nesse sentido, Arroyo (2006a) coloca uma tensão entre os direitos abstratos e negados e a necessidade de que se tornem direitos concretos. Ele nos convoca a defender o direito a educação como direito universal, mas como direito concreto, histórico, contextualizado num lugar, numa forma de produção, o da produção familiar, da produção agrícola no campo. Para o autor os sujeitos têm trajetórias humanas, de classe, de gênero, de etnia, de raça, em que vão se configurando como mulheres, indígenas, negros e negras, como trabalhadores e produtores do campo.

Entre as demandas registradas na II CNEC está a construção de políticas curriculares e de escolha e distribuição de material didático-pedagógico que considerem a identidade cultural dos povos do campo, além de investimentos na formação dos educadores e educadoras do campo. Mesmo enfrentando diversos obstáculos, existem muitas vitórias alcançadas nessa luta, podemos citar: a aprovação das Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo (Resolução CNE/CEB nº 1/2002); a instituição do Grupo Permanente de Trabalho de Educação do Campo (2003a); a criação da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD) vinculada a Coordenação Geral de Educação do Campo (2004a); e a criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo e da floresta (2008a).

⁹ O Dicionário Paulo Freire traz um conceito para a alienação “[...] expressa como invasão cultural, domesticação, opressão, mecanicismo, etc – e os processos de seu enfrentamento ontologicamente sustentados [...]” se referindo à forma como Paulo Freire vislumbra a alienação (KIELING, 2008, p.36).

Neste processo encontra-se em construção a reflexão sobre uma educação emancipadora¹⁰ que vise à formação integral dos indivíduos, embasada na prática dialógica, englobando as relações entre educação e comunidade, educador e educando, conteúdo programático e realidade.

Para a efetivação das transformações desejadas na realidade dos povos do campo as iniciativas dos movimentos sociais e demais entidades da sociedade que considerem os interesses dos sujeitos do campo são de fundamental importância. No estado do Pará destaca-se o papel do Fórum Paraense de Educação do Campo que, segundo Hage (2008), reúne entidades da sociedade civil, instituições de ensino, pesquisa, movimentos sociais, órgãos governamentais de estímulo ao desenvolvimento e da área educacional da sociedade paraense, que compartilham valores, princípios e percepções político-pedagógicas e almejam defender, executar, auxiliar e consolidar políticas públicas, estratégias e experiências de educação do campo e desenvolvimento rural portadores de qualidade sócio-ambiental para todos(as) os(as) cidadãos(ãs) paraenses, e, acima de tudo para as populações do campo.

No processo de fortalecimento do *Movimento Paraense Por uma Educação do Campo* destacam-se como momentos fundamentais do Fórum o I, o II e o III Seminário Estadual de Educação do Campo e o I Seminário Estadual de Juventude do Campo, realizados respectivamente, na Universidade Federal Rural do Pará (UFRA) em fevereiro de 2004, e no Seminário Pio X, sendo um em julho de 2005 e os dois últimos em junho de 2007, agrupando em cada um desses eventos mais de 600 participantes comprometidos com a Educação do Campo no Pará (HAGE, 2008).

Estes eventos têm propiciado a reunião e mobilização de elevada quantidade de sujeitos, movimentos sociais, instituições públicas e entidades não governamentais na caminhada pela determinação e entrada em vigor de políticas e experiências educacionais relacionadas com o contexto do campo. Eles configuram-se em espaços nos quais se desvelam os anseios relativos ao tipo de educação que deve ocorrer nas instituições escolares do campo onde os educadores e educandos, gestores, sindicalistas, líderes de comunidades rurais, assentados, agricultores e agricultoras, ribeirinhos, quilombolas e indígenas do Pará atuam como sujeitos do processo.

¹⁰ A Educação Emancipadora é aqui compreendida na perspectiva freireana na qual são os oprimidos que devem lutar pela sua libertação e pela dos seus opressores em busca de liberdade, igualdade e emancipação. Para que tal processo ocorra é indispensável uma intencionalidade política assumida por todos os sujeitos que lutam pela transformação das condições de desigualdade na qual se encontram os oprimidos (FREIRE, 1981).

Em face deste contexto constatei que o Movimento de Educação do Campo demanda políticas públicas específicas para atender os sujeitos sociais do campo, pois tais sujeitos possuem base sócio-histórica e matriz cultural características. A fim de compreender as necessidades de educação e de saúde dos povos do campo para aprofundar nosso debate a respeito desta realidade no Brasil e no Pará exploramos a seguir alguns dados provenientes principalmente do Panorama de Educação do Campo (2007a) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (2007b).

1.2 Educação e Saúde no Campo: Desigualdades sociais e educacionais que configuram a realidade rural

A proposição e efetivação de políticas públicas para os povos do campo precisam estar articuladas a diferentes dimensões da vida dos sujeitos do campo, aliadas ao seu processo educacional e à sua qualidade de vida e de saúde. Em face disto se faz necessário expor a realidade do campo, focando a educação e a saúde que são tema do presente estudo, a fim de compreendê-las. Molina (2007) salienta que é necessário conhecer as condições sócio-econômicas que influenciam os processos de aprendizagem dos sujeitos do campo, e que a análise das marcas da desigualdade presentes no sistema escolar do campo permite compreender os resultados alcançados em suas instituições escolares e traçar estratégias de superação.

Para tal finalidade foram selecionados os dados do Panorama da Educação do campo (2007a) que indicou que 17% da população brasileira vive no campo, aproximadamente 30,08 milhões de pessoas, e especificamente na região Norte 25% da população vive na área rural. Porém, Veiga (2001) propõe o uso de outros critérios de ruralidade como a localização dos municípios e o tamanho da sua população para aferir tais dados. A adoção destes critérios classificaria 4.490 municípios como rurais do total dos 5.560 municípios brasileiros, isto quer dizer que a população rural brasileira representaria 42% da população (72 milhões de habitantes), ou seja, quase o dobro dos dados apontados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em relação à distribuição de renda a PNAD (2007b) indica a fatia de renda apropriada pelos 10% mais ricos no Brasil que representa mais de 40% da renda total, ao passo que a fatia apropriada pela metade mais pobre da população representa apenas 15%. Em relação à evolução de uma faixa de renda mais baixa a outra mais elevada a pesquisa indicou que os habitantes que evoluíram do grupo 1¹¹ ao grupo 2¹² no meio rural do Brasil representam 18% em relação ao percentual do meio urbano que é de 82%. Em relação à transição do grupo 2 para o grupo 3¹³ um percentual de apenas 10% das pessoas são provenientes da área rural e 90% da área urbana. Entre os chefes de família que alcançaram as maiores rendas (32%) a maioria possui a formação educacional da 8ª série ao ensino superior. Tal fato demonstra que a distribuição de renda e a possibilidade de ascensão de uma faixa a outra de renda está diretamente relacionada à formação educacional a qual os sujeitos têm acesso.

As disparidades existentes entre o campo e a cidade podem ser percebidas claramente nos dados referentes ao rendimento médio mensal de até três salários mínimos que é de 6,6% na área rural e 24,2% na área urbana em nosso país. Os dados do PNAD indicam que a escolaridade média da população de 15 anos ou mais é de 4,5 anos na área rural e de 8,5 anos na área urbana. O Panorama da Educação do campo apontou que o aumento de um ano de estudo para a população leva aproximadamente uma década, portanto, de acordo com essa estimativa os moradores do campo levariam mais de 30 anos pra alcançar o nível de escolaridade atual da população urbana (BRASIL, 2007a; 2007b)

No campo 23,03% da população de 15 anos ou mais é analfabeta enquanto que no meio urbano a taxa é de 7,6%. Já em relação à taxa de analfabetismo funcional do campo é de 42,9% em relação aos 17,8% verificados na área urbana. Diante de valores tão baixos nas taxas de alfabetização, mais uma vez ficam claras as disparidades de acesso a educação formal entre moradores do campo e da cidade (BRASIL, 2008c).

O número de estabelecimentos de ensino localizados no campo que ofertam 1º a 4º series do Ensino Fundamental é 150.023 no Brasil, divididos em 61.068 na área urbana e 88.955 na área rural. Já em relação às matrículas neste mesmo nível de ensino são 18.465.505 no total, sendo 14.318.867 na cidade e 4.146.638 no campo demonstrando assim o grande

¹¹ O grupo 1, segundo a classificação adotada no PNAD (2007), corresponde aos trabalhadores que recebem de R\$ 0,00 a R\$545,66 como salário.

¹² O grupo 2, segundo a classificação adotada no PNAD (2007), corresponde aos trabalhadores que recebem de R\$545,66 a R\$1.350,82 como salário.

¹³ O grupo 3, segundo a classificação adotada no PNAD (2007), corresponde aos trabalhadores que recebem a partir de R\$1.350,82 em diante como salário.

contingente de sujeitos que demandam uma educação articulada ao contexto do campo (BRASIL, 2007a).

Entre as escolas de Educação Básica do estado do Pará 75,28% estão situadas no meio rural, das quais 94,17% oferecem o Ensino Fundamental de 1º a 4º série. As escolas multisseriadas, por sua vez, totalizam 66,89% das escolas de Ensino Fundamental na Amazônia paraense. Esta grande parcela de escolas trabalhando com este nível de ensino revelam uma série de possibilidades, dentre as quais a realização de pesquisas que ajudem a aprofundar a compreensão das questões que envolvem o contexto dos atores sociais envolvidos no processo, particularmente em relação à construção do sistema educativo e à formação da infância do campo, como aponta Arroyo (2006b) ao destacar esta como uma das principais temáticas que carecem de pesquisas (BRASIL, 2006c).

Entre as escolas que ofertam de 1º a 4º série 96,17% são municipais, considerando que o Ensino Fundamental concentra o maior percentual de matrículas (77,03%) em relação ao de outros níveis de ensino, isto indica que os municípios ficaram responsáveis pela maior parcela de atendimento educacional no campo paraense sem que isto, no entanto, represente investimentos suficientes e melhores condições para o bom andamento do processo de ensino-aprendizagem como, por exemplo, melhora da infra-estrutura das instituições escolares do campo, estímulo à capacitação dos educadores do campo, acesso a materiais didáticos contextualizados a realidade de cada região, entre outros fatores essenciais à educação no campo (BRASIL, 2007a).

É possível perceber as desigualdades entre campo e cidade e entre as diferentes regiões do Brasil como, por exemplo, em relação à taxa de distorção idade série que é de 30,06 % na área urbana e 53,7% na área rural da Região Norte, enquanto que a mesma taxa é de 11,5% na área urbana e 15% na área rural da Região Sul do país. As diferenças entre alunos da cidade e do campo também ficam claras ao analisar a proficiência em língua portuguesa e matemática na 4º série do Ensino Fundamental que é respectivamente, de 168,3 na área urbana e 134 no campo e de 179 na área urbana e 149 na área rural. Porém, as diferenças nos resultados alcançados pelos educandos da cidade e do campo estão relacionadas às condições sócio-econômicas desiguais, Cano (2006) afirma que se estas condições forem igualadas o desempenho dos alunos do campo é semelhante ou até superior ao desempenho dos alunos urbanos. Estes achados direcionam a uma concepção de educação do campo enquanto parte de um projeto de desenvolvimento do campo que relacione os

diversos elementos do contexto social e econômico, visão esta por mim defendida nesta pesquisa e também pelo movimento de Educação do Campo (BRASIL, 2007a).

Do total de alunos matriculados na Educação Básica no meio rural do Estado do Pará 43,8% se encontra em Comunidades Rurais; 21,8% em Comunidades Ribeirinhas; 15,6% em Comunidades Viciais; 9,4% em Assentamentos; 3,9% em Colônia Agrícola; 2,86% em Comunidades Quilombolas; 1,35% em Comunidades Indígenas; 0,84% em Comunidades Rurais em Fazenda; 0,17% em Comunidades Garimpeiras e 0,09% em Comunidades Praianas (BRASIL, 2006c).

O Censo Escolar (2006c) destaca a predominância das escolas multisseriadas de Educação Básica no campo paraense que representam 7.670 escolas de um total de 9.483. Em relatório apresentado ao CNPq o GEPERUAZ (2006d) indicou que as escolas multisseriadas do Pará atendem 97,45% da matrícula nas séries iniciais do ensino fundamental no campo. A taxa de reprovação nas escolas multisseriadas do campo é de 22,41% e a taxa de evasão é de 16,15% em relação a 15,65% de reprovação e 10,67% de evasão nas escolas multisseriadas localizadas no meio urbano. Entre os 19.650 docentes destas escolas, 447 concluiu apenas o Ensino Fundamental, 226.411 possui o Magistério, e apenas 2.539 concluiu o ensino superior.

A região Norte concentra 20.480 turmas multisseriadas de Ensino Fundamental, perdendo apenas para a região Nordeste que possui 57.474 turmas. Na região Norte 80,9% das escolas existentes na área rural são multisseriadas, e especificamente na Amazônia paraense 75,28% das escolas de Educação básica são rurais, e nestas, de um total de 740.357 matrículas as séries iniciais do ensino fundamental concentram 438.508. As escolas multisseriadas que ofertam o Ensino Fundamental representam 66,89% da amostra entre as escolas rurais deste estado. Além disso, 81,58% das escolas multisseriadas não possuem energia elétrica, 88,66% não possuem sanitário dentro da escola e 94,5% não tem acesso ao sistema público de fornecimento de água. Este contexto indica a necessidade da realização de pesquisas que forneçam subsídios para a construção de práticas educativas que considerem a realidade dos moradores do campo, com destaque para as turmas multisseriadas (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2008c; CARDOSO; JACOMELI, 2009).

Hage (2006, p. 4) nos auxilia a compreender a configuração atual das turmas multisseriadas ao afirmar que “[...] as escolas multisseriadas, em que pesem todas as mazelas explicitadas, têm assumido a responsabilidade quanto à iniciação escolar de grande maioria

dos sujeitos do campo”. Este fato demanda a análise dos traços marcantes da heterogeneidade educacional da Amazônia.

Nesse sentido Hage e Barros (2009) apontam uma série de particularidades que influenciam o currículo e o processo de ensino-aprendizagem de escolas multisseriadas: a visão negativa dos sujeitos do campo sobre a multissérie; a precariedade das condições destas escolas; a sobrecarga de trabalho docente e a instabilidade no emprego; a escassez de acompanhamento pedagógico das Secretarias de Educação; a organização do trabalho pedagógico; os altos índices de reprovação e distorção idade-série relacionados ao escasso aproveitamento escolar e atividades de trabalho infanto-juvenil e pouca participação da família dos alunos na escola.

Partindo da concepção de educação que procura compreender a multissérie dentro da realidade dos sujeitos do campo é que surgem reflexões que enfocam: a necessidade destas escolas serem contempladas nas políticas públicas; a adequação dos currículos destas escolas às peculiaridades locais; a compreensão dos saberes docentes articulados a dimensões variadas do ensino, da militância, da experiência e da pesquisa; pensar um novo modelo teórico de currículo articulado à materialidade da vida social no campo; repensar as práticas curriculares unilaterais que limitam as experiências de aprendizagem ao espaço físico da sala de aula desconsiderando o uso de recursos naturais da Amazônia e o partilhamento de experiências sociais comunitárias (HAGE E BARROS, 2009).

Em face do exposto descortina-se uma ampla gama de possibilidades, pois pesquisas apontam a escassez de estudos sobre as turmas multisseriadas. Este fato foi constatado por Cardoso e Jacomeli (2009) que realizaram um levantamento de pesquisas a respeito da multissérie no período de 1987 a 2008 na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações da Cordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na Plataforma Lattes/CNPQ. A referida pesquisa constatou que houve um aumento significativo destas pesquisas evoluindo de apenas uma pesquisa em 1987 para onze na década de 90, e trinta e sete no presente século, embora o número seja considerado pequeno em relação a outros objetos de estudo. Verificou-se a predominância de pesquisas na área da educação e entre os enfoques adotados se destacou a investigação relativa à prática docente e o processo ensino aprendizagem. A pesquisa indicou que a maioria dos estudos está nos programas de Mestrado da região Sul (12) e Norte (08) totalizando 42 dissertações e 7 teses. Em relação a outras

pesquisas foram encontradas 55 monografias de especialização e 58 Trabalhos de Conclusão de curso.

Os dados apontados demonstram um crescente interesse pelo tema, ainda que de forma tímida em relação a outros objetos de estudo. Um fato interessante é que entre as áreas de conhecimento que pesquisam o tema não houve referência a estudos que articulem a Educação e a Saúde em classes multisseriadas, embora o advento dos PCNs (que aborda a saúde através de um de seus temas transversais) e programas do governo como o Programa Saúde na Escola demandem que seja investigado como a saúde vem sendo trabalhada nesses espaços educativos. (BRASIL, 1997; BRASIL, 2007; CARDOSO; JACOMELI, 2009)

Freitas (2005) realizou uma pesquisa sobre o ensino de Ciências em uma classe multisseriada na Amazônia paraense identificando que os alunos não tinham liberdade de se expressar e fazer questionamentos devido ao discurso autoritário do professor. A intervenção do professor não considerava as idéias dos alunos, nem explorava as atividades realizadas em sala limitando-se ao uso do quadro de giz e a obrigatoriedade de utilizar o caderno devido à cobrança dos familiares dos alunos. A relação da saúde aos seus aspectos multicausais não foi estabelecida restringindo as discussões em sala a aspectos biológicos e culturais de forma superficial.

Estes dados demonstram a precarização da Educação do Campo e sugerem uma série de demandas e estratégias de transformação desta realidade. Neste sentido, se torna essencial que os sujeitos do campo assumam um papel de liderar as transformações necessárias para uma vida digna e o acesso a direitos que historicamente lhes foram negados. Caldart (2002) salienta que não existe forma de promover uma educação que objetive mudar a realidade sem que esta proposta educativa venha acompanhada da transformação das situações sociais desumanizantes¹⁴ que afetam a vida dos sujeitos do campo.

O principal desafio colocado pelo *Movimento Por uma Educação do Campo* no texto-base da I CNEC (p.23, 24, 1998) é o de “[..] pensar e fazer uma educação vinculada à estratégias de desenvolvimento [...]” e “[...] voltada aos interesses da vida no campo”. Identifico que esta visão ampla adotada pelo *Movimento Por uma Educação do Campo* de Projeto de Desenvolvimento para o campo está atrelada a diversos aspectos da vida social dos sujeitos do campo, entre eles a saúde. Desta forma, do conjunto de objetivos e propostas

¹⁴ A desumanização significa a distorção da humanização ou da vocação do *ser mais*. A humanização, por sua vez, seria expressa na constante busca pelo conhecimento de si mesmo e do mundo, além da luta pela superação das próprias conquistas (FREIRE, 1981).

colocados no referido evento destaco a luta pelo atendimento na área da saúde nas escolas do campo.

Entre as políticas públicas voltadas para os povos do campo é relevante destacar o importante papel da *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo* aprovada em 2008, que adota a intersetorialidade como estratégia de gestão, onde existe a proposta de uma articulação entre setores como a educação e a saúde com o propósito de promover a equidade inerente ao desenvolvimento humano e à qualidade de vida das populações do campo e da floresta.

A visão de saúde presente em tais documentos engloba diversos aspectos do ser humano (social, emocional, biológico), superando a visão dicotômica de que a saúde é apenas a ausência de doenças. A concepção de Saúde aqui defendida, se articula ao que já foi apontado na Lei Orgânica de Saúde

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990, p. 22).

A fim de melhor compreender as particularidades da saúde no campo destaco a pesquisa realizada por Teixeira (2001) para quem o cuidar cotidiano em saúde, no contexto das populações do campo, é um sistema aberto e complexo, constituído de dois sistemas: um clínico-profissional-institucional e outro tradicional-popular-local. O primeiro aponta para um sistema dicotômico, e este predomina em relação ao segundo. O cuidar cotidiano abarca o cuidar do eu, do outro e da família, o cuidar da casa, e do lugar onde se vive, sendo compreendido a partir dos ciclos recursivos benefício-risco e cuidar-descuidar. Desta forma, há a superação da visão atual, que impõe a concepção do primeiro sistema em detrimento do segundo, buscando uma síntese destes como forma de incluí-los nas redes e nós do cuidar cotidiano de saúde em relação às populações do campo.

Esta pesquisa foi realizada junto aos moradores da Ilha do Combú confirmando a carência de assistência à saúde da população do local, que contava apenas com uma Unidade Básica de Saúde de péssima infra-estrutura e apenas dois Agentes Comunitários de Saúde, dos quais apenas um tinha a qualificação necessária. Assim, Teixeira (2001) identificou que o

processo do cuidar naquela localidade é concomitantemente profissional e popular, institucional e local, científico e alternativo. Compreendo que essa forma de refletir sobre a saúde no contexto da realidade dos moradores do campo é conferir a ela uma maior amplitude, por considerarmos neste enfoque as experiências e saberes dos sujeitos do campo.

Analisar a situação na qual se encontram os povos do campo envolve também a saúde dos sujeitos que ali vivem, trabalham e estudam. A saúde é considerada como um dos aspectos importantes que estão contidos nas demandas dos povos do campo e a luta pelo atendimento na área da saúde nas escolas do campo é uma das propostas lançadas no documento da I CNEC (1998). A saúde também é apontada como área que deve se articular à educação por autores de referência na Educação do Campo como Molina (2002).

Desse modo, vale situar as informações indicadas pelo caderno de informação da Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) que indica que a mortalidade proporcional por faixa etária segundo o grupo de causas na Amazônia paraense é de 12,1% para doenças infecciosas e parasitárias em crianças de 5 a 9 anos de idade e de 8,1% em crianças de 10 a 14 anos de idade. Em relação à incidência de neoplasias, como o câncer, 12,5% ocorre em crianças de 5 a 9 anos de idade e 8,4% em crianças de 10 a 14 anos (BRASIL, 2009b).

Entre os óbitos por causas mal definidas na Amazônia paraense a taxa é de 17%, e especificamente entre os óbitos infantis a incidência é de 9% indicando falhas no sistema de informação de saúde (BRASIL, 2009b).

O saneamento básico também exige uma atenção especial, pois enquanto que na Região Norte 63,2% dos moradores do meio urbano possui acesso a água canalizada apenas 12,96% dos moradores do meio rural tem acesso a esses serviços. Em relação ao esgotamento sanitário na área rural da Região Norte apenas 1,79% das pessoas que tem acesso à rede coletora e 22,26% afirma não ter qualquer outro tipo de esgotamento sanitário, já no meio urbano o acesso a rede coletora sobe para 11,71% e apenas 3,54% destes moradores afirmam não possuir qualquer outro tipo de esgotamento sanitário. Por fim, o destino do lixo domiciliar através da coleta direta só ocorre em 19,15% dos domicílios localizados no meio rural em comparação aos 88,16% dos domicílios da área urbana (BRASIL, 2007a).

Em pesquisa realizada em assentamentos de 39 municípios, incluindo o sudeste do Pará, visando avaliar a situação de saúde dos assentados verificou-se a presença de Unidades

Básicas de Saúde em apenas 21% dos assentamentos pesquisados com rara presença regular de médicos (LEITE, 2004).

A situação precária da educação e da saúde dos povos do campo auxilia a compreensão da importância das proposições elencadas por esses sujeitos no sentido de que os mesmos tenham acesso a melhores condições de vida e saúde, o que engloba aspectos referentes tanto à educação quanto à saúde dos mesmos. Caldart (2002, p. 30) nos esclarece que o *Movimento Por uma Educação do Campo* relaciona a luta pela educação com outras lutas cujo fim seja a modificação das condições sociais de vida no campo, pois “[...] não há como educar verdadeiramente o povo do campo sem transformar as condições atuais de sua desumanização”.

A declaração final da II CNEC (2004) indica que as políticas públicas de educação devem estar articuladas ao conjunto de políticas que almejem garantir os direitos sociais e humanos do povo brasileiro. Nesse sentido, o vínculo entre a educação e a saúde é indispensável se a finalidade das práticas debatidas e adotadas nas escolas do campo for produzir a transformação da realidade dos homens e mulheres que vivem no campo.

Em face do contexto que foi apresentado me proponho a situar as políticas de saúde no Brasil e seus desdobramentos sobre o Território do campo, a fim de possibilitar a compreensão de tais políticas atualmente.

1.3 As Políticas de Saúde e sua influência no Território do Campo

Abordar as políticas de saúde no Brasil é tarefa que passa, necessariamente, por uma contextualização histórica da saúde do país. Com isto, pretende-se fornecer elementos para a compreensão das articulações entre os processos econômicos, políticos e as práticas de saúde no país, a partir do conhecimento das raízes históricas das políticas de saúde que foram sendo implantadas ao longo da constituição do Estado brasileiro. Este embasamento é de extrema relevância para o estudo das Políticas de Saúde para o campo brasileiro e de sua relação com o contexto que o envolve.

As ações iniciais de saúde pública ocorreram no período colonial e foram desencadeadas pela vinda da família real ao Brasil em 1808 e por seu interesse em manter uma mão de obra em boa situação de saúde conseqüentemente viabilizando questões de ordem econômica (BAPTISTA, 2007).

Entre o povo brasileiro havia grande diversidade: portugueses, imigrantes europeus, índios e negros escravos. Sujeitos que naquele período viviam num contexto em que a saúde era permeada de práticas não regulamentadas e que variavam de acordo com os saberes e culturas de cada povo aqui presente. Em face da necessidade emergencial de atendimento médico, o povo brasileiro recorria à medicina popular e à religiosidade como uma terapêutica. Entre os sujeitos que utilizavam práticas de cura orientadas para o lado espiritual estavam: os curadores, as rezadeiras, os raizeiros, os pajés, as mães-de-santo, os jesuítas e os ativistas médicos. Como exemplo destas práticas destaca-se a “triaga brasílica”¹⁵, um antídoto preparado pela Companhia de Jesus (RIBEIRO, 1997).

A chegada da família real ao país iniciou um projeto de institucionalização da saúde no Brasil e a regulação da atuação médica. Rosen (1994) aponta que neste mesmo ano ocorreu a inauguração da primeira Faculdade de Medicina, a Escola Médico Cirúrgica, localizada em Salvador na Bahia. Esta instituição objetivava proteger a saúde da população seguindo, para tanto, os modelos europeus

Estas mudanças desencadearam um maior controle sobre as práticas de saúde popular e a retirada de religiosos da direção de diversos hospitais, principalmente a partir da primeira República. Costa (1989) acrescenta que outra mudança importante foi a inauguração de hospitais públicos destinados a controlar as patologias tidas pelo Estado como prejudiciais à sociedade: a tuberculose, a hanseníase e as doenças mentais. Dessa forma, em 1852 é inaugurado no Rio de Janeiro o precursor dos diversos hospitais públicos psiquiátricos, o Hospital Dom Pedro II

A atenção conferida pelo governo à saúde e à formação profissional no Brasil neste momento esteve ligada a interesses políticos e econômicos relacionados ao desenvolvimento do país. Rosen, (1979), Costa (1985) e Baptista (2007) afirmam que estas ações foram embasadas em uma política já aplicada de forma efetiva desde o século XVIII em países

¹⁵ Um antídoto composto de plantas, raízes e ervas do Brasil preparado e utilizado pelos padres jesuítas que trabalhavam com ofícios da saúde no período colonial. É útil para combater os feitos nocivos de qualquer tipo de veneno e de mordedura de animais, bem como para tratar dores de origens diversas, febres, pestes, epilepsia, paralisia, etc (SANTOS, 2003).

européus, de forma que tal política direcionou o foco especificamente para: o saneamento e proteção das cidades (especialmente as portuárias); o controle e observação das patologias e dos doentes; o estudo sobre as patologias e desenvolvimento de intervenções curativas mais adequadas ao controle das doenças

A República foi marcada pela hegemonia da elite oligárquica e pela ideologia da nacionalidade onde as ações de saúde se configuravam como uma estratégia de controle do estado sobre o território brasileiro. Rossi (1980) salienta que em 1888 a abolição da Escravatura e a demanda por mão de obra saudável intensificaram correntes imigratórias provenientes, principalmente, da Itália, Espanha e Portugal. Porém, as epidemias que atingiam os trabalhadores em decorrências das péssimas condições de saneamento geravam prejuízos econômicos para o país

Desta forma, os fatores supracitados influenciaram a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) em 1897, o estímulo às pesquisas nas faculdades de medicina e no exterior e a implantação de institutos de pesquisa, entre os quais se destaca o Instituto Soroterápico Federal surgido em 1.900 cujo nome foi alterado para Instituto Oswaldo Cruz (BAPTISTA, 2007).

No período da Proclamação da República uma Constituição foi elaborada e assinalava a centralização do controle nas mãos dos estados produtores de café da região centro-sul, configurando a política do "café com leite". Tal constituição incluiu a saúde como uma área de âmbito estatal constituindo sua estrutura e locais de atuação (IYDA, 1994).

Durante o governo de Rodrigues Alves, iniciado em 1902, as ações de saúde focavam a "higienização"¹⁶ tendo como figura de destaque nas medidas de saúde implantadas Oswaldo Cruz que ocupou a diretoria geral de saúde pública em 1903, cargo que hoje equivale ao de Ministro da Saúde. Iyda (1994) e Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (2003) indicam que suas ações focaram os casos de febre amarela, varíola e peste bubônica, e entre suas intervenções a mais polêmica foi a campanha de vacinação obrigatória que gerou a Revolta da Vacina

A Revolta da Vacina caracterizou-se por uma reação da população contra o governo e foi deflagrada no dia 13 de novembro de 1904. O Governo conseguiu derrotar o levante, porém, suspendeu a obrigatoriedade da vacina. As ações de saúde coletiva daquele período, caracterizadas como intervencionistas e disciplinadoras dos comportamentos e hábitos, foram

¹⁶ No contexto da higienização a Educação em Saúde configurou-se em instrumento que, isoladamente, pretendia ser capaz de ensinar aos sujeitos hábitos saudáveis de forma a evitar as doenças (SABÓIA, 2003).

efetivas em realizar os objetivos a que se propuseram, atingindo suas metas, por exemplo, na erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro em 1907 (FIOCRUZ, 2003).

Após a primeira fase das ações de saúde sob o comando de Oswaldo Cruz a ênfase passou a ser conferida ao saneamento rural e a batalha contra as três endemias que mais afetavam o campo brasileiro: a Ancilostomíase, a Malária e o Mal de chagas. A fim de atender a estes objetivos expedições foram realizadas na área rural do país que viabilizaram obter informações sobre a realidade sanitária dos locais pesquisados.

Em relação ao relatório gerado por tais expedições as razões apontadas pelos pesquisadores para o estado péssimo de saúde das regiões visitadas estavam na inexistência de assistência médica e medicamentosa, e na falta de informação a respeito das medidas de profilaxia individual contra a malária. Em suas palavras, carregadas de crítica social, a causa de tais entraves "é o abandono do proletário a um estado mórbido perfeitamente atenuável ou a fatalidade da morte por uma moléstia perfeitamente curável". O relatório ainda acrescenta que o "desprezo pela vida humana da parte dos poderes públicos e dos possuidores de seringais..." era o maior de todos os obstáculos que puderam perceber (CRUZ; CHAGAS; PEIXOTO, 1972, p.122). Lima, Fonseca e Hochman (2005) afirmam que foi grande a repercussão dos relatórios médicos destas expedições e que as mesmas suscitaram discussões que consideravam as elevadas incidências de doenças como causa direta do atraso do progresso da nação.

Nesta época o movimento sanitarista passou a interpretar a saúde como sendo uma questão social e política e clamavam pela necessidade de uma "educação sanitária" que focasse a relação do homem com o meio ambiente. Esta educação postulava o "viver higiênico" que diz respeito ao teor das ações de educação em saúde que consideravam a limpeza do domicílio, a higiene pessoal, a manipulação para o uso de água e de alimentos e os cuidados com o lixo e com os dejetos (ACIOLI; DAVID, 2008).

A educação sanitária era direcionada prioritariamente ao controle do estado brasileiro sobre as famílias mais carentes da população, onde o *higienismo*¹⁷ influenciou as ações de educação em saúde.

¹⁷ É um princípio doutrinário que surgiu da revolução bacteriana desencadeada pelas descobertas científicas de Pateur. Este princípio postula a higiene como fulcro central da ação educativa, assim, as práticas de saúde embasadas nesta perspectiva defendem que é necessário ensinar às famílias de classes sociais menos favorecidas os hábitos de higiene e cuidados para obter boa saúde.

Em 1920 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública para responsabilizar-se pelas questões sanitárias, de saneamento rural e urbano, de saúde dos portos, de combate às endemias, de higiene infantil, industrial e profissional para fortalecimento e desenvolvimento do país no setor agro-industrial. Porém, as ações de saúde eram direcionadas apenas para ações coletivas e preventivas sem, no entanto, englobar ações de assistência à saúde. Assim, o atendimento à saúde integral da população (o acesso a todos os níveis de complexidade no atendimento) não despertava o interesse dos governantes brasileiros, e, dessa forma, não havia uma política de saúde que contemplasse uma ampla proteção social (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

O padrão exportador capitalista adotado na década de 1920 pressionava o estado brasileiro a obter maior controle sobre as condições de higiene dos navios e portos a fim de impedir a propagação de doenças. Por esta razão esse período foi permeado pela perspectiva do risco, onde o objetivo das ações de educação em saúde era o de prevenir doenças a fim de ter uma mão de obra sadia para aumentar a produtividade econômica do país. Neste contexto, ocorreram mudanças relativas à saúde pública e à assistência médica individual. Os movimentos sociais exigiam respostas do poder público em relação à situação de saúde no país.

Neste período foi aprovada a Lei Eloy Chaves (1923), criando as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), medida que permitia a algumas categorias profissionais, ligados aos setores ferroviário e marítimo, um seguro social financiado pelas empresas e pelos próprios trabalhadores das mesmas. Apesar de esta assistência à saúde se limitar somente aos segurados, tal modelo embasou a construção de um sistema de proteção social brasileiro, que se efetivou posteriormente sob o comando de Getúlio Vargas na década de 1930 (OLIVEIRA, TEIXEIRA, 1985).

A crise do padrão exportador capitalista e a elevação da dívida externa promoveram conflitos entre os republicanos e os liberais. Tais fatos somaram-se à crise mundial do café de 1929, gerando um cenário propício à Revolução de 1930. Desta forma, sujeitos pertencentes às oligarquias, ao movimento tenentista e às classes médias urbanas atuaram para reduzir o poder oligárquico e inserir a burguesia nestas relações de poder. Além disso, a migração campo-cidade deflagrada pela crise do café estimulou o processo de industrialização e urbanização conforme afirma Rossi (1980). Em face deste quadro, os surtos epidêmicos já

existentes se intensificaram ocasionados pelas péssimas condições de vida inerentes ao excesso populacional e a falta de infra-estrutura sanitária

Diante das reivindicações dos movimentos sociais o Estado Novo, que seguia uma linha de atuação populista, criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), este último através da Lei nº 1.920 em 1953. O MESP reuniu proposições referentes a ações de saúde pública preventivas e o MTIC se responsabilizou por criar mecanismos de proteção ao trabalhador.

A construção do Sistema Público de Previdência Social começou com a criação dos Institutos de Aposentadorias de Pensões (IAP's)¹⁸ entre os anos de 1933 a 1938. A partir de tais ações o Estado assume o papel de interventor na proteção social, a fim de atender a algumas reivindicações dos trabalhadores sem arriscar a lucratividade do capital. Os IAP's eram responsáveis por atender questões relativas ao ciclo de vida (velhice, doença, morte e invalidez) e aos serviços de assistência médica, pensões e auxílio-doença.

Apesar de tais mudanças representarem um importante avanço nas políticas de saúde, estas medidas não incluíam o trabalhador rural, os profissionais liberais, bem como outros trabalhadores que atuassem em funções não reconhecidas pelo estado. Esta segregação em relação aos direitos dos cidadãos brasileiros Santos (1979) denomina de *cidadania regulada*¹⁹. Além disto, os níveis de complexidade dos serviços de saúde prestados aos profissionais contribuintes divergiam de acordo com o poder econômico de cada categoria. A divisão da saúde em níveis de atenção é realizada numa busca de racionalidade dos sistemas de saúde de acordo com sua complexidade.

É possível distinguir os três níveis de atenção em saúde da seguinte forma: 1) Nível Primário: caracteriza-se por não haver distinção de idade, sexo, nem de causa de consulta, com objetivo de ação antes que uma determinada doença se instale ou de diagnóstico precoce; 2) Nível Secundário: caracteriza-se por ser ambulatorial ou hospitalar, no qual se distinguem problemas para populações específicas que demandam atenção em nível especializado, com a progressão de uma determinada doença mais avançada, porém ainda passível de uma intervenção mais básica; 3) Nível Terciário: caracteriza-se por ser eminentemente hospitalar, com a realização de ações especializadas e com uso de tecnologias mais complexas.

¹⁸ Os IAP's atendiam questões relativas ao ciclo de vida e aos serviços de assistência médica, pensões e auxílio-doença.

¹⁹ Para a cidadania regulada são considerados cidadãos os trabalhadores que se encontram engajados na produção e cujas ocupações sejam reconhecidas e definidas por lei (SANTOS, 1979).

Segundo Mendes (1993) o sistema de proteção à saúde apresentou mudanças relevantes durante a década de 1950 devido à demanda crescente por serviços de saúde a serem prestados aos trabalhadores urbanos que se configuraram como elemento essencial no processo de industrialização que se descortinava nesse momento no país. Este fato levou ao surgimento de convênios com grandes hospitais particulares caracterizando o surgimento de um *modelo assistencial hospitalocêntrico*²⁰ e do foi denominado *medicina de grupo*. Este modelo foi subsidiado por conhecimentos científicos aprofundados adquiridos com os experimentos científicos realizados durante as guerras mundiais (BRAGA; PAULA, 1987).

É nesse período que formas organizadas de pressão promovidas pelos trabalhadores rurais exercem forte influência sobre as políticas públicas de saúde no país, dentre as quais destacamos a União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil (ULTAB) em 1950 e as Ligas Camponesas cuja origem remonta a década de 1945 quando estiveram filiadas ao Partido Comunista Brasileiro, mas que retornam com força total a partir de 1955. Neste ano, é criada a Sociedade Agrícola de Plantadores e Pecuaristas de Pernambuco, a SAPP, em Pernambuco representando um momento no qual as Ligas passaram a ser um movimento agrário, que contagiou um grande contingente de trabalhadores rurais e também urbanos (MONTENEGRO, 2008).

Ao contrário da política de bem-estar social presente nos países desenvolvidos europeus no período pós-guerra, o Brasil adotou na década de 1950 uma ideologia desenvolvimentista que apregoava a necessidade de aumentar o nível de saúde da população pobre brasileira como condição para alcançar o desenvolvimento. Assim, entre os marcos deste momento histórico destacam-se: a criação do Ministério da Saúde (Lei n.º 1.920 de 1953); a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (Lei n.º 2.743, 1956), e a criação do Serviço Social Rural (Lei n.º 2.613 de 1956) que previa prestação de serviços sociais, o fomento a criação de cooperativas e a execução de pesquisas para o desenvolvimento rural.

Além dos fatores já citados a criação da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG) representou um grande avanço para as lutas dos trabalhadores do campo. O reconhecimento oficial desta instituição ocorreu em 1964, através do Decreto

²⁰ No modelo hospitalocêntrico o hospital funciona como a porta de entrada dos usuários dos serviços de saúde. Nestes estabelecimentos o nível de complexidade do atendimento é maior e mais caro, não se restringindo a consultas e orientações de profissionais de saúde, mas, englobando intervenções de maior complexidade como cirurgias e exames sofisticados.

Presidencial nº 53.517. Neste período existiam 14 federações e 475 Sindicatos de Trabalhadores Rurais, e, atualmente, existem 27 federações que possuem cerca de 4 mil sindicatos rurais e 20 milhões de trabalhadores e trabalhadoras do campo. Apesar de o golpe militar de 1964 ter reprimido as ações da entidade suas atividades foram retomadas pelo Movimento Sindical dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (MSTTR) em 1968 (CONTAG, 2009).

Ao mesmo tempo, foi regulamentada pelo governo a Lei n.º 4.214/63 que criou o Estatuto do Trabalhador Rural, por meio do qual foi instituída a Previdência do Trabalhador Rural. Estas ações abriram a possibilidade do acesso aos benefícios da legislação trabalhista (salário mínimo, 13.º salário e férias). No ano de 1967 foi criado o Fundo de Assistência e Previdência Rural (FUNRURAL) que se caracterizou como subsistema de transferência de renda (DELGADO; CASTRO, 2003).

Entre os eventos de saúde que influenciaram as ações de saúde implantadas no país a III Conferência Nacional de Saúde (III CNS), realizada em 1963, se revestiu de fundamental importância. A conferência postulou como "fontes de saúde" a racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas revelando uma ideologia que priorizava o desenvolvimento econômico.

Pelo exposto até aqui identifiquei que a organização dos serviços de saúde para a população brasileira não tinha e, infelizmente, ainda não possibilita o acesso à saúde integral, revelando assim uma dicotomia de vital importância na análise das políticas públicas de saúde no Brasil: uma política pública de acesso universal com foco na prevenção de doenças transmissíveis destinada à população mais carente do país e uma política de assistência curativa destinada aos contribuintes da previdência social.

Este momento desenvolvimentista revelou uma nova faceta das políticas públicas de saúde, que embora continuassem sendo utilizadas como instrumento de controle do estado sobre o país ampliaram seu espaço de ação pela quantidade de recursos envolvidos nesta nova organização: ensino profissional, indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, postos de trabalho, hospitais, entre outros. Este novo contexto preparou a constituição de um complexo médico empresarial que teve grande influência nas práticas de saúde adotadas no país desde então.

Dentre os fatos importantes para a saúde ocorridos na década de 1960 saliento a intervenção do Ministério do Trabalho que suspendeu a participação dos representantes dos

empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde em 1964. Além deste fato, destaca-se o ano de 1967 no qual ocorreu a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), por meio do qual foram reunidos todos os Institutos num só e houve a centralização dos recursos financeiros estendendo a compra de serviços da rede privada.

A Lei da Valorização Sindical, 1970, estimulou o apoio do Estado em relação aos sindicatos e viabilizou a assistência social através de convênios entre Sindicatos Rurais e o INPS (BAPTISTA, 2007).

Neste contexto surgiu o *complexo médico-empresarial*, que se constituiu a partir de uma demanda elevada por serviços de saúde por parte do estado devido à inclusão de novas categorias profissionais (os trabalhadores autônomos e rurais) que possuíssem vínculo com o estado e que, portanto, deviam ser atendidas pelo sistema através do INPS.

Em 1976 surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), vinculado ao Ministério da Saúde e constituído pelo Decreto-Presidencial de nº 78.307. Tal programa postulava a máxima extensão de cobertura dos serviços de Saúde priorizando a atenção às zonas rurais e pequenas comunidades e a regionalização da Assistência. A partir desta iniciativa o Ministério da Saúde iniciou a implantação de seu modelo de atenção primária, de caráter universal. Este seria ampliado na década de 1980, através do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS/MS/INAMPS), de abrangência nacional (BRASIL, 1983).

A ação previdenciária rural sofreu duro golpe com a extinção do FUNRURAL, em 1977, fato que extinguiu a representação dos trabalhadores rurais no INPS. Porém, em 1979 surgiram as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e as oposições sindicais mostrando que estes movimentos sindicais, ao invés de enfraquecerem, uniram forças de trabalhadores rurais e urbanos em busca de uma melhor qualidade de vida.

Em consonância com muitos preceitos defendidos por tais iniciativas destaco o Movimento da Reforma Sanitária que surgiu no final da década de 1970 que teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) - VIII CNS - cujo relatório defendeu a saúde como um dever do Estado e direito do cidadão, além do acesso universal a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem.

É relevante salientar os principais eixos da Reforma Sanitária, pois exerceram grande influência na Constituição de 1988. São eles: a unificação do Sistema de Saúde e sua hierarquização e descentralização para estados e municípios, com unidade na Política de Saúde; a universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão de cobertura de serviços; a participação da população através de entidades representativas na formulação, gestão, execução e avaliação das políticas e ações de saúde; a racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado através de um Fundo Único de Saúde em nível federal (VIII CNS, 1986).

No Fórum da Assembléia Nacional Constituinte ocorreram debates referentes às políticas de saúde, viabilizando desta forma que as reivindicações dos trabalhadores do campo em relação à previdência social e à saúde fossem colocadas. Além disso, os relatórios e documentos produzidos na VIII CNS e Comissão Nacional da Reforma Sanitária foram utilizados como referência pelos parlamentares (BAPTISTA, 1998).

Deste modo é fundamental ressaltar a importância da Constituição Federal de 1988 que postulou a saúde como direito, utilizando o conceito ampliado do processo saúde-doença. Nesta Constituição a saúde passa a ser considerada como um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988).

Neste contexto surge o SUS criado pela Lei n.º 8.080/90 que é conceituado em seu artigo 4º:

[...] é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada.

É possível inferir que a perspectiva de saúde adotada por tais dispositivos legais mudou radicalmente passando a considerar a saúde como sendo influenciada e determinada por diversos fatores como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Desta forma, os níveis de saúde da população passaram a ser relevantes para a compreensão da organização social e econômica do País.

Através desta e de outras leis que regulamentaram os deveres do Estado em relação à saúde houve o comprometimento por parte do mesmo da integração de políticas sociais e econômicas visando o acesso universal e a equidade em relação às ações e serviços de saúde e

à diminuição do risco de doenças e agravos. Isto se daria através de estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde, embasadas na junção do setor da saúde e sua integração com a assistência social e previdência, subsidiando o Sistema de Seguridade Social.

É nesse período, entre as décadas de 1970 e 1980, que ganhou espaço a Tendência Libertadora de Paulo Freire, exercendo grande influência sobre os teóricos da educação em saúde no sentido de embasar uma nova fase que foi nomeada como Educação Popular em Saúde. Nesta concepção, a educação em saúde superava os objetivos de mudar os hábitos dos sujeitos passando a buscar um processo de conscientização das pessoas e de suas comunidades a respeito das questões que envolvem sua qualidade de vida. Desta forma, através da promoção e da participação desses sujeitos em seu contexto social, político e econômico seriam promovidas transformações desta realidade (VASCONCELOS, 2007).

Foi na década de 1970 que surgiram as primeiras iniciativas de serviços comunitários de saúde organizados pelos movimentos sociais, tais experiências eram desvinculadas do estado e representaram um momento inicial no qual os profissionais de saúde buscaram dialogar com os grupos populares. Nesse sentido, a educação em saúde configura-se enquanto uma opção política que visa à participação popular a fim de garantir emancipação aos sujeitos a partir de uma conscientização de sua situação de saúde e a consequente intervenção para a transformação desta realidade (VASCONCELOS, 2001).

Atualmente é possível averiguar que a educação em saúde se configura enquanto prática social e como uma nova forma de enfrentar os problemas de saúde a partir da qual existe a integração entre os conhecimentos técnicos e os populares num processo dialógico de colaboração mútua.

Assim, a Educação Popular em Saúde, embasada nos princípios dialógicos freireanos, assume um papel relevante na consolidação do SUS, pois adota a participação efetiva dos sujeitos no processo educativo, abandonando as antigas práticas de imposição. Desta forma, Wendhausen e Saupe (2003) elencam elementos essenciais para efetivar tal concepção inovadora de saúde: estabelecimento de diálogo entre os saberes populares e científicos; respeito pelos sujeitos e pela sua alteridade; participação e empoderamento individual e coletivo dos usuários; considerar que a educação em saúde permeia todas as atividades assistenciais; concepção positiva de saúde e acentuação dos recursos pessoais e comunitários.

Os referidos autores realizaram pesquisas junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) concluindo que as concepções e práticas dos profissionais de saúde

permanecem centradas na doença e no consumo abusivo de tecnologias (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Alves (2005) aponta o surgimento de uma nova concepção de educação em saúde, mas destaca a permanência de práticas educativas hegemônicas de forma que a relação das práticas hegemônicas com as práticas emergentes permite perceber dois modelos de práticas em educação em saúde: O Modelo Tradicional²¹ e o Modelo Dialógico²².

Em face deste contexto, destaco a seguir iniciativas que apontam para uma ênfase nas discussões atuais em políticas de saúde voltadas para o campo. Assim, é pertinente destacar as discussões promovidas na XII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 2004 que apontou como desafios: garantir à população do campo reais condições de acesso ao sistema de saúde e assegurar um atendimento em todo o sistema com qualidade e humanização. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem elaborado políticas de acesso da população do campo às ações e serviços de saúde, que estejam em concordância com os princípios e diretrizes do SUS e estabeleçam o regime de cooperação descentralizado para a gestão e financiamento do conjunto de ações a serem propostas.

No processo de construção de políticas públicas voltadas a promover melhores condições de vida e saúde aos povos do campo o Ministério da Saúde passou a debater sobre este tema com diversos atores sociais nele envolvidos como outros ministérios, organização governamentais e não governamentais e movimentos sociais iniciando assim o processo de construção de uma *Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta* e como um momento importante de culminância destaca-se o I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta realizado em dezembro de 2006. Entre as propostas lançadas pelos grupos ali presentes destaco:

Incluir a temática da filosofia infantil nos currículos escolares do ensino fundamental; Garantir a participação das populações do campo e da floresta na elaboração dos projetos político pedagógicos em suas instituições de ensino, pautando questões sobre saúde, gênero, raça, etnia, e violência contra

²¹ O Modelo Tradicional fundamenta-se no referencial biologicista do processo saúde doença por meio do qual o foco é direcionado à doença e à intervenção curativa, preconizando mudanças de atitudes e comportamentos por meio do uso da comunicação vertical que estabelece padrões a serem seguidos para a manutenção da saúde.

²² No Modelo Dialógico o diálogo é o instrumento essencial e o usuário é reconhecido enquanto sujeito que possui um saber que não é deslegitimado pelo saber técnico científico. Tal modelo visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde através do desenvolvimento da compreensão em saúde.

a mulher; Garantir que a mídia (rádio, TV, *internet* etc.) dissemine as informações sobre a saúde no campo e na floresta; Implantar nas escolas agrícolas disciplinas que tematizem sobre o uso de agrotóxicos na agricultura e suas implicações sobre o meio ambiente e a saúde humana; Desenvolver materiais informativos, comunicativos e educativos em saúde, com a participação das populações do campo e da floresta, garantindo que os sistemas de informação produzidos possam refletir a realidade dessas populações (BRASIL, 2008d, p. 40-41).

A construção da *Política Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta* teve como marco a Portaria nº 719 (Art. 1º, 2004a, p.1), por meio da qual foi criado o Grupo da Terra com a finalidade de:

[...] I - acompanhar a implantação da Política de Saúde para a População do Campo e detalhar as ações a serem implementadas; II - monitorar os acordos das pautas de reivindicações negociadas com os movimentos sociais organizados no campo; III - encaminhar demandas junto às respectivas secretarias e órgãos e, IV - participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde da população do campo.

De acordo com a *Política Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta* (2008a) anteriormente não havia políticas e ações em saúde que considerassem a diversidade e as relações sociais do campo (seus sujeitos sociais, as mobilidades populacionais, os modos de produção, as questões culturais e ambientais, as formas de organização de cada território). A construção desta política fundamenta-se na lei nº 8080/90 e na Constituição Federal de 1988 que define saúde como direito do cidadão e dever do Estado e estabelece o conceito de Seguridade Social, fixando a integração dos setores de saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A *Política Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta* (2008a p.12) possui como objetivo geral:

Promover a integralidade da atenção à saúde das populações do campo e da floresta, reconhecendo suas especificidades de gênero, raça/cor, etnia e geração, visando à melhoria dos serviços e da qualidade de vida.

Os princípios e Diretrizes da *Política Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta* são: saúde como direito universal e social; inclusão social, Transversalidade e a intersetorialidade; Formação e educação permanente em saúde; Valorização de práticas e conhecimentos tradicionais; Promoção de ambientes saudáveis na perspectiva da sustentabilidade ambiental; apoio à produção sustentável e solidária;

Participação social; Informação e comunicação em saúde, considerada a diversidade cultural do campo e da floresta para a produção de ferramentas de comunicação (BRASIL, 2008a).

Esta política direcionada aos povos do campo se configura em um importante passo inicial na luta pelos direitos destas populações. Constatamos a relevância de debater tal tema visto que a Amazônia, particularmente, ainda tem muitos entraves a superar em relação à qualidade do atendimento de saúde ofertado a população, bem como à formação de um quadro profissional articulado às necessidades e particularidades dos povos do campo.

Diante deste quadro, compreendo que os aspectos econômicos, sociais, culturais, políticos e ambientais são integrantes dos determinantes sociais da saúde. Estes influenciam sobremaneira a qualidade de vida dos diversos extratos populacionais e se relacionam intimamente com a multiplicidade de formas de viver o processo saúde-doença. Assim, é possível perceber a íntima relação entre a educação e a saúde e a importância de que estas áreas sejam discutidas sem a pretensão de tomá-las enquanto frações isoladas do contexto dos sujeitos do campo. Com a finalidade de melhor compreender a educação e a saúde no campo procuro a seguir situar a forma como essa relação está ocorrendo nos dias atuais.

1.4 Políticas de Educação e Saúde do Campo: aspectos legais e políticas públicas existentes na atualidade

Um marco entre as políticas de educação da década de 1970 foi a Lei nº 5.692 (1971) que fixou Diretrizes e Bases para a Educação e vigorou até 1996. Tal dispositivo legal orientou currículos, livros didáticos e a formação de professores deixando influências na educação em saúde e até mesmo nos PCNs, como será ampliado posteriormente.

A Lei nº 5.692 estabeleceu os Programas de Saúde (PS)²³ (art. 7) como componente curricular da Educação Básica. Estes programas foram regulamentados quanto aos seus princípios, objetivos, metodologia e conteúdos através do parecer 2.264 do CFE (1974). O objetivo do mesmo foi o de estimular nos alunos hábitos e atitudes para uma vida saudável,

²³ São projetos curriculares destinados a desenvolver atividades e conhecimentos sobre saúde nas escolas.

ênfatizando deste modo, uma visão comportamentalista da educação em saúde. Tal perspectiva é fundada na crença de que é suficiente inculcar nos indivíduos regras e hábitos para a obtenção de uma vida saudável sem que os mesmos possuam autonomia para compreender e optar pela forma com a qual irão cuidar da saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo (BRASIL, 1971; 1974).

Em relação às metas do programa se configuram como predominantemente pragmáticas desprezando a importância de uma base teórica sólida no ensino de temas de saúde, como no trecho a seguir:

A educação da saúde, portanto, visa à auto-capacitação dos indivíduos e dos vários grupos da sociedade para lidar com os problemas fundamentais da vida cotidiana, como nutrição, desenvolvimento biopsicológico, reprodução, dentro do contexto atual de uma sociedade em rápida mudança. Este tipo de aprendizagem deverá ser feito mais através da ação do que das explicações. Muitos programas de educação da saúde por isto se integram com medidas de promoção da saúde e, assim, muito do que se pretende ensinar deve antes ser praticado pela escola e pelos professores (BRASIL, 1974, p. 65).

O referido parecer propõe um formato curricular onde os conteúdos dos PS estejam presentes em diversas disciplinas com ênfase principalmente nas “[...] áreas de Ciências, de Estudos Sociais e Educação Física” (BRASIL, 1974, p. 66). Além disso, o parecer recomendou que fossem realizados cursos de capacitação junto aos professores e que houvesse um coordenador de Programas de Saúde “[...] por série ou turno na escola” (BRASIL, 1974, p. 69) e que este educador tenha carga horária remunerada ou que seja dispensado da regência das turmas. Porém, tal planejamento não foi implantado, incorrendo no erro de projetar intervenções educativas distantes da realidade escolar e sem o devido envolvimento de todos os seus atores sociais no processo de elaboração e efetivação.

Apesar da pretensão de adequar os programas de saúde de forma que “[...] o ensino se torne realmente pragmático, realístico e útil em cada localidade”, enfatizando a diversidade de cada região brasileira o parecer supracitado detalha os conteúdos a serem desenvolvidos em cada série: salubridade da escola e do lar, cuidados com a água, prevenção de doenças, higiene do ambiente e pessoal, destino do lixo, saneamento básico, nutrição, entre outros (BRASIL, 1974, p. 72).

Mohr (2002), ao analisar o parecer 2.264 do CFE (1974), concluiu que a forma como foram implantadas suas recomendações atribuiu aos professores funções que excedem a sua responsabilidade. Ocorreu uma sobreposição de papéis que mistura a *educação em saúde* que,

neste caso, deve ser realizada no âmbito da escola e conduzida por profissionais da educação com a *saúde do escolar* que se dá a partir da atuação isolada e pontual de outros profissionais²⁴.

Verifiquei que a ação da educação em saúde, da forma como é colocada no referido parecer, acaba ficando restrita a ensinar noções básicas sobre os fenômenos vitais abandonando o que devia ser a prioridade da educação: formar cidadãos críticos e autônomos. Tal posição também é defendida por Mohr (2002), que apontou a fraca relação estabelecida entre os conteúdos destes programas com a realidade das comunidades onde as escolas encontram-se inseridas, bem como o encapsulamento destes conteúdos em capítulos isolados dos livros didáticos.

Ainda que as intenções do parecer não tenham sido alcançadas identifiquei pontos positivos nele como a recomendação de que os programas de saúde sejam assuntos que transitem entre as disciplinas ao invés de se tornarem uma disciplina só. Além disso, o parecer aponta a necessidade de uma articulação entre a escola, os serviços de saúde e de universidades. Estas premissas serão referidas também nas políticas de educação e saúde mais atuais como o *Programa Saúde na Escola* e a *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta* abordadas posteriormente nesta pesquisa e configuram-se como Intersetorialidade (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008a)

Em relação à educação e à saúde se articulando no espaço escolar destaco como marco legal no Brasil a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB (1996) que refere-se à Educação do Campo em seu artigo 8º:

Art. 28. Na oferta de educação básica para a população rural, os sistemas de ensino promoverão as adaptações necessárias à sua adequação às peculiaridades da vida rural e de cada região, especialmente: I - conteúdos curriculares e metodologias apropriadas às reais necessidades e interesses dos alunos da zona rural; II - organização escolar própria, incluindo adequação do calendário escolar às fases do ciclo agrícola e às condições climáticas; III - adequação à natureza do trabalho na zona rural.

É possível constatar a preocupação expressa na lei de que todo o processo educativo esteja intimamente relacionado às particularidades do campo, isso engloba as práticas de

²⁴ Para Mohr (2002) a educação em saúde no espaço escolar enfatiza o processo educacional conduzido pelo professor, sendo viável que ele inclua nesse processo a participação de outros profissionais. Já a Saúde do Escolar é um processo educativo conduzido apenas por profissionais pertencentes a outros espaços e organizações de uma forma pontual, isolada e sem a articulação com os professores do espaço escolar a qual se destina a ação.

educação em saúde que são destacadas no Tema Transversal Saúde e Meio Ambiente dos PCNs. Este documento, criado em 1997, é considerado um dos marcos que direcionou os conteúdos a serem trabalhados no Ensino Fundamental e tem como função subsidiar a elaboração ou a revisão curricular dos estados e municípios, através do diálogo com as propostas já existentes, de maneira a fomentar a reflexão dos professores e conseqüentemente a elaboração de práticas educativas inovadoras.

Os PCNs introduziram os Temas Transversais (TTs) ética, pluralidade cultural, saúde, meio ambiente, orientação sexual e temas locais. Barbosa (2007, p. 10) aponta que “o tema transversal é uma forma de garantir a interdisciplinaridade no ensino/aprendizagem e de possibilitar que o aprendiz torne significativo o que aprende”.

Em relação à saúde abordada por um dos temas transversais é importante ressaltar um dos objetivos do referido documento para o Ensino Fundamental que é: “conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva” (BRASIL, 1997, p. 9).

O documento supracitado se propõe a orientar uma Educação em saúde que se proponha a promover e proteger a saúde e que atue como forma de conquistar os direitos de cidadania. Assim, identifiquei elementos da concepção ampla de saúde na perspectiva adotada pelos PCNs que considera como condicionantes de saúde as questões biológicas, o meio físico, o meio socioeconômico e o cultural (BRASIL, 1997, p. 9).

Outro documento de fundamental importância são as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino fundamental (DCNEF) onde existem indicativos de que o currículo escolar deve respeitar as peculiaridades de cada instituição escolar e a identidade de professores, alunos e de outros profissionais que atuem no espaço escolar. Os conteúdos deverão relacionar-se à vida cidadã e a diversos aspectos da mesma, e entre eles destaco a saúde. O referido documento também indica que as escolas terão a liberdade de incluir conhecimentos locais através do que é denominado de parte diversificada dos conteúdos (BRASIL, 1998a).

É possível perceber que os DCNEF procuram abarcar elementos que dizem respeito às questões locais, regionais e planetárias em seus direcionamentos como exposto a seguir:

As escolas deverão explicitar em suas propostas curriculares processos de ensino voltados para as relações com sua comunidade local, regional e planetária, visando à interação entre a educação fundamental e a vida cidadã; os alunos, ao aprenderem os conhecimentos e valores da base nacional

comum e da parte diversificada, estarão também constituindo sua identidade como cidadãos, capazes de serem protagonistas de ações responsáveis, solidárias e autônomas em relação a si próprios, às suas famílias e às comunidades (BRASIL, 1998a).

Diante do exposto é relevante salientar a tendência atual das determinações oficiais de relacionar a educação com variados saberes e ciências, especialmente a área da saúde. Este processo revela-se dinâmico e constante e demanda desafios para os atores envolvidos: profissionais da educação e da saúde, os usuários, gestores e construtores de políticas públicas, movimentos sociais, entre outros.

Desta forma, é importante ressaltar que em 2003 houve uma reestruturação do Ministério da Saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que utilizou a concepção de Educação Popular em Saúde como base de suas ações. Mais recentemente, em 2005, ocorreu uma nova mudança no Ministério da Saúde na qual as ações de educação popular passam a ser responsabilidade da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, permanecendo a mesma perspectiva de Educação Popular e adicionando a mobilização social como objetivo pretendido (BRASIL, 2009a).

As competências da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular são:

I. Promover e apoiar iniciativas de movimentos, entidades e instituições para o desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; II. Identificar e divulgar novos canais de participação popular e controle social; III. Apoiar ações para a educação em saúde e cidadania nas escolas de nível fundamental; IV. Planejar e coordenar ações de apoio aos trabalhadores de saúde no desenvolvimento de práticas de educação em saúde e cidadania (BRASIL, 2005).

Verifiquei que a criação de uma área de Educação Popular em Saúde na estrutura do Ministério da Saúde indica a intenção de formular uma Política Nacional de Educação em Saúde que enfoque os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Tal proposta do Ministério da Saúde abre um leque de possibilidades e engendra novas relações entre os atores sociais envolvidos com a Educação em Saúde (BRASIL, 1990).

Entre os marcos relacionados às discussões referentes às políticas de saúde brasileiras destaca-se a XII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 2004 que apontou como desafios garantir à população do campo reais condições de acesso ao sistema de saúde e assegurar um atendimento em todo o sistema com qualidade e humanização. Desta maneira, constatei que o Ministério da Saúde vem discutindo a elaboração de uma política de acesso da

população do campo às ações e serviços de saúde, que esteja em concordância com os princípios e diretrizes do SUS e estabeleça o regime de cooperação descentralizado para a gestão e financiamento do conjunto de ações a serem propostas.

Neste contexto, a presença da concepção ampliada de saúde nas políticas públicas construídas ao longo desse processo tem papel fundamental nos direcionamentos colocados pelas referidas pesquisas. Um exemplo é a portaria nº 687 de 2006 que trata da *Política Nacional de Promoção da Saúde* e foi construída a partir de definições constitucionais, da legislação do SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde. Tal política traz novos indicativos ao defender a perspectiva ampliada de saúde que considera como importantes os mais diversos condicionantes de saúde, como os políticos, sociais, culturais e biológicos, e inclui diversos sujeitos sociais como participantes ativos do processo (movimentos sociais, usuários, trabalhadores da saúde, gestores) (BRASIL, 2006b).

O objetivo geral desta política é “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura [...]”. Em relação aos seus objetivos específicos destaca-se:

Valorizar e ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade (BRASIL, 2006b, p.14-15).

Um dos desafios lançados neste documento é o da intersectorialidade que é compreendida como:

[...] uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006b).

Desse modo, o setor saúde assume a responsabilidade de dialogar com outros setores os diversos aspectos que envolvem o processo saúde-adoecimento, de forma que todos considerem a avaliação e os parâmetros sanitários no momento de elaborar políticas públicas e de efetivar ações voltadas a uma melhor qualidade de vida e saúde.

A *Política Nacional de Promoção da Saúde* aponta ainda o desafio de constituir estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que

atuem nas estratégias mais amplas já determinadas em Ottawa²⁵ e que se associem mais profundamente às diretrizes dispostas pelo Ministério da Saúde na *Política Nacional de Promoção da Saúde*, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 2006b).

As ações priorizadas para o biênio 2006-2007 foram voltadas à: Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; Alimentação Saudável; Prática Corporal/Atividade Física; Prevenção e Controle do Tabagismo; Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; Promoção do desenvolvimento sustentável. Em todas estas ações foi possível constatar orientações no sentido de promover a articulação entre os setores de saúde e educação (BRASIL, 2006b).

Entre as diretrizes da *Política Nacional de Promoção da Saúde* destaca-se “[...] identificar e apoiar as iniciativas das Escolas Promotoras de Saúde [...]” (BRASIL, 2006b, p.17). Dessa forma é relevante explorar esta iniciativa e os estudos divulgados sobre ela no Brasil.

Em 1995 a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) lançou a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde que busca estimular a revitalização de saúde na escola. Além disso, almeja reforçar a ação intersetorial de políticas sociais, como de educação e saúde, para alianças e parcerias, aproveitamento máximo dos recursos, capacitação de profissionais e representantes da população, que almejem o controle social das condições de saúde da comunidade escolar, à configuração de relações interpessoais solidárias e à efetivação de políticas públicas que asseverem escolhas saudáveis para o cidadão nos espaços sociais e de convivência (SILVA; DELORME, 2008).

A Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde chegou até o Brasil através da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS), criada em San José em 1996 com o compromisso de 14 países onde foi apresentado o modelo e o guia para a ação. Posteriormente, foi realizada uma seleção de experiências educativas em saúde vinculadas a

²⁵ A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de Novembro de 1986, aprovou a **Carta de Otawa**, que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e anos seguintes.

esta rede e que teve como critérios adotados a inserção do tema saúde no PPP das escolas e as que se estruturaram na lógica do SUS a fim de publicar o documento (CERQUEIRA, 2008).

Estas iniciativas realizadas no Brasil surgiram a partir de críticas à educação em saúde que era realizada anteriormente onde predominavam ações de caráter coercitivo e prescritivo focalizando as doenças e sem a participação de todos os atores envolvidos, especialmente da comunidade, no decorrer desses processos educativos.

Na publicação intitulada *Escolas Promotoras de Saúde* pelo Ministério da Saúde, Valadão et al (2008) levantaram as experiências brasileiras vinculadas à Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde através de questionário semi-estruturados enviados a 27 secretários estaduais de educação dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal a fim de identificar tais iniciativas em nível estadual. Do total de 27 questionários enviados 70% foram respondidos, nestes os secretários de 11 estados consideraram as repercussões desta estratégia de promoção da saúde significativa, 5 consideraram-na razoável e apenas 2 indicaram não haver qualquer repercussão que mereça ser citada.

Na questão referente à operacionalização da promoção da saúde na escola 9 secretarias estaduais de educação apontaram a elaboração de textos e documentos e 10 citaram a confecção de materiais educativos. A elaboração e implantação de projetos dentro desta perspectiva foram assinaladas por 14 secretarias e 18 delas têm projetos em andamento. Apenas 3 estados indicaram a criação de instâncias e cargos direcionados à execução de ações voltadas a esse tema (VALADÃO et al, 2008).

O trabalho em conjunto com outras entidades e instituições a fim de desenvolver os projetos e ações foi apontado em 14 questionários e em 12 deles foi apontada a realização de avaliação das ações realizadas. Os enfoques dos projetos citados revelaram uma concepção ampliada do processo saúde-doença com eixo na promoção da cidadania e dos direitos da criança e do adolescente, são eles: formação de professores (10 estados); drogas (7 estados); sexualidade (6 estados); assistência a saúde (6 estados); meio ambiente (5 estados); violência/paz (4 estados); cidadania (4 estados); Dengue (3 estados); alimentação/nutrição (2 estados); Qualificação da educação (3 estados); educação sanitária (2 estados) e outros como aleitamento materno, esportes integração escola-comunidade (5 estados) (VALADÃO et al, 2008).

Constatai que a maioria dos projetos e ações levantados nesta pesquisa direciona-se para formação, capacitação e/ou mobilização do professor. Isto sugere que o papel do docente

nos processos educativos em saúde está sendo cada vez mais ressaltado. Também se destacaram projetos educativos ligados à prevenção de drogas e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) que estiveram associados, em sua maioria, a projetos do Programa Nacional de DST/AIDS/drogas do Ministério da Saúde, bem como ações na área ambiental relacionados a programas federais do Ministério do Meio Ambiente (VALADÃO et al, 2008).

De forma geral os relatos de experiência presentes no caderno *Escolas Promotoras de Saúde* indicam uma tendência a adequar os projetos educativos à concepção ampliada de saúde em detrimento de concepções higienistas e/ou assistenciais. Além disso, a maior parte dos projetos analisados envolve experiências piloto ou de alcance limitado e apresenta poucas iniciativas de instalação de redes de educação. Isto aponta para a necessidade de formulação e efetivação de políticas de saúde mais abrangentes que tragam resultados permanentes a partir da inserção da educação em saúde no cotidiano escolar.

Em face desta problemática é relevante destacar a atuação de movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), na busca por melhores condições de vida e saúde para as populações do campo. O MST adota o conceito ampliado de saúde e afirma que seu alcance está condicionado a:

[...] terra, trabalho, moradia, alimentação, educação, saneamento básico, transporte, saúde pública, cultura, meios de comunicação, energia elétrica, - onde haja justiça, igualdade, participação e organização (MST, 2000, p. 12).

O MST afirma que o SUS não está voltado para o campo, e que as iniciativas de atenção a saúde do governo brasileiro direcionadas aos povos do campo têm assumido um caráter focal e direcionado a realização de campanhas desarticuladas de uma política de atenção continuada de promoção a saúde (MST, 2005).

Embasados na concepção ampliada de saúde o MST organizou o Coletivo Nacional de Saúde em 1998, com a realização de uma oficina nacional realizada em Brasília e com a participação de seus 23 representantes de estados brasileiros. Este encontro permitiu a definição dos princípios a serem adotados pelo movimento na luta pela saúde relacionando tal empreitada à educação e à luta pela terra. Entre as iniciativas adotadas pelo MST destaque os mutirões de Educação em Saúde que objetivam promover a educação e a prevenção em saúde (MST, 1998).

Atualmente existem diversas experiências de educação e saúde organizadas por movimentos sociais do Campo, escolas do campo e o governo brasileiro. Entre elas

destacamos alguns projetos discutidos no relatório do I Encontro Nacional de Saúde das populações do campo e da floresta (2008d): Mutirões de Educação em Saúde do MST; Projeto Formação de Multiplicadores(as) em Gênero, Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos através do convênio entre Ministério da Saúde, CONTAG e Federação dos Trabalhadores na Agricultura (FETAG); Projeto de Intervenção de Multiplicadores(as) em DST/AIDS, organizado pelo Conselho Nacional de Seringueiros em parceria com o Programa Nacional de DST e AIDS; Ações Educativas em Saúde diversas direcionadas à população rural organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (Acre) em parceria com as Secretarias municipais de Agricultura, Educação e Meio Ambiente e a Fundação Garibaldi Brasil; os projetos intitulados Consórcio da Juventude²⁶, Projeto Terra Solidária²⁷, Projeto de Reestruturação Produtiva²⁸ e Programa de Habitação Rural²⁹ organizados pela Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF).

1.5 Programa Saúde na Escola (PSE): saúde e educação escolar interagindo e constituindo-se em política pública

Entre as recentes iniciativas do governo buscando relacionar as áreas de Educação e Saúde nas escolas de Educação Básica destaca-se o *Programa Saúde na Escola (PSE)* instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 “[...] com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.” O *Programa Saúde na Escola* engloba ações articuladas do MS e do MEC a serem realizadas no âmbito das escolas e/ou das

²⁶ Articula a formação teórica e prática, visando à capacitação para atividade produtiva. No âmbito desse projeto, são abordadas questões como a maternidade e a paternidade precoce e a prevenção de diversas doenças. (BRASIL, 2008d).

²⁷ Promove a reflexão sobre a base tecnológica da produção agrícola, a relação com o meio ambiente e os cuidados com a saúde dos produtores (BRASIL, 2008d).

²⁸ Apóia os produtores na substituição da cultura de fumo (BRASIL, 2008d).

²⁹ Aborda questões como saneamento básico, a construção de fossas sépticas e de gordura, a coleta do lixo, os cuidados com a horta e o pomar, dentro de uma perspectiva agroecológica (BRASIL, 2008d).

Unidades Básicas de Saúde³⁰ (UBS) pela Estratégia Saúde da Família³¹ (ESF) através da adesão dos municípios que tenham a ESF implantada (BRASIL, 2007c).

As orientações para o *Programa Saúde na Escola* frisam a necessidade de que as práticas educativas em Saúde devem respeitar os diferentes tipos de saberes e incluir a participação de todos os atores sociais atuantes no espaço escolar e nas UBS, além da incorporação progressiva das ações de educação em saúde no Projeto Político Pedagógico das escolas conforme a Portaria nº1861 de 2008. Como objetivos do referido programa destaco:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, artigo 2º, 2007c).

Os referidos objetivos salientam a intersetorialidade, já frisada em outras políticas de educação e saúde supracitadas, a visão de educação e saúde como direitos, a formação integral dos educandos e a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde. A partir desta percepção foram elencadas as seguintes temáticas das ações do programa: Avaliação Clínica, Psicossocial, Nutricional e bucal dos estudantes; Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e agravos³²; Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola;

³⁰ Atual denominação dada aos Postos de Saúde.

³¹ A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2009).

³² Estas ações se referem à redução de vulnerabilidades como uso de drogas, redução do sedentarismo, prevenção de DST e intervenções sobre as situações de violência que interferem no desenvolvimento pleno das crianças, jovens e adolescentes (BRASIL, 2007b).

Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes³³ e Monitoramento e avaliação do *Programa Saúde na Escola* (BRASIL, 2007c).

A avaliação Clínica e Psicossocial é um momento de articulação e aproximação entre as ESF e a comunidade escolar a fim de conhecer o crescimento e o desenvolvimento dos alunos. Esta avaliação engloba os aspectos nutricionais, auditivos e oftalmológicos, a saúde bucal, a saúde mental, a verificação das cadernetas de vacinação, entre outros (BRASIL, 2007d).

As Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças e agravos objetivam reduzir as vulnerabilidades de caráter individual, social e institucional, incluindo nestas ações a participação dos alunos nos planos de ação em saúde que devem ser incluídos no Projeto Político Pedagógico da escola. Entre as ações destaca-se a promoção da alimentação saudável onde as equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família executarão ações de orientação aos educandos tendo como base os “10 passos da Alimentação Saudável” elaborados pelo MS (BRASIL, 2007d).

Em relação a essas ações é possível averiguar de que modo se dá a intersetorialidade proposta nas diretrizes do *Programa Saúde na Escola* ao referir-se ao Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição da Região Norte (CECAN-Norte)³⁴. A implementação da CECAN se apóia no artigo oitavo das *Diretrizes para a Promoção da Alimentação saudável nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e Nível Médio*, a saber:

Definir que os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, Instituições e Entidades de Ensino e Pesquisa possam prestar apoio técnico e operacional aos estados e municípios na implementação da alimentação saudável nas escolas, incluindo a capacitação de profissionais de saúde e de educação, merendeiras, cantineiros, conselheiros de alimentação escolar e outros profissionais interessados (Portaria nº 1.010, 2006f).

A CECAN-Norte adotou como plano de ação cumprir duas etapas, a primeira corresponde ao diagnóstico nutricional de alunos de 1º a 4º série do Ensino Fundamental e a

³³ Entre as ações que já estão sendo desenvolvidas nesse âmbito destacamos: Encarte Saúde no Censo Escolar (INEP/MEC); Pesquisa Nacional Saúde do Escolar (Pense/MS); Sistema de Monitoramento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (PN DST/AIDS e UNESCO); e Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares (FNDE) (BRASIL, 2007).

³⁴ O Centro Colaborador tem como missão viabilizar estratégias para a melhoria das condições nutricionais da população brasileira, dentro de particularidades regionais, fomentando estudos e pesquisas, formando recursos humanos, elaborando material educativo na área da alimentação e nutrição, visando apoiar as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição – CEANs, na execução da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

segunda etapa corresponderá à capacitação de recursos humanos (professores, manipuladores de alimentos e multiplicadores das ações) (BRASIL, 2006f).

O diagnóstico nutricional realizado em 2007 entre alunos do Ensino Fundamental da rede pública da Amazônia paraense apontou que da amostra analisada 20% dos alunos são obesos, 65% estão com excesso de peso e que a alimentação a qual eles têm acesso nas escolas é predominantemente rica em gordura e com baixo valor nutricional. Tais dados reforçam a necessidade de ações de Educação em Saúde nas escolas de Ensino Fundamental. Aliado a isso é válido ressaltar no tema transversal que aborda a saúde para o ensino fundamental (v.9) o destaque conferido à promoção da alimentação saudável. Em relação ao bloco de “Autoconhecimento para o Autocuidado³⁵” do total de 16 itens presentes nos conteúdos a serem desenvolvidos 6 itens referem-se especificamente a questões que envolvem finalidades da alimentação, importância de adotar hábitos alimentares adequados, higiene dos alimentos, doenças causadas pela manipulação inadequada dos alimentos, entre outros (BRASIL, 2007e).

A Promoção da Atividade Física também é uma das importantes ações propostas no *Programa Saúde na Escola* como forma de promover uma prática inclusiva e não competitiva no ambiente escolar, esclarecendo os educandos não apenas a respeito da relevância de adotar hábitos saudáveis, mas também da importância da reflexão sobre a lealdade, determinação, respeito às regras e o trabalho em equipe. O *Programa Saúde na Escola* refere-se à necessidade de que esta linha de ação esteja articulada aos demais programas de governo a ele relacionados como a Escola Aberta³⁶, o Mais Educação³⁷, Segundo Tempo³⁸ e Esporte e Lazer na Cidade³⁹ (BRASIL, 2007d).

A prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas também é um campo de intervenção do *Programa Saúde na Escola*. O consumo de drogas atinge 32% das escolas do

³⁵ Constituem a realização de atividades desempenhadas pelos sujeitos em seu próprio benefício objetivando manter a vida, a saúde e o bem-estar (BUB et al, 2006).

³⁶ Programa governamental que se estrutura a partir da abertura do espaço público escolar, aos finais de semana, para apropriação pelas comunidades locais (MEC, 2004b).

³⁷ Programa criado pela Portaria Interministerial nº 17/2007, aumenta a oferta educativa nas escolas públicas por meio de atividades optativas que foram agrupadas em macrocampos como acompanhamento pedagógico, meio ambiente, esporte e lazer, promoção da saúde, entre outros (BRASIL, 2007f).

³⁸ Programa Estratégico do Governo Federal tem por objetivo democratizar o acesso à prática e à cultura do Esporte de forma a promover o desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens, como fator de formação da cidadania e melhoria da qualidade de vida, prioritariamente em áreas de vulnerabilidade social.

³⁹ Ação de Implantação e Modernização de Infra-estrutura para Esporte Recreativo e de Lazer: visa à implantação, reforma, ampliação ou modernização de instalações e equipamentos esportivos.

Brasil, sendo o consumo ocasional nas dependências da escola maior na rede pública (9,5 % municipal, 9,4% estadual) em relação à rede privada (5,3%). Na Amazônia paraense o consumo ocasional de drogas pelos alunos nas dependências externas das escolas é de 36,8% e de 12,5% dentro da escola, e o tráfico de drogas ocorre em 40% das escolas pesquisadas (CNTE, 2002, BRASIL, 2007d).

Esses dados demonstram que fatores de ordem social e econômica (acompanhamento dos pais, acesso a materiais didáticos, segurança na escola, condições de vida e saúde) influenciam a ocorrência deste grave problema. Tal fato demanda políticas globais de intervenção articuladas, e dentro desta perspectiva de ação a escola deve estar articulada com a comunidade local e com os serviços de saúde de sua localidade.

É relevante salientar o foco na promoção da Cultura de Paz e prevenção das violências e acidentes presente no *Programa Saúde na Escola*. Nesta linha de ação destaca-se o “Programa Escola que protege” destinado a instruir profissionais para atuar adequadamente em relação a este problema encaminhando alunos e familiares para a Rede de Serviços de Atenção (BRASIL, 2007d).

Vale destacar o foco da educação permanente e da capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de jovens no *Programa Saúde na Escola* que refere-se à formação de 80 h a ser realizada com os professores e gestores da educação básica e profissionais das ESF que aderirem ao Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007d).

Por fim, o monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes envolvidos no *Programa Saúde na Escola* se dará por meio da articulação de diversas ações: Encarte Saúde no Censo Escolar (INEP/MEC); Pesquisa Nacional Saúde do Escolar (Pense/MS); Sistema de Monitoramento do PSE (PN DST.AIDS e UNESCO); e Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares (FNDE) (BRASIL, 2007d).

Esta contextualização a respeito da articulação da Educação e da Saúde expressos nas discussões e políticas públicas realizadas até este momento no Brasil e na Amazônia paraense com recorte para a realidade dos povos do campo pretendeu situar o leitor dentro de uma nova perspectiva de Educação e Saúde que enfatiza uma análise ampliada dos processos que afetam a educação e a saúde em nosso país. Sem pretender esgotar o tema, esta breve exposição teve o intuito de preparar o caminho para aprofundar as reflexões a respeito da forma como a saúde e o campo vêm sendo abordados nos PCNs, com recorte para o lugar que vem sendo ocupado pela saúde e pelo campo no currículo da Escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães.

SESSÃO 2 - A SAÚDE NO CURRÍCULO ESCOLAR E OS DESDOBRAMENTOS DOS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS EM UMA TURMA MULTISSERIADA DO MUNICÍPIO DE MARAPANIM

Esta sessão aborda a concepção de saúde presente nos PCNs, bem como o lugar ocupado pela educação do campo no referido documento. Destaca o contexto do município de Marapanim onde foi realizada a presente pesquisa, considerando a realidade educacional e de saúde local, bem como as principais características da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães. O currículo adotado pela referida escola é analisado, identificando a concepção de saúde nele presente, o lugar que o campo ocupa neste currículo, bem como a influência exercida pelos PCNs sobre o mesmo. Por fim, analisa a concepção de saúde de professores, pais e alunos da comunidade através de eixos temáticos. A presente sessão está organizada em cinco itens, a saber:

Os PCNs enquanto uma das políticas oficiais de educação e saúde destaca o papel dos PCNs enquanto política curricular abordando de forma geral seu processo de elaboração, suas bases teórico-metodológicas e as modificações por ele introduzidas no currículo escolar.

Saúde como tema transversal analisa a concepção de saúde presente nos PCNs, o tipo de educação em saúde apontada no referido documento, bem como os objetivos nele elencados à luz de pesquisas atuais sobre a referida temática.

Marapanim mergulhando em seu contexto aborda de forma geral as principais características do município de Marapanim em seus aspectos culturais e sócio-econômicos, destacando a realidade educacional e de saúde de maneira articulada às informações colhidas na comunidade Livramento junto à agente comunitária de saúde e ao líder comunitário.

A Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães contextualiza a escola pesquisada abordando sua origem e concepção educativa a partir de dados fornecidos por atores sociais da referida instituição.

Os temas de saúde na vida e na escola da comunidade Livramento contêm a reflexão teórica realizada a partir dos eixos de análise empregados em relação aos dados provenientes de entrevistas realizadas com professores, aluno, pais, líder comunitário e Agente Comunitária de Saúde, bem como com os demais sujeitos envolvidos no contexto da Escola

Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães. Os eixos temáticos das entrevistas realizadas foram: *Na vida com saúde, Saúde na escola e Da escola para a vida*. Além destes estão inclusos na análise realizada os eixos de análise aplicados aos livros didáticos adotados pela referida escola, a saber: *Conceitos, Contextualização, Enfoque sanitário e Questões Metodológicas*.

2.1 Os PCNs enquanto uma das políticas oficiais de educação e saúde

Em face do contexto apresentado, cabe destacar o papel das políticas públicas educacionais atuais na definição do conhecimento oficial focando especificamente as ações voltadas para Educação em Saúde no espaço escolar. O artigo 210 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) coloca a obrigatoriedade da fixação de conteúdos mínimos para o Ensino Fundamental visando “a formação básica comum e respeito aos valores culturais e artísticos, nacionais e regionais”. Isto se configurou para o governo federal como uma das justificativas para a elaboração e efetivação da política curricular oficial atual, e a criação dos PCNs denota uma suposta alternativa para atender a este preceito constitucional.

A despeito da existência dos PCNs serem justificados pela demanda por conteúdos mínimos já apontados na Constituição Federal (1988) não fica claro de quem é o papel de definir tais conteúdos mínimos e nem o significado dos mesmos. Sobre isto Cury (1996) questiona:

[...] de que tamanho deve ser esse “mínimo” a fim de que a criatividade também possa transparecer nas unidades federadas e nas próprias unidades escolares. [...] qual o sujeito privilegiado do “serão fixados conteúdos mínimos [...]”, evitando-se tanto a burocratização verticalista quanto um democratismo pulverizado?

Uma questão relevante é que o governo de Fernando Henrique Cardoso decidiu elaborar parâmetros curriculares em 1995 sem que houvesse ainda as prescrições legais necessárias. Estas, por sua vez, viriam através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) que se constitui no instrumento legal fundamental para guiar o sistema educacional nacional.

A aprovação da LDB (1996) tornou obrigatória a fixação de diretrizes curriculares para o ensino básico. Tais diretrizes deveriam embasar-se nas determinações da LDB, instituindo as concepções que devem compor os projetos pedagógicos e os currículos gerados a partir dos mesmos. No entanto, ocorreram contradições nesse processo.

O Conselho Nacional de Educação (CNE), em seu parecer a respeito dos PCNs (Nº3/1997), afirmou que a elaboração dos mesmos não dispensa a necessidade de formulação de diretrizes curriculares nacionais e que os PCNs não têm caráter obrigatório representando apenas uma proposta pedagógica. Porém, neste momento, a Câmara de Educação Básica ainda não havia elaborado proposta alguma de diretriz curricular, muito embora ela também tenha sido favorável a aprovação dos PCNs.

Os autores dos PCNs referiram-se a tal documento como representando a base nacional comum, embora ainda não tivessem sido criadas as diretrizes para fixá-la:

[...] A LDB consolida a organização curricular de modo a conferir uma maior flexibilidade no trato dos componentes curriculares, reafirmando deste modo o princípio da base nacional comum (Parâmetros Curriculares Nacionais), a ser complementada por uma parte diversificada em cada sistema de ensino e escola na prática, repetindo o art. 210 da Constituição Federal (CNE, 1999a, p. 15-16).

Diante do exposto verifiquei que existe uma incoerência entre os argumentos dos elaboradores dos PCNs e os conselheiros do CNE, pois, se para estes a base nacional comum ainda não havia sido criada por não existirem as diretrizes curriculares, para aqueles os PCN são a base nacional comum.

Rocha (2001) analisou uma série de outros pareceres emitidos a respeito dos PCNs concluindo que o governo federal se colocou acima de sua própria organização legal ao iniciar a elaboração dos PCNs em 1995, um ano antes da aprovação da LDB (1996) e três anos antes da definição da Resolução nº 2 de 1998 que definiu as DCNEF.

As DCNEF referem-se a princípios, fundamentos e procedimentos a serem cumpridos na educação básica visando orientar as propostas pedagógicas escolares. Este documento preconiza uma base nacional comum acessível a todos e que se relacione com a vida cidadã e as áreas de conhecimento. Entre os diversos aspectos da vida cidadã alguns são destacados como a saúde, a sexualidade e o meio ambiente, e estes devem articular-se aos conteúdos básicos das áreas de conhecimento que fazem parte da base nacional comum (BRASIL, 1998a).

A análise das DCNEF me permitiu constatar que as ao invés de direcionar os PCNs as DCNEF são submetidas a ele em diversos aspectos como na organização da base nacional comum em áreas de conhecimento e na adoção dos conteúdos fixados nos PCNs como conteúdos mínimos das áreas de conhecimento sem ao menos explicitar o motivo desta organização curricular. Porém, tanto os PCNs quanto as DCNEF devem estar sujeitas as demandas da Lei nº 9.394, por este motivo abordo alguns aspectos da LDB a seguir.

A nova LDB foi promulgada em dezembro de 1996 e não menciona a Educação em Saúde como ocorreu na anterior. Uma primeira questão é a preocupação presente na LDB de 1996 com a formação de homens e mulheres cidadãos, a partir da idéia de que a educação possui um caráter e funções específicas, a saber:

Art. 2º A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1996).

Em relação à formação para a cidadania, estabelecida na LDB, esta pode assumir uma série de nuances de acordo com a concepção adotada. Nesta pesquisa adotei a cidadania na perspectiva de Paulo Freire como apropriação da realidade de forma que o homem possa nela atuar de maneira consciente em relação aos seus direitos e deveres enquanto sujeito histórico. Cidadania é “[...] condição de cidadão, quer dizer, com o uso de direitos e o direito de ter deveres de cidadão” (1981, p. 45). Freire (2003, p. 91) complementa estabelecendo a forma como a cidadania se materializa: “[...] é a denúncia de um presente tornando-se cada vez mais intolerável e o anúncio de um futuro a ser criado, construído política, estética e politicamente, por nós”.

A LDB reforça ainda a responsabilidade do estado com o Ensino Fundamental e indica a organização dos currículos escolares numa base nacional comum e em uma parte diversificada conforme o trecho a seguir:

Art. 26. Os currículos do ensino fundamental e médio devem ter uma base nacional comum, a ser complementada, em cada sistema de ensino e estabelecimento escolar, por uma parte diversificada, exigida pelas características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e da clientela (BRASIL, 1996).

Diante deste espaço deixado na LDB para a adequação dos currículos à realidade local fica o questionamento: Será que pela forma como tem sido conduzido o próprio sistema educacional brasileiro há, de fato, espaço para incluir temas de interesse regional?

O MEC criou mecanismos para que o currículo básico nacional se torne um guia curricular, ainda que coloque a “flexibilidade” como uma de suas principais características. Entre estes mecanismos estão o Programa Nacional do Livro Didático (PNLD)⁴⁰, o Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB)⁴¹, o Programa Parâmetros em Ação⁴² (1999b) e os Referenciais para a formação de professores.

Estes indicativos presentes na LDB de 1996 apontam a necessidade de uma formação que não se restrinja ao preparo para o mercado de trabalho, mas que abranja questões de caráter moral, que na atual conjuntura assumem a denominação de temas transversais. Estes temas não são disciplinas, mas devem ser abordados de forma transversalizada em todas as disciplinas do currículo escolar (BRASIL, 1996; 1997).

O primeiro volume dos PCNs (1997, p.64) expõe a organização do conhecimento em áreas e temas transversais e esclarece que os últimos:

[...] não constituem novas áreas, mas antes um conjunto de temas que aparecem transversalizados nas áreas definidas, isto é, permeando a concepção, os objetos, os conteúdos e as orientações didáticas de cada área, no decorrer de toda a escolaridade obrigatória.

Os PCNs surgiram de demandas registradas na Constituição Federal de 1988, no Plano Decenal de Educação para todos (1993-2003) e na LDB de 1996 que previam a necessidade do Estado elaborar parâmetros no campo curricular que orientassem as ações educativas de modo a adequá-las a democracia e ao ideal de uma melhor qualidade de ensino nas instituições escolares no país. Assim, os PCNs:

[...] constituem o primeiro nível de concretização curricular. São uma referência nacional para o ensino fundamental; estabelecem uma meta educacional para a qual devem convergir as ações políticas do Ministério da Educação e do Desporto, tais como os projetos ligados à sua competência na formação inicial e continuada de professores, à análise e compra de livros e outros materiais didáticos e à avaliação nacional. Têm como função subsidiar a elaboração ou a revisão curricular dos Estados e Municípios,

⁴⁰ Através do Decreto nº 91.542 de 1985 o Programa Nacional do Livro Didático traz mudanças significativas como: a indicação do LD pelos professores; a reutilização do LD e o aperfeiçoamento das especificações técnicas para sua produção; ampliação da oferta aos alunos das séries iniciais de escolas públicas e controle do processo decisório passa a ser responsabilidade da Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) (BRASIL, 1985).

⁴¹ O SAEB avalia alunos da 4ª e 8ª série do EF e a 3ª série do Ensino médio de todas as unidades da federação, objetivando oferecer subsídios para formulação, reformulação e monitoramento de políticas públicas contribuindo dessa maneira para a universalização do acesso e ampliação da qualidade, da equidade e da eficiência da educação brasileira (BRASIL, 2010).

⁴² Objetiva fornecer às Secretarias de Educação e escolas alternativas de estudos para a implementação dos PCN visando ser um instrumento para o desenvolvimento profissional dos professores, embasar a ação pedagógica e oferecer suporte para analisar os DCNEF (BRASIL, 1999b).

dialogando com as propostas e experiências já existentes, incentivando a discussão pedagógica interna das escolas e a elaboração de projetos educativos, assim como servir de material de reflexão para a prática de professores. (BRASIL, 1997, v.1, p.79).

O documento esclarece que os PCNs configuram o primeiro nível de concretização curricular cuja função é contribuir para a construção ou a revisão curricular estadual e municipal (que representa o segundo nível de concretização curricular); estimular o debate pedagógico intra-escolar e a organização de projetos educativos (terceiro nível de concretização curricular); além de fornecer material que auxilie a reflexão para a atuação docente, (quarto nível de concretização curricular).

Mas para que a proposta contida nos PCNs seja viável é relevante que venha acompanhada de outras ações implantadas pela política educacional que englobem a formação inicial e continuada dos professores, uma adequação das condições salariais dos professores, bem como a elaboração de uma estrutura de apoio que otimize o desenvolvimento do trabalho. Estes argumentos são apoiados também no parecer da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação (ANPED) sobre os PCNs (1996) que apontam além destas, outra questão, referente à flexibilidade e abertura que os PCNs conferem às escolas. Estas não vêm acompanhadas de indicações sobre a forma como haverá a operacionalização desta articulação em relação às propostas educativas regionais, de cada escola e de cada professor. Desta forma, é necessário que haja a definição dos papéis a serem assumidos pelas secretarias estaduais e municipais de educação e pelas instituições escolares na definição “[...] das propostas curriculares locais e sua articulação com as políticas federais de implementação dos PCNs” (ANPED, 1996, p. 88).

Fica claro no discurso do governo que os PCNs não pretendem ser uma imposição, mas um instrumento auxiliar para que os educadores brasileiros, bem como os demais sujeitos envolvidos com a educação possam direcionar as práticas pedagógicas no ambiente escolar. Porém, ao configurar o currículo mínimo que apenas posteriormente é referido nas DCNEF os PCNs adquirem um caráter obrigatório. Este é o mesmo posicionamento adotado por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (1996) que consideram que os PCNs assumem um caráter de Plano Nacional de Ensino devido às suas características.

O trecho dos PCNs a seguir esclarece que entre as finalidades da elaboração do mesmo está “[...] orientar e garantir a coerência dos investimentos no sistema educacional” (1997,

p.13). Isto quer dizer que através de programas de avaliação nacionais o governo pretende verificar de que forma irá investir na educação brasileira e para averiguar é necessário que haja um currículo nacional estabelecido que sirva de parâmetro, e os PCNs são, sem dúvida, importantes na determinação deste currículo nacional. Assim, o SAEB, por exemplo, é uma das estratégias do governo de avaliação da qualidade do ensino, que auxilia a compreender o caráter de obrigatoriedade assumido pelos PCNs. Isto fica mais evidente no texto referente ao SAEB que esclarece em quais conteúdos se baseia sua realização: “[...] as matrizes de referência do SAEB têm como base os Parâmetros Curriculares Nacionais e a nova LDB.” Desta forma, fica claro que as políticas curriculares brasileiras trabalham buscando a homogeneização curricular, e para tal engendram alternativas que vinculam avaliação de alunos, professores e escolas com incentivos financeiros e ranking educacional (BRASIL, 2010).

A respeito da proposta inicial do MEC em articular um processo democrático na elaboração dos PCNs é relevante salientar que a discussão sobre os documentos teve dois momentos essenciais: o envio sigiloso do material para educadores já selecionados que elaboraram pareceres e a execução de encontros regionais objetivando analisar e apresentar pareceres sobre o referido documento. Diante desta informação me questiono sobre os critérios utilizados pelo MEC para a seleção destes educadores, critérios estes que não foram esclarecidos. Em relação aos encontros regionais Rocha (2001) critica o fato de os mesmos terem sido pouco divulgados e terem tido baixa participação dos professores, além do fato de que os participantes do evento estavam tendo o primeiro contato com o documento. Sobre esta questão o parecer da ANPED propôs a criação de espaços coletivos nos quais educadores e pesquisadores pudessem contribuir na formulação dos referido documento.

A construção dos PCNs foi influenciada por recomendações de organismos internacionais, com destaque para a Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada em Jomtien em 1990. Na sequência, foi organizada a Semana Nacional de Educação para Todos, em 1993, gerando o *Compromisso Nacional de Educação para Todos*, balizador do *Plano Decenal de Educação para Todos* (Portaria nº 489/1993) que estabeleceu a necessidade de fixação de conteúdos mínimos numa proposta democrática que incluía a participação de representações educacionais e outras representações da sociedade.

Mas o que pude verificar é que tal aspecto democrático desse processo não destacou as contribuições do acúmulo teórico das universidades em sua elaboração, cabendo a professores

da Escola da Villa, instituição particular situada em São Paulo, a função de construir a primeira versão dos PCNs. Aliado a este fato o MEC contratou o consultor espanhol César Coll, o que gerou uma série de questionamentos entre os educadores brasileiros, como o elaborado por Cunha (1996, p. 3): “Será que a pressa dos novos dirigentes do MEC levou-os a descartar a Universidade brasileira, com seus pesquisadores tão lentos e questionadores, em proveito da rapidez e eficiência da Universidade de Barcelona?”

Em 1997 os PCNs foram lançados e enviados aos educadores, sendo que os primeiros a circularem em versão definitiva foram os designados para as quatro primeiras séries do Ensino Fundamental. O referido documento possui dez volumes: um de caráter introdutório; seis volumes destinados a expor o currículo básico nacional para as diversas áreas de conhecimento e três volumes referentes aos temas transversais.

Uma série de importantes modificações foram introduzidas pelos PCNs: a organização do Ensino Fundamental em Ciclos; a organização dos saberes escolares em áreas de conhecimento e a inserção dos temas transversais.

Os documentos referentes aos temas transversais foram organizados em duas partes: uma primeira parte em que se debate a sua necessidade a fim de que a escola cumpra sua função social, os valores que determinam o posicionamento em relação às questões que são tratadas nos temas, a justificativa e a conceitualização do tratamento transversal para os temas sociais e um documento particular para cada tema: Ética, Saúde, Meio Ambiente, Pluralidade Cultural e Orientação Sexual, escolhidos por abarcar questões sociais atuais e urgentes, consideradas de abrangência nacional e até mesmo de caráter universal.

Um ponto que considero relevante é que os fundamentos teóricos dos PCNs são embasados no construtivismo sócio-interacionista conforme trecho do documento destacado a seguir:

A orientação proposta nos Parâmetros Curriculares Nacionais reconhece a importância da participação construtiva do aluno e, ao mesmo tempo, da intervenção do professor para a aprendizagem de conteúdos que favoreçam o desenvolvimento das capacidades necessárias á formação do indivíduo. (BRASIL, 1997, p. 44).

O trecho exposto salienta que os PCNs possuem um viés psicologizante no currículo proposto em detrimento da abordagem dos fundamentos históricos, antropológicos e sociológicos. Nestas determinações o papel de Cesar Coll, enquanto elaborador de referido documento é de fundamental relevância e sobre isto Moreira nos esclarece:

Nessas pedagogias a identidade dos alunos se define, quase exclusivamente, a partir dos códigos psicológicos que parecem saber o que de fato são as crianças e os adolescentes. Acredita-se nessa perspectiva, que para bem educá-los, basta, por um lado, adaptar objetivos, conteúdos e procedimentos ao nível específico de desenvolvimento em que se situem e, por outro, organizar, formalizar e sequenciar adequadamente as atividades pedagógicas. Ou seja, são os critérios psicológicos e lógico-formais que proporcionam a chave para a escolha de conteúdos significativos e não, como se poderia supor, o poder que tais conteúdos teriam de propiciar a compreensão de processos históricos (políticos, sociais e materiais). Neste contexto, entende-se a preocupação com o como ensinar, em detrimento de considerações sobre o que ensinar, bem como a valorização da aprendizagem de destrezas e habilidades cognitivas, em detrimento dos próprios conteúdos curriculares. O modelo curricular de Coll, em resumo, prioriza os processos cognitivos do estudante e a organização dos saberes escolares (1997, p. 103-104).

Para analisar a adoção da concepção construtivista nos PCNs muito contribuem os estudos de Silva (1995, 1996, 1998) a respeito da influência desta corrente de pensamento na educação brasileira. Para o referido autor a utilização deste recurso visa conhecer para controlar os estudantes moldando suas identidades de acordo com os preceitos neoliberais para a educação. Nesse processo, os aspectos sociais, políticos e culturais das instituições escolares e dos alunos ficam em segundo plano em prol da suposta promoção da democracia e de uma visão biologizada e naturalizada da educação.

Em face do exposto anteriormente a psicologização dos PCNs gera preocupação visto que ficou evidente o pouco destaque conferido às contribuições da Sociologia da Educação, da Sociologia do Currículo, da Filosofia da Educação e dos Estudos Culturais, entre outras áreas de conhecimento neste documento. O parecer da ANPED (1996, p.89) auxilia a compreender esta assertiva:

[...] seria fundamental que houvesse um equilíbrio entre o peso conferido às várias determinações sociais, considerando-se as características psicológicas dos indivíduos como sendo em parte produzidas e ganhando sentido na interação com o ambiente e a cultura.

O paradoxo é que os elaboradores dos PCNs pretendam através unicamente da educação produzir mudanças profundas na sociedade sem considerar as relações políticas e econômicas que estão além dela reduzindo sua intervenção a uma psicologia social que tenta equiparar a democracia e a política com as relações interpessoais. Nesse sentido, destaco a contribuição de Lemme (1988) e Freire (1993, 1981) para a compreensão de que a educação

deve articular-se a mudanças de ordem política e social para efetuar de fato transformações na sociedade.

Desta forma, a opção pelo construtivismo nos PCNs ultrapassa uma opção técnica para assumir um caráter político visto que seu objetivo é configurar identidades que atendam as demandas ideológicas e econômicas do neoliberalismo.

Os PCNs assumem uma lógica neoliberal e destacam os termos qualidade e flexibilidade em sua exposição. Porém, não fica claro que concepção de qualidade é adotada, mas é possível que essa concepção possua um caráter mercantil nos PCNs. Os professores da UFRGS (1996) apontam a possibilidade de que esta escola de qualidade citada nos PCNs se refira a uma escola com baixos níveis de evasão e repetência uma vez que tais dados foram ressaltados no referido documento.

Moreira (1995) esclarece que nos PCNs houve um esvaziamento de sentido em relação ao uso do termo qualidade visto que não foi esclarecido o que a mesma representa e, ao mesmo tempo, por que esse padrão de qualidade é tido como consensual neste documento independente das peculiaridades apresentadas pelas escolas e seus alunos.

Constatei nos PCNs o destaque conferido ao termo flexibilidade inferindo que o objetivo do mesmo é incentivar uma formação polivalente na qual os trabalhadores possam estar em constante aprendizagem para uma formação continuada. Neste sentido, saliento as importantes contribuições de Santomé (1998) que analisou a relação entre a esfera econômica e a educacional e de Tedesco (1998) que verificou que as capacidades necessárias para atender as demandas do processo produtivo atual acabaram sendo as mesmas exigidas para a tão propalada cidadania e desenvolvimento pessoal. Desta forma, averigui que nos PCNs a cidadania e a competitividade assumem caráter relevante e indissociável, e isso vem indicar o motivo pelo qual a educação passa a ser alvo de maior interesse dos poderes governamentais e industriais atualmente. Tal concepção de cidadania diverge da cidadania segundo a concepção freireana, defendida nesta pesquisa.

Dentre os diversos temas transversais elencados nos PCNs a saúde assume um papel de destaque, pois a saúde é considerada um direito de todos e deve estar necessariamente incluída num projeto de desenvolvimento para os povos do campo conforme é apontado na *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. A fim de aprofundar a análise desta questão abordarei o tema a seguir (BRASIL, 2008b).

2.2 Saúde como Tema Transversal:

Entre os objetivos do ensino de saúde para o Ensino Fundamental expressos no PCNs destaca-se o de compreender a saúde como um direito de todos e entender que os condicionantes de saúde estão relacionados a questões de ordem social, econômica e cultural. Esta compreensão está inserida na concepção ampliada de saúde, que já vinha sendo defendida pelo Movimento Sanitário no Brasil e que está presente na Constituição de 1988 e na Lei orgânica do SUS. Nesse sentido, cabe destacar a definição de saúde elencada por ocasião da realização do VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986:

Em seu sentido abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986, p.12).

É possível averiguar que a saúde dentro desta concepção está ligada a uma complexidade de fatores que englobam inclusive a necessidade de uma reforma agrária, a participação da população organizada na definição das políticas públicas e a inclusão da discussão sobre os saberes populares na formação dos profissionais de saúde, fatores esses já destacados no relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 2008.

Embora os PCNs anunciem uma perspectiva de saúde como a supracitada a forma como é exposta a efetivação desta proposta no documento denota o desenvolvimento da educação em saúde numa perspectiva bancária⁴³. Neste sentido, a saúde é vista como meta a ser alcançada através de procedimentos, atitudes, valores e comportamentos incentivados pela escola nos alunos, o que denota traços da perspectiva comportamentalista⁴⁴.

Ainda em relação aos objetivos do PCNs (BRASIL, 1997, p. 101) está o de “conhecer e utilizar formas de intervenção individual e coletiva sobre os fatores desfavoráveis a saúde” em

⁴³ Mohr (2002) utiliza o termo adotado pelo educador Paulo Freire para conceituar como bancária a educação em saúde que se propõe a depositar conhecimentos na mente dos alunos carentes através da mera exposição de informações de forma descontextualizada.

⁴⁴ Está relacionado á crença de que as causas das doenças são resultantes de maus hábitos, estilo de vida e de trabalho prejudiciais á saúde. Entre os fatores que influenciam esta concepção destaca-se a preocupação com os elevados custos da saúde pública, com destaque para a assistência médico-curativa. Assim, a ES assume um caráter instrumental visando à redução dos custos com a saúde da população (ENGELMAN; FORBES, 1987).

nível individual e coletivo. Neste aspecto está inserida a ação dos sujeitos como fator indispensável no âmbito da Educação em Saúde, tanto no sentido de compreender as formas pelas quais se pode transformar a situação de saúde individual e coletiva em sua comunidade como no sentido de buscar transformações nesta dada realidade e lutar pelo direito de ter acesso a saúde e qualidade de vida.

Esta percepção de sujeito ativo na determinação de uma melhor qualidade de vida e saúde está orientada a uma concepção de educação em saúde que objetive favorecer aos cidadãos conhecimentos que viabilizem não apenas cuidar de sua saúde/doença, refletindo sobre suas causas e soluções, mas também incentivar a avaliação crítica sobre a qualidade das ações desenvolvidas. Nesse sentido, defendo a premissa de Sabóia (2003, p.76) de que a educação em saúde deve ser construída com a população e não para ela, “[...] assumindo o significado de luta junto com ela, pela sua verdadeira cidadania.”, construindo assim um projeto alternativo capaz de considerar o interesse das classes desfavorecidas. Porém, os indicativos de participação individual e coletiva presentes nos PCNs não representam a garantia de que isso de fato vá ocorrer. Para tanto, seriam necessárias, por exemplo, ações concernentes a formação dos profissionais da educação e da saúde para atuarem de forma a incentivar a participação dos sujeitos na elaboração e efetivação de uma educação em saúde articulada com a realidade de cada região e escola.

Barbosa (2007) considera em relação à saúde tal como foi abordada pelos PCNs que não é dada a ênfase necessária a transformação da concepção dos educandos no sentido de fomentar novas proposições aos problemas de saúde existentes em seu entorno. Para tanto, ressalta a necessidade de incentivar nos alunos a procura pelos serviços de saúde sempre que necessário e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação desses serviços a fim de detectar suas impossibilidades, propondo assim novas alternativas. Enquanto meio de colocar em prática os conhecimentos de saúde em favor da população a autora sugere que os educandos trabalhem num projeto de construção de uma horta com produtos que fazem parte do cardápio consumido pela comunidade local e que o produto desta horta seja encaminhado a serviços sociais da igreja local.

Entre os conteúdos do bloco “auto-conhecimento para o auto cuidado” propostos nos PCNs (BRASIL, 1997, p. 110) que abordam a saúde apenas 1 item de um total de 16 itens procura relacionar os conteúdos a serem ministrados na escola com o contexto dos alunos: “identificação dos alimentos disponíveis na comunidade e de seu valor nutricional”. Neste

caso, ainda que o professor oriente este levantamento conforme sugerido pelo documento, não existem garantias de que estes conteúdos serão problematizados, visto que este processo de problematização não é apontado no documento analisado. Isto indica que os conteúdos de saúde apontados pelo referido documento não destacam e nem problematizam o contexto das populações aos quais ele se destina, e nesta pesquisa, me refiro especificamente aos sujeitos do campo.

Além dos objetivos já citados está o de conhecer formas de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como as possibilidades de uso desses serviços (BRASIL, 1997). Levando em conta este objetivo há que se elaborar estratégias de aproximação dos alunos em relação aos serviços de saúde disponíveis em sua comunidade nos diferentes níveis (estadual, municipal e federal), de forma a vislumbrarem e discutirem as diferenças entre as ofertas e a ausência de determinadas ações dentro destes serviços. Neste sentido, existe uma série de possibilidades a serem desenvolvidas pelo professor como a realização de levantamentos dos indivíduos doentes nas famílias dos alunos e dos serviços de saúde aos quais os mesmos tiveram acesso, e também visitas aos estabelecimentos de saúde da comunidade e a participação dos educandos em serviços públicos de esporte e lazer

Entre os conteúdos indicados nos PCNs - tema transversal saúde (BRASIL, 1997, p. 109) para serem desenvolvidos em sala de aula: “identificação, no próprio corpo, da localização e da função simplificada dos principais órgãos e aparelhos [...]” e “adoção de postura física adequada”. Estes conteúdos apontam a preocupação em ensinar práticas saudáveis a partir do reconhecimento das diferentes partes do corpo, mas o referido documento não esclarece de que forma o professor poderá desenvolver estes temas de forma articulada ao contexto dos alunos, e, portanto, considerando a saúde como um processo dinâmico que é influenciado por múltiplos fatores. Nesse sentido, verifico que os PCNs adotam a visão de saúde enquanto estado⁴⁵, numa perspectiva estática, o que não basta para dar conta das particularidades da saúde dos povos do campo. É necessário que as práticas de Educação em Saúde nas escolas do campo considerem a saúde como uma dinâmica permanente de busca do equilíbrio de diversos fatores que condicionam a saúde: aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais. Neste contexto, se destacam as ações de sujeitos

⁴⁵ Refere-se ao conceito de saúde como estado de bem-estar social, corporal, espiritual e social elencado pela Organização Mundial de Saúde e que é criticado como sendo de caráter estático e abstrato, representando, porém, um salto importante para a construção de uma definição de saúde que, antes considerava a saúde como determinada unicamente por fatores biológicos, e passou a considerar aspectos diversos do contexto de cada sociedade.

diante de diversas situações, sejam elas positivas ou negativas para sua saúde, num enfrentamento saudável do processo saúde-doença. Vasconcelos (2001) refere-se à educação em saúde como parte de um projeto de libertação, de autonomia e de co-gestão, num processo que visa à construção de sujeitos sociais capazes de compreender seu lugar na comunidade e na família em face dos desafios inerentes a busca da qualidade de vida e saúde.

Em relação aos temas transversais que abordam a saúde existem contradições nos termos utilizados, pois enquanto os objetivos do referido documento indicam tendências críticas na execução das práticas de Educação em Saúde há com frequência referências ao termo “Educação para a Saúde” que se configura em uma corrente de educação em saúde distante de tais objetivos. Sabóia (2003, p. 85) esclarece que a “Educação para a saúde” foi uma expressão bastante usada no contexto brasileiro e este enunciado se orienta “[...] no sentido de reforçar a submissão a determinadas ordens, para que os clientes possam usufruir de boa saúde” configurando uma face impositiva da educação em saúde. Acreditava-se que cada pessoa é responsável por seu estado de saúde e o foco central de intervenção deveria ser a mudança de comportamento em relação ao seu estilo de vida e de trabalho como única forma viável de modificar a situação precária de saúde que os sujeitos se deparavam no Brasil.

A “Educação para saúde” foi uma concepção construída a partir da necessidade de diminuir os gastos da saúde pública e, ao mesmo tempo, garantir que a mão de obra que sustenta o mercado continue saudável e produtiva. Isso gerou um processo de culpabilização do sujeito, onde o mesmo se torna o único culpado por seus problemas de saúde e responsável pela sua própria qualidade de vida e saúde. Tal concepção descarta a possibilidade de analisar outros fatores que influenciam a saúde da população, como os sociais, culturais, políticos e econômicos e segundo Sabóia (2003) objetiva a formação de sujeitos ágeis, produtivos, obedientes e dóceis incapazes de refletir e criticar sua situação de saúde. A autora aponta que mesmo com saltos significativos na concepção de educação em saúde para uma perspectiva mais ampla ainda predomina na prática dos profissionais envolvidos na execução da mesma a concepção de educação para saúde ou concepção tradicional de educação em saúde.

Este impasse em relação ao uso da nomenclatura pode indicar a necessidade de aprofundar as discussões referentes à elaboração de políticas públicas que estejam mais embasadas teoricamente, mas não invalida a importância do PCNs para orientar as práticas educativas em saúde no espaço escolar e o destaque conferido à educação em saúde no

referido documento. Fica claro, porém, que a despeito de um discurso atualizado em que se defende a saúde numa concepção ampliada, a perspectiva adotada para a educação em saúde nos PCNs é tradicional.

Diante do exposto discordo da assertiva de Barbosa (2007) que afirma que os temas transversais possuem o papel de lente teórica mais crítica para os educadores. Entendo que os PCNs se apropriam de elementos da educação em saúde bancária ou tradicional e mesclam com características de uma concepção de educação em saúde supostamente libertadora, para mostrarem-se atualizados em relação ao que as diferentes concepções de educação em saúde têm de melhor. Mas o que de fato ocorre é que esse discurso destaca uma visão pragmática e destituída de criticidade onde “a educação para a saúde só será efetivamente contemplada se puder mobilizar para as necessárias mudanças na busca de uma vida saudável. Para isso, os valores e a aquisição de hábitos e atitudes constituem as dimensões mais importantes” (BRASIL, 1997, p. 264, grifo do autor).

Em face desse quadro os professores possuem um importante papel de resistir às imposições e buscar embasar sua prática pedagógica numa educação libertadora, na qual os conteúdos sejam problematizados e adequados a realidade da escola onde atuam. A educação participante e problematizadora pensada por Freire (1975) é a mesma desejada pelos educadores comprometidos com uma educação que fortaleça, humanize e liberte. E mesmo que a conjuntura da sociedade, do Brasil, da Amazônia paraense, possua em cada época suas especificidades há preceitos perenes a observar: que todo o conhecimento trabalhado em sala seja problematizado, alcançando, desta forma uma síntese entre os saberes do educando e do educador, síntese esta formada através do diálogo (FREIRE, 1975).

Mas para viabilizar a efetivação de práticas educativas em saúde numa perspectiva crítica são necessárias muitas modificações na estrutura do sistema escolar e, alguns pesquisadores têm apontado a problemática que envolve tais mudanças.

Barreto (2008) realizou uma pesquisa com 257 professores das seis secretarias executivas regionais de Fortaleza e chegou aos seguintes resultados: 80% dos professores afirmaram que a saúde é um completo estado de bem estar físico e mental; 43,6% deles consideram o trabalho com a saúde importante na escola para promover a cidadania e a qualidade de vida; 64,2% já estudaram sobre o tema saúde em sua formação dos quais 47,9% não acharam as informações recebidas satisfatórias; 65% dos educadores não se sentem preparado para trabalhar com o tema saúde apesar de os PCNs serem conhecidos por 80,9%

deles e de 76,7% terem conhecimento de que a saúde é abordada neste documento. Para eles, entre os principais motivos do despreparo para trabalhar o referido tema estão: a falta de conhecimento (29,6%), a falta de material didático adequado (28,8%) e a ausência de uma capacitação específica (33,1%).

Fernandes (2005) também obteve resultados semelhantes ao analisar as concepções sobre saúde entre professores do Ensino Fundamental em Natal e constatar que 40% dos educadores afirmam não estar preparados para trabalhar os conteúdos de saúde em sala apesar de 77% terem recebido conhecimentos de saúde em sua formação. Os educadores também indicaram déficit nos materiais didáticos (40%) e superficialidade das informações recebidas em sua formação (50%) como fatores que condicionam a problemática apontada.

Já em relação à concepção de saúde dos estudantes do Ensino Fundamental Lima e Parrila (2006) observaram a tendência à adoção de uma visão multidimensional de saúde em todos os discursos analisados onde a maioria dos alunos associa a dimensão biológica-preventiva⁴⁶ de saúde com aspectos afetivos⁴⁷ e sociais⁴⁸. Mas é importante ressaltar que dentre estes aspectos a questão biológica-preventiva foi a mais enfatizada, denotando ainda forte influência da concepção tradicional de saúde.

Compreendo que a escola, diante deste novo contexto, deve superar a visão de transmissora de informações para uma problematizadora de conhecimentos, incentivando os questionamentos, o incentivo à pesquisa e pela sensibilização de seus alunos a respeito das questões relacionadas à saúde individual e coletiva. Em relação a esta questão o ponto de partida para trabalhar com o ensino do tema saúde na escola deve ser baseado nas necessidades de saúde da comunidade onde a escola se encontra, indicando que o trabalho com a saúde adquire complexidade e particularidades em cada espaço escolar e em cada região onde é desenvolvido. A tarefa de trabalhar tais conteúdos de saúde deve englobar todos os educadores e demais atores sociais que estão envolvidos na escola.

Analisando como a saúde é abordada nos PCNs verifico que este devia ser um dos eixos integradores das diferentes áreas de conhecimento curricular em íntima relação com a realidade numa sincronia entre as áreas e o tema transversal. Entretanto, a idéia vinculada no

⁴⁶ Tal dimensão refere-se à discussão de fatores como a higiene, a vacinação, a prevenção e cura de doenças, a gravidez na adolescência, aos hábitos alimentares e a atividade física.

⁴⁷ Relaciona-se a alegria e bom humor associados à ausência de doenças e a influência do estado emocional sobre a saúde.

⁴⁸ Refere-se a temas como violência nos esportes, causas e consequência do uso de drogas, cuidados na coleta de lixo, preservação do espaço escolar e necessidades de melhorar condições de vida e saneamento.

documento é a de que cada professor deve abordar os temas transversais em suas respectivas disciplinas, o que é muito diferente de incentivar que cada área de conhecimento preste sua colaboração para a compreensão de determinado tema.

Autores como Macedo (1998) preconizam que nos PCNs ao invés de a opção e a estruturação dos conhecimentos serem embasados nos temas transversais, são os documentos referentes às áreas que fornecem as orientações e a organização dos conteúdos dentro de cada área. Assim, nessa lógica interna das disciplinas os temas transversais são apenas inseridos nas áreas de conhecimento a eles relacionadas.

Estas assertivas me fazem refletir sobre o caráter interdisciplinar da educação em saúde, uma vez que “[...] os fenômenos relacionados à saúde ultrapassam a possibilidade de análise por uma única disciplina” (MOHR, 2002, p.223). Porém, o que tem ocorrido é que os temas de saúde são tratados de maneira isolada nos capítulos finais do livro didático de ciências, como referido por Mohr (1994) ao encontrar o mesmo resultado em 65% dos Livros Didáticos do Ensino Fundamental distribuídos pelo MEC no Rio de Janeiro.

Esta forte disciplinarização presente nos PCNs atende a recomendações do Banco Mundial e é apoiada por autores como Mello (1995). Em contraponto, Moreira e Silva (1994) defendem que tal opção pode limitar a adequação dos conteúdos à realidade de cada instituição escolar, incorrendo também no risco de sacralizar tais disciplinas tradicionais como as únicas aceitáveis.

Desta forma, a análise dos PCNs, especificamente em relação à abordagem da saúde, me permitiu verificar que a despeito de a saúde existir enquanto temas transversal que deveria ser abordados transversalmente durante o processo de ensino-aprendizagem acaba limitando-se a uma lógica disciplinar, fragmentada e compartimentalizada dos conteúdos. A abordagem adotada pelos PCNs, longe de ser desinteressada, reflete uma opção política que destaca a mudança de comportamentos e hábitos como principal objetivo das práticas de educação em saúde em detrimento da problematização dos conteúdos propostos no contexto de cada escola e de cada localidade. Assim, identifiquei traços da concepção multicausal de saúde, porém, a concepção unicausal de saúde foi predominante no referido documento.

Outro ponto relevante na análise deste documento é o silenciamento que nele está presente em relação ao contexto das populações do campo. Não foram encontrados elementos que indiquem a necessidade de problematizar e destacar fatores inerentes a saúde dos sujeitos do campo.

Uma vez expostas as principais características da saúde enquanto conteúdo dos temas transversais presentes nos PCNs me proponho a explorar alguns aspectos do contexto que envolve a educação e saúde no município de Marapanim, enfocando as peculiaridades da comunidade Livramento na qual está situada a Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães onde a presente pesquisa foi aplicada.

2.3 Marapanim, mergulhando em seu contexto:

O Município de Marapanim faz parte da mesorregião do nordeste paraense e da microrregião Salgado. Seus limites são o Oceano Atlântico ao Norte, os municípios de Magalhães Barata e Maracanã a Leste, os municípios de São Francisco do Pará e Igarapé-Açu ao Sul e os municípios de Curuçá e de Terra Alta a Oeste.

Marapanim possui cerca de 799 km² e uma população de 26.651 pessoas, divididas em 9.256 moradores urbanos e 17.395 moradores rurais. Este município originou-se no século XVII com a fundação da fazenda Bom Intento na região do Salgado Paraense pelos padres jesuítas com fins de evangelismo. Tal fazenda foi posteriormente confiscada pela Lei Pombalina de 1755 sendo entregue ao padre José Maria do Valle que destinou uma parte desta fazenda para a criação da Freguesia do Bom Intento (BRASIL, 2008e).

Após a Independência em 1833 o conselho da Província reestruturou o Pará e a freguesia do Bom Intento, pertencente à Vila de Cintra (atual município de Maracanã), já apresentava moradores em 1850 sendo elevada à categoria de Freguesia através da Lei nº 610 de 21 de outubro em 1869. Por determinação da Lei nº 802 de 4 de março de 1874 este povoado passou a ser considerado município com a instalação efetiva de Marapanim enquanto município no ano de 1877. Marapanim ganhou os foros de cidade em 6 de julho de 1878 através da Lei nº 324 (BRASIL, 2008e).

Muitas mudanças ocorreram ao longo do tempo, em 1930 o município foi extinto pelo decreto nº 78 de 27 de dezembro passando a ser anexado a Curuçá, porém, o decreto nº 111 invalidou tal extinção um mês depois. Em 31 de outubro de 1938 o decreto nº 3.131 adicionou o distrito de Monte Alegre de Maú a Marapanim e em 1961 o município perdeu o distrito de

Cuinarana, parte de Marudá e do povoado de Cafezal através da Lei nº 2.460 de 29 de dezembro, o que contribuiu para a origem do município de Magalhães Barata (BRASIL, 2008e).

A partir de 1989 o município de Marapanim passou a ter 4 distritos: Marapanim (sede municipal), Marudá, Matapiquara e Monte Alegre do Maú. O nome de Marapanim originou-se da língua Nheengatu e significa “borboletinhas da água” ou “borboletinhas do mar” e era a forma como os índios chamavam um rio da região que possuía em suas margens muitas borboletas sobrevoando (BRASIL, 2008e).

Em relação à cultura local destacam-se as festas de São Sebastião, ocorrida em 20 de janeiro, e de Nossa Senhora das Vitórias (padroeira da cidade), homenageada no Círio realizado no primeiro domingo de agosto seguido de mais 8 dias de comemorações. A festa de São Benedito, por sua vez, vai de 16 de dezembro a 6 de janeiro e o Círio da Nossa Senhora da Conceição ocorre em dezembro em Marudá e em Matapiquara é realizado o Círio de Santa Luzia (BRASIL, 2008e).

Os eventos da cultura popular que ocorrem simultaneamente aos eventos religiosos são a celebração de Reis e de São Sebastião, ocasiões nas quais grupos de Carimbó se apresentam na cidade. O Encontro Anual de Carimbó e Cultura Popular ocorre em julho dele fazendo parte a Alvorada Festiva⁴⁹, além de apresentações de grupos infantis, femininos e juninos como Os Brasas, Borboletas do Mar, Os pioneiros, Carimbó da Roça, Boi Rei da fazenda, Cordão de Faisão, Pau de fita e o Cordão da dança do Bagre. A produção artesanal de Marapanim, por sua vez, é voltada a fabricação de utensílios de pesca além de confecções em couro de boi (CASTRO, 2000).

O solo característico da região é o Latossolo amarelo, solos Concrecionários laterísticos, Solos Aluviais e solos de Mangue. Existem 44.492 hectares de mata e floresta e 7.560 hectares de pastagem natural. A vegetação, por sua vez, possui vestígios de Mata Latifoliada secundária, capoeiras e manguezais. O principal rio é o Marapanim que deságua na bacia de Marapanim. O clima é equatorial e apresenta temperaturas médias de 27°C. Os primeiros meses do ano são chuvosos e o mês de julho é o mais quente do ano (BRASIL, 2008e).

⁴⁹ Abertura do Encontro Anual de Carimbó e Cultura Popular com apresentação da banda musical local “Progresso Marudaense”.

Em pesquisa realizada em Marudá, região praiana do município de Marapanim, Júnior (2008) atestou a polivalência do pescador que ocorre, apesar da exclusividade pesqueira, quando eles mesclam a pesca com diversas ocupações, como uma agricultura incipiente somada às atividades de carpinteiro, pedreiro, caseiro. Além destas também há a coleta de crustáceos e moluscos e a utilização de terrenos pertencentes à família, que em geral, residem nas localidades de Câmara, Bacuriteua, Porto Alegre e Recreio para fins de plantio. Percebe-se que o sistema de produção familiar do pescador é feito no mar e também na terra. Nessas ações é possível observar a participação da família que é acionada com intuito de diminuir os gastos e, principalmente, por ser uma alternativa para amenizar as dificuldades cotidianas.

O plantio da mandioca (*Manihot esculenta*, Crantz) destaca-se na atividade agrícola, principalmente para o fabrico de farinha, presença constante na dieta alimentar para acompanhar o peixe cozido ou frito. Em todas as atividades já citadas a composição do parentesco é uma das estratégias para produção familiar pesqueira somada a outras complementares como a agricultura e a coleta, conferindo-lhe características de campesinidade (BIORN, 1997; LEITÃO; MANESCHY, 1996).

Entre os produtores de lavoura permanente as maiores produções registradas foram: 13.000 toneladas de mandioca, 4.646 toneladas de abacaxi e 3.900 toneladas de melancia no ano de 2006. Já em relação às atividades de pecuária na região foram identificados em maior número galinhas (6.970) e bovinos (4.035). A lavoura permanente produziu predominantemente laranja (1.560 toneladas) e côco da baía (600 toneladas) e em relação ao extrativismo vegetal destaca-se o açaí com 1.541 toneladas (BRASIL, 2006e).

Na comunidade Livramento, localizada no referido município, existem aproximadamente 30 famílias cuja produção agrícola privilegia as hortas de quiabo, cheiro verde, couve, alface, tomate e pepino, que rendem em média oito toneladas por hectare, destacando-se a mandioca cuja produção é de aproximadamente 10 toneladas por hectare⁵⁰. Além dos elementos já citados destaca-se o extrativismo local que inclui cupuaçu e açaí, e a confecção de produtos artesanais.

Os setores de atividade econômica que mais concentram estoque de empregos formais no município são a Administração Pública com 816 vagas de emprego e o comércio com 82 vagas (BRASIL, 2008e).

⁵⁰ Informações cedidas por Sadraque, Técnico agropecuário da Empresa de Assistência Técnica e Extensão rural do Pará de Marapanim (EMATER).

O abastecimento de água pela rede pública atinge 63,76% dos domicílios, 57,72% da água consumida nos domicílios não recebe nenhum tratamento, a energia elétrica chega a 85,19% das famílias, a coleta pública de lixo ocorre em apenas 15,86% dos domicílios e o sistema de esgoto cobre apenas 0,17% das casas. Interessante a discrepância entre as condições precárias de saneamento básico e da coleta pública de lixo, por exemplo, comparadas às taxas quase insignificantes de incidência de patologias como a Malária (0,19%), a Tuberculose com 32 casos e a Hanseníase com 55 casos. Tais patologias estão relacionadas às condições de vida da população e possuem altas incidências na região Norte, embora isso pareça não ocorrer no referido município (BRASIL, 2006e, 2009b).

Em contraste, existem patologias com uma elevada incidência, a saber: 7.373 hipertensos cadastrados, 3.642 casos de Diabetes cadastrados e 468 casos de diarreia em crianças com menos de 2 anos⁵¹. Apenas 36,9% da população têm acesso ao atendimento da Equipe Saúde da Família⁵² e o coeficiente de mortalidade infantil é de 14,9 %. A partir de tais dados surge o questionamento a respeito da eficiência do sistema de informação do referido município, é possível que os profissionais cuja função é de identificar e notificar tais casos não estejam adequadamente qualificados, ou estejam em menor número do que deveriam. Tal problema aponta possibilidades para outras investigações (BRASIL, 2006d, 2009b).

Na comunidade Livramento a Agente Comunitária de Saúde, Mara, não pôde disponibilizar a incidência das patologias, porém indicou como de maior ocorrência a “*Diarreia, malária, Doenças Sexualmente Transmissíveis, hepatite B, tuberculose, diabetes, hipertensão, hepatite B*” e entre as crianças de 0 a 13 anos verificou “[...] *problemas relacionados à falta de higiene. Nesses aparecem cobreiro⁵³, bicheiro⁵⁴, devido aos famosos parasitas*”. A dificuldade para ter acesso aos dados de saúde do município e, mais particularmente, da comunidade onde se deu o estudo possivelmente reflete falhas na

⁵¹ Dados de saúde de Marapanim referentes aos meses de janeiro a agosto de 2009.

⁵² A ESF representa um novo modelo de assistência que busca desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde que realizam o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível da atenção primária. Cada equipe da ESF tem em média: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde numa proporção média de um agente para 150 a 200 famílias (MS, 2001).

⁵³ O herpes zoster, popularmente conhecido como cobreiro, é uma doença viral causada pelo *Varicella-zoster virus*, o mesmo vírus causador da varicela (catapora). A doença atinge os nervos e a pele e seu surgimento pode ser um indicativo de uma baixa da imunidade.

⁵⁴ A larva migrans cutânea, conhecida popularmente como bicho geográfico ou bicheiro, é causada pela penetração de larvas de parasitas intestinais de cães e gatos na pele humana, principalmente o *Ancylostoma brasiliensis*.

comunicação que ocorre entre o Agente Comunitário de Saúde, a comunidade e o sistema de saúde. A respeito desta questão o líder comunitário da localidade, Marcos, esclarece:

As pessoas daqui sempre dizem que precisamos de um posto de saúde na comunidade e que a nossa ACS não está conseguindo fazer bem o seu trabalho. Ela não nos ajuda, não orienta, não se esforça pra marcar as consultas, enfim, eu acho que ela não se comunica com a gente. Deviam vir ver aqui esse problema, preparar melhor essas pessoas que mechem com a nossa saúde (MARCOS).

Essa falha na comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde é um dos fatores que contribui para perpetuar o ciclo de precariedade da saúde da população. Teixeira (2001) critica o fato de os programas de atenção e educação em saúde dos serviços e unidades serem elaborados sem considerar a multiplicidade existente no “caldo cultural do cotidiano da vida nas comunidades” (p. 101). Desta forma, é inviabilizada a possibilidade de diálogo entre serviços, unidades e comunidades.

A partir do relato de Marcos percebo que a liderança da comunidade identifica a relevância da atuação dos profissionais de saúde em conjunto para uma melhor qualidade de vida da população, e que a formação ofertada a esses profissionais tem um papel fundamental nesse processo. Além destes problemas, Marcos destacou questões de infra-estrutura e escassez de profissionais da saúde atuantes na localidade:

[...] temos poucos profissionais de saúde para atender na comunidade, não temos infra-estrutura e não é feito um trabalho preventivo do ACS, acho que é por que o ACS daqui não teve uma boa formação. A maioria das pessoas daqui tem acesso ao atendimento de saúde, porém este atendimento não é completo, não tem todos os serviços. A ESF vem aqui uma vez por semana e a maioria das pessoas daqui são atendidas, mas em condições ruins por que precisamos de uma UBS que tenha pelo menos um espaço para os médicos trabalharem, fazerem exames de rotina, avaliarem as pessoas. Tem também uma ambulância da prefeitura que leva as pessoas das comunidades para Marapanim, Castanhal ou Belém, dependendo da gravidade da situação. Em Marapanim só tem UBS, qualquer atendimento mais especializado tem que ser em Castanhal ou Belém. O problema é que só querem levar alguém daqui pra Belém, por exemplo, se já existir alguém em Belém hospitalizado e que precise retornar pra cá (MARCOS).

O relato destaca a compreensão de que o caráter do atendimento de saúde na comunidade restringe-se à atenção primária, ou seja, os procedimentos de maior complexidade como exames específicos, atendimento especializado e internação inexistem no Município. Isto faz com que haja um sistema de referência onde os pacientes que necessitam destes procedimentos são encaminhados à hospitais existentes em outras cidades, mas isto não

se dá sem uma “negociação” e acaba resultando em atraso no acesso a estes atendimentos e prejuízo para a saúde da comunidade. Mas estes problemas geram na comunidade debates em busca de soluções que, para isso, inicialmente recorrem ao poder público e pelo fato de não ser atendidos em suas solicitações engendram soluções de forma criativa na tentativa de melhorar sua qualidade de vida e saúde. Um exemplo disto encontra-se no relato de Marcos:

Nós aqui da comunidade já conversamos com a prefeitura pedindo um posto de saúde. A prefeitura nos pediu um projeto, nós já enviamos e o orçamento para a construção foi aprovado em setembro de 2008, mas até agora nada foi feito. Enquanto isso eu tomei a iniciativa de oferecer uma sala da igreja para os médicos que vem aqui uma vez por semana consultarem as pessoas, por que muita gente tem vergonha de falar com o médico na frente de terceiros. Não é o ideal, mas é o que agente tem nesse momento. Eu mandei pintar as paredes e coloquei uma mesa na sala. Os atendimentos devem começar lá muito em breve. A sala é na igreja onde eu sou obreiro (MARCOS).

Na ausência de um sistema de saúde que seja efetivo em suas proposições a comunidade passa a contar com o apoio de uma igreja local para a utilização de uma sala que funcionaria como uma Unidade Básica de Saúde. Tal fato indica a tentativa destes sujeitos de elaborar estratégias e soluções para entraves que afetam suas vidas. Minayo (2007) aponta que as comunidades possuem um modo específico de se relacionar com a medicina oficial, que é considerado uma forma de resistência. Por um lado, reivindicam tratamento no sistema oficial, e por outro, recriam opções de representação de sua saúde e da relação desta com o mundo.

Em face do anteriormente exposto me propus a enveredar no espaço escolar local a fim de compreender como a saúde é conceituada e trabalhada na única escola pública existente nesta comunidade.

2.4 A escola municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental Professora Carmem Rêbello Magalhães

Em relação à educação um ponto relevante em Marapanim é a predominância das iniciativas municipais com 53 escolas de Ensino Fundamental das quais todas são municipais, totalizando 3.833 alunos matriculados nas séries iniciais. Os dados também apontam que a educação formal em Marapanim ocorre predominantemente no campo. Do total de escolas do município 46 localizam-se na área rural e 7 na urbana. A concentração de turmas é maior na área rural (275) em relação à área urbana (123) e a de professores também totalizando 284 professores atuantes na área rural e 106 professores atuantes na urbana. Entre as 53 escolas do município 39 são multisseriadas com 41 turmas e 830 alunos matriculados (MARAPANIM, 2008, 2009).

Apesar de o maior número de alunos, professores, escolas e turmas localizarem-se na área rural a infra-estrutura é melhor na área urbana como mostram os dados a seguir: 97 salas de aula localizam-se nas escolas do campo e 44 salas nas escolas urbanas; as três bibliotecas e as duas quadras de esportes destinadas aos alunos do Ensino Fundamental estão localizadas nas escolas urbanas; 34,37% das escolas multisseriadas não tem acesso à água encanada e 37,32% das escolas multisseriadas não possuem energia elétrica pública (MARAPANIM, 2008).

Marapanim está entre os três mil municípios do Brasil com o menor Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) nos anos iniciais do Ensino Fundamental ocupando a posição nº 79 entre os municípios da Amazônia paraense com a pontuação 2,7. Entre os educandos do Ensino Fundamental a taxa de rendimento escolar é de 20,06% de reprovação e 14,6% de evasão. Especificamente na Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães⁵⁵, a taxa de reprovação é de 30% entre os alunos do Ensino Fundamental e 60% deles ainda não foram alfabetizados. Diante de tais dados me questiono sobre os fatores que colaboram para que a taxa de reprovação, por exemplo, seja maior em uma escola multisseriada do município em relação à média das demais escolas (BRASIL, 2007i; MARAPANIM, 2008).

⁵⁵ Os dados referentes a esta escola foram cedidos em depoimento pela coordenação, pois ainda não se encontravam tabulados e publicados pela SEMEC do município.

O coordenador pedagógico que atua auxiliando algumas escolas multisseriadas do município, inclusive a Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães, atribui este problema a falhas na formação dos professores da referida escola, a falta de acompanhamento das famílias dos alunos e a déficits estruturais da escola como a falta de uma biblioteca (informação verbal)⁵⁶.

A Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães está localizada no município de Marapanim, na comunidade Livramento, e foi inaugurada em 1970 pelo prefeito Fernando Magalhães sendo reinaugurada em um novo prédio em 31 de julho de 1999. A escola conta com duas turmas multisseriadas: uma de Educação infantil que abriga Maternal, Jardim I e Jardim II e outra que inclui a terceira e quarta série do Ensino Fundamental. A Educação Infantil conta com vinte alunos e o Ensino Fundamental possui vinte e dois alunos. A classe multisseriada de Ensino Fundamental funciona das quinze às dezenove horas e possui alunos de diversas comunidades do município de Marapanim: Livramento, Novo Horizonte e Amanhuteua (informação verbal)⁵⁷.

Sobre o surgimento da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães destacam-se as informações de Lola, ex-aluna e moradora da comunidade, que possui dois netos e dois filhos estudando na referida escola, e atualmente trabalha lá como merendeira:

Eu comecei a estudar aqui na escola assim que inaugurou entre 1970 a 1976. Eu fiz a 1^a, 3^a e 4^a séries. Na época a escola só tinha uma sala, uma copa pequena e uma varanda. Até hoje ela continua assim. Na realidade eu comecei a estudar numa casa e quando a escola foi construída nos mudamos pra lá e só funcionava em um horário. Na sala havia alunos de 1^a a 4^a séries e era apenas uma professora pra todas as séries (...) ela só estudou até a 4^a série. Na época também não tinha servente, coordenadora. A professora era responsável pela turma, pela escola e ainda fazia a merenda. Ela trabalhou aqui por uns 10 anos, depois ela saiu e entrou outros professores e tudo foi mudando (LOLA).

Identifiquei na concepção da moradora que as condições as quais os primeiros alunos da referida escola estavam submetidos eram muito mais precárias e que houve evolução na infra-estrutura e na qualidade da formação dos educadores. Sobre o surgimento da comunidade, da escola e sua posterior reforma, acrescenta:

⁵⁶ Estes dados foram cedidos em conversa informal pelo coordenador pedagógico que assessora 4 comunidades de Marapanim, incluindo a comunidade Livramento.

⁵⁷ Informações cedidas pela professora Maria Madalena, coordenadora pedagógica da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães.

A professora nos falou que as pessoas vieram de uma fazenda, um sítio e vieram se instalar aqui. Na época essa comunidade ficava em um local chamado Caju. As primeiras pessoas a chegar aqui foram meu pai e meu tio. Daí as pessoas foram se mudando e foi crescendo o lugar. Logo no começo só havia pescadores. Eu não lembro muito bem, pois era pequena. Aqui não tinha energia, água encanada, a água usada vinha dos igarapés ou de um poço que ficava na escola. (...) A reforma na escola foi feita em 1999 (...) porque a escola anterior alagava no inverno e ficava sem aula durante todo o período. Então o prefeito junto com um vereador veio aqui em Marudá e a comunidade pediu uma escola e a escola foi construída (LOLA).

Observa-se que no início a comunidade era composta prioritariamente de pescadores, e que não havia as mínimas condições de infra-estrutura, embora a escola já existisse. Na fala da moradora é notável a importância que a escola tem para a comunidade, visto que em face dos empecilhos enfrentados em relação à infra-estruturas da mesma foram feitas solicitações ao poder público para a resolução do problema. Ela aborda o problema da infra-estrutura com bastante ênfase, dando a entender que a solução para os problemas da escola se restringe prioritariamente a este tópico:

Nessa época tinha cadeira pros alunos sentarem, mas não eram como as de hoje. Agente não recebia livro e nem caderno tinha. Usávamos folhas pra fazer o caderno. Era muito difícil, eu só não terminei os estudos porque precisava trabalhar. Hoje as pessoas não estudam porque não querem, pois a escola oferece livros, merenda e ônibus escolar (LOLA).

Para a moradora Lola uma vez que hoje a escola oferece livros, merenda e ônibus, o único motivo que o aluno tem para não estudar é não querer estudar, embora ela mesma tenha afirmado que não terminou os estudos por fatores de ordem econômica, por que tinha que trabalhar para ajudar a família. Fica evidente que existe uma íntima relação entre a educação e as condições sócio-econômicas dos alunos e de suas famílias.

Sobre o método utilizado na escola ela exemplifica “(...) era o tempo de castigo em cima do milho, puxão de orelha (...) da reguáda.” Apesar de tudo isso ela diz que aprendeu muitas coisas importantes como ler, mas que a saúde não era um tema muito explorado e associa estes conteúdos como sendo tratados de forma isolada na disciplina de Ciências. “Tínhamos a disciplina Ciências, mas a professora não ensinava como é ensinado hoje.” Desta fala nos surgiu um questionamento: Será que os temas de saúde ainda são tratados nesta escola de forma estanque e restrita a disciplina de Ciências? Desta forma, me propus a aplicar e analisar as entrevistas dos atores sociais da referida escola, bem como analisar os livros didáticos nela adotados a seguir.

2.5 Os temas de saúde na vida e na escola da comunidade Livramento

Para compreender a concepção de saúde e a forma como os temas de saúde estão presentes na vida dos professores da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães, bem como dos alunos, de seus pais, da liderança comunitária e da Agente Comunitária de Saúde me propus a analisar as 28 entrevistas realizadas segundo os seguintes eixos: *Na vida com saúde*; *Saúde na escola* (o que quero aprender e o que já sei; o que meu filho precisa aprender e aprende; o que ensino aos meus alunos e como faço isso); e *Da escola para a vida*.

Eixo: Na Vida com Saúde

O eixo *Na vida com saúde* refere-se à concepção de saúde referida pelos alunos e pelas professoras nas entrevistas. Foram entrevistadas duas professoras, a saber: Sara, a regente da turma e Rute, a professora de educação física.

Ao questionar as professoras Sara e Ruth sobre “o que você entende por saúde?” obtive as seguintes respostas: “*é estar com o corpo e a mente saudável, sem doenças*” (SARA), “*é você ser limpo, é se alimentar direito, é ter a higiene do corpo*” (RUTE).

A partir destes relatos pude identificar que as duas educadoras possuem visões unicasais de saúde, onde são considerados predominantemente os aspectos biológicos como determinantes do estado de saúde dos sujeitos. Nesta perspectiva são sobrevalorizados os cuidados individuais que o sujeito deve ter para conservar sua saúde, traduzindo uma visão comportamentalista e culpabilizando as pessoas pela manutenção de sua saúde e não a diversidade de aspectos sociais e políticos que influenciam a qualidade de vida e saúde da população. Minayo (2007) nos esclarece que a doença, percebida enquanto responsabilidade do próprio indivíduo, é compreendida enquanto um processo que não revela sua relação com questões sociais. Tais representações de saúde e doença supõem que a sociedade é estável e que pode ser controlada pela vontade pessoal.

O depoimento da professora Sara salienta a saúde como um estado “é estar com o corpo e a mente saudável, sem doenças”. Este conceito, segundo Scliar (2007), é defendido pela Organização Mundial de Saúde e criticado por diversos pesquisadores da área por enfocar a saúde como sendo um estado estático, isolado e inatingível e mesmo como estratégia política para que o governo interfira na vida dos sujeitos. Por outro lado, o conceito de saúde enquanto um estado considera o aspecto psicológico além de questões meramente biológicas do indivíduo como determinantes da qualidade de vida e saúde e, nesse sentido, representa um importante avanço. Ainda assim, esta perspectiva está distante da concepção ampliada de saúde que inclui os múltiplos fatores que influenciam a saúde dos sujeitos.

Além disso, Sara inclui em sua fala uma característica de quem tem saúde: é estar “sem doenças”. A *saúde como ausência de doenças*, ou definição naturalista de saúde, foi um conceito cunhado por Christopher Boorse em 1977 como um contraponto ao conceito de *saúde como estado* cunhado pela Organização Mundial de Saúde. Isso demonstra a pouca clareza que a professora possui sobre as diferentes concepções de saúde, posto ter adotado conceitos divergentes de saúde como se fosse um só. Esta tendência de mesclar concepções diferentes de saúde foi apontada por Busquets e Leal (2001) levando as pessoas a exigirem soluções automáticas para doenças que afetam a qualidade de vida e saúde do ser humano (SCLAR, 2007).

A *saúde como ausência de doenças*, ou seja, determinada por aspectos físicos e biológicos também apareceu como concepção na maioria dos professores do ensino fundamental entrevistados no Rio de Janeiro e apenas 5% do total da amostra citaram aspectos sociais em pesquisa realizada por Schall et al (1987). Resultados semelhantes foram encontrados por Santos et al (1996) que aplicou questionários a 110 professores da rede pública de Belo Horizonte aferindo que 61% dos entrevistados associa saúde apenas a aspectos físicos, corporais e orgânicos em detrimento dos 7% que relacionam a saúde à fatores de ordem social.

Em relação aos alunos entrevistados questioneiei “O que é saúde para você”? . A metade das crianças referiu-se a saúde como uma condição que lhes confere liberdade para a realização de atividades que lhe são peculiares como brincar, passear e estudar estabelecendo uma relação entre ter saúde e realizar atividades que lhes dão satisfação:

“Saúde é poder brincar de bola, é correr, essas coisas que eu e meus colegas fazem”. (DINÁ)

“Tendo saúde agente pode ir pra escola, pode brincar, pode sair.” (LIA)

“Quando agente tem saúde agente é alegre e fica sorrindo.” (EVA)
“Agente tem saúde quando tem energia pra fazer as coisas.” (ESTER)
“É uma coisa boa, agente pode fazer as coisas com saúde.” (REBECA)
“Com saúde eu tenho disposição, eu passeio, eu nado, eu corro.” (SANSÃO)

Um grupo de 3 crianças diante do mesmo questionamento associou saúde aos cuidados, regras e prescrições de higiene e tratamento de doenças:

“Pra mim, saúde é muito importante, temos que lavar as mãos e tomar banho pra não ficar doente”. (LUCAS)
“É ter vontade de lavar os cabelos, as orelhas e tomar remédio.” (GADE)
“É comer coisas boas e diferentes e fazer exercícios.” (MATEUS)

Outros 3 alunos indicaram a saúde como algo importante, como a vida, configurando algo que lhes é valioso e que representa a integralidade do ser humano:

“É vida, a vida vale muito.” (ANDRÉ)
“É o que faz agente ficar vivo, é tudo.” (DALILA)
“Saúde pra mim é tudo, é vida.” (JEREMIAS)

Em relação à questão “Você acha importante aprender sobre sua saúde na escola? Por quê?” Todos os alunos consultados consideraram importante aprender temas de saúde na escola e 10 associaram a obtenção da saúde predominantemente ao cuidado:

“Sim. Por que eu aprendo a lavar as mãos, tomo banho e também sei que é bom comer peixe, verduras, hamburg, batata-frita.” (ANDRÉ)
“Sim. É importante porque eu aprendo a lavar as mãos, escovar os dentes, comer frutas e verduras.” (DINÁ)
“Sim. Porque é bom comer, escovar os dentes, tomar banho, fazer a unha, pois faz bem á saúde.” (EVA)
“Sim. Porque faz bem a saúde lavar as mãos, escovar os dentes, comer alimentos saudáveis.” (LIA)
“Sim. Porque tomar banho, escovar os dentes faz bem a saúde. (SANSÃO)
“Sim. Por que serve para ter higiene.” (JEREMIAS)
“Sim. Porque agente aprende o que comer e como é bom tudo ficar limpo.” (LUCAS)

Apenas 2 alunos incluíram em suas respostas a prevenção de doenças associada ao auto-cuidado:

“Sim. Porque agente não pega doença, agente aprende a lavar as mãos, escovar os dentes.” (ESTER)
“Sim. Porque aprendo a importância dos hábitos de higiene [...], de se comer alimento saudáveis e também sobre doenças como a dengue.” (LIA)

Com base na análise dos relatos constatei a adoção da concepção unicausal de saúde com enfoque em práticas higienistas de saúde, mesclada a concepção de saúde como ausência

de doenças, por parte dos educadores entrevistados. Verifiquei a dificuldade que as crianças têm de conceituar a saúde, resultados já referidos por Moreira e Dupas (2003) e Lima (2006). Do total de crianças 25% tende a reproduzir a concepção unicausal com foco higienista das professoras consultadas ao referir-se a saúde e 50% delas apresenta uma concepção híbrida de saúde. Neste último grupo, 6 alunos apresentam uma percepção de saúde enquanto estado, condição que lhes permite realizar atividades que estão presentes em seu cotidiano associando a saúde a um estado de bem-estar, sem referir-se, no entanto a questões de ordem social e política. Outros 3 alunos conferem à saúde uma elevada importância parecendo incluir em suas análises um conjunto de fatores influenciadores de sua saúde retratando, deste modo, uma concepção ampla de saúde. Sobre a importância de aprender temas de saúde na escola 83,33% afirmaram que é importante por que através dos conhecimentos de saúde o sujeito é capaz de cuidar de si.

Tais resultados assemelham-se aos encontrados por Moreira e Dupas (2003) ao consultarem crianças de 7 a 12 anos de idade a respeito de sua concepção de saúde onde predominaram respostas que associam a saúde ao bem-estar, à liberdade para realizar o que se deseja, e aos cuidados com o corpo denotando que cada pessoa tem a responsabilidade pela sua própria saúde, o que já foi tratado nesta pesquisa sob a denominação de culpabilização do indivíduo. Lima (2006) também analisou a concepção de saúde de crianças da 5ª série do Ensino Fundamental nos quais encontrou 40% conceituando a saúde como energia para viver, 30% associando a saúde ao estado de bem-estar ou de felicidade, 20% associando ao cuidado e 20% ao valor e importância para a vida.

Todas as respostas das crianças referentes à importância de aprender os conhecimentos de saúde na escola se associam ao cuidado, e mais particularmente ao cuidado de si, embora este cuidado assumia nos relatos das crianças um caráter meramente descritivo e prescritivo. Busquets e Leal (2001) afirmam que a ênfase restrita a prescrições e normas na educação em saúde não favorece a construção de conhecimentos, muito menos a intervenção autônoma ou mesmo a generalização para novas situações. Nesse sentido, destaco a relevância de que o currículo escolar das escolas do campo contemple em seus conteúdos de saúde a discussão sobre o cuidar cotidiano. Para Teixeira (2001, p. 44) “O cuidar cotidiano se estende do cuidar do eu, do outro e da família, para o cuidar da casa e o lugar onde se vive, sendo entendido a partir dos ciclos recursivos benefício-risco e cuidar-descuidar”.

Este cuidar da saúde se refere a um ato humano que não é restrito aos agentes de saúde populares e/ou profissionais, mas que abrange as famílias que negociam práticas de cuidado da medicina tradicional com as da medicina popular. O cuidar cotidiano é representado por ações da saúde, organizados pela comunidade objetivando qualidade de vida, saúde e melhores condições de saúde. O cuidar cotidiano é multiterapêutico por que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação e possui multiextensões por que inclui ações individuais (auto-cuidado), ações coletivas (cuidar do outro e da família) e ações locais (cuidar da casa e do lugar da vida) (TEIXEIRA, 2001).

Em face disto, o trabalho com os temas de saúde na escola deverá atender “[...] a diversidade do campo em todos os seus aspectos [...]” (BRASIL, 2002) conforme estabelecem as *Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo* em seu artigo 5º. As Diretrizes complementares também reforçam no artigo 7º, inciso 1º, que as escolas do campo deverão respeitar “[...] as diferenças entre as populações atendidas quanto a sua atividade econômica, eu estilo de vida, sua cultura e suas tradições” (BRASIL, 2008b).

As concepções encontradas têm estreita relação com o currículo de Educação em Saúde desenvolvido em cada escola, e este, por sua vez, é determinado por políticas curriculares como a do Programa Nacional do Livro Didático. Por considerar que o papel do livro didático é essencial para compreender como a Educação em Saúde é desenvolvida no espaço escolar analiso a seguir a forma como os conceitos de saúde são expostos e desenvolvidos nos três livros didáticos utilizados nesta turma, bem como o esclarecimento dos termos conhecidos e a atualidade dos dados científicos nele presentes.

Na coleção *Eu Gosto de Ciências* (PASSOS, SILVA, 199_) existe maior densidade de conteúdos em comparação as outras coleções analisadas. Nas três coleções os conceitos são predominantemente de ordem implícita. No caso da coleção *Eu Gosto de Ciências* são utilizadas figuras e exemplos para auxiliar o entendimento do aluno, porém, na coleção *Quero Aprender* (BARROS, 1998) a demanda para que o leitor construa o conceito a partir de características do objeto trabalhado não apresenta subsídios suficientes que viabilizem tal proposta.

Na coleção *Ainda Brincando* (SOUZA, 1987) registrei um maior esforço por condensar conceitos e definições numa linguagem mais clara, oscilando entre explícita e implícita. Os conceitos explícitos são destacados graficamente no texto e os implícitos fornecem exemplos da realidade da criança para que a mesma elabore seu conceito

Verifiquei a fragmentação dos conteúdos e a superficialidade com que os mesmos são tratados em todas as coleções pesquisadas, isto pode fazer parecer ao leitor que a saúde é apenas a ausência de doença e não o resultado de diversos fatores de ordem social, econômico e cultural. Estes problemas foram apontados no Programa Nacional do Livro Didático de Ciências (2007h) como elementos que devem ser superados. Como exemplo de conteúdos que não foram esclarecidos na coleção *Eu Gosto de Ciências*, estão: Saúde, erosão, cloro, recolhimento seletivo e adubo (PASSOS, SILVA, 199_).

O desenvolvimento de conteúdos foi apresentado de forma incompleta na coleção *Eu Gosto de Ciências*, um exemplo ocorreu quando o autor refere-se ao desenvolvimento da musculatura que depende da prática de exercícios físicos orientados por um profissional sem esclarecer quem são estes profissionais (PASSOS, SILVA, 199_, p.95).

A abordagem do tema nutrição nas coleções *Ainda Brincando* (SOUZA, 1987) e *Eu Gosto de Ciências* (PASSOS, SILVA, 199_) não apresentou conceituação, nem tampouco esclareceu a sua importância para a saúde, restringindo-se a exposição da classificação dos alimentos quanto à origem e função e seus respectivos nutrientes quanto à fonte. Já na coleção *Quero Aprender* (BARROS, 1998) não há referências aos conteúdos de nutrição e de vegetais. Além disso, a saúde não foi conceituada explicitamente nas coleções *Quero Aprender* (BARROS, 1998) e *Eu Gosto de Ciências* (PASSOS, SILVA, 199_).

O único livro que se propôs a definir saúde explicitamente foi o da coleção *Ainda Brincando* (SOUZA, 1987), muito embora a definição saliente muito mais o aspecto biológico da mesma: “Quando todos os órgãos funcionam bem, nós nos sentimos alegres, dispostos para trabalhar, estudar e passear...por que temos saúde. [...] A nossa saúde depende muito do bom funcionamento dos órgãos.” (SOUZA, 1987, p.120, grifo do autor). O enfoque está na saúde como ausência de doença, como um estado de bem estar e como o bom funcionamento do corpo, abordando superficialmente alguns fatores de ordem social que envolvem a saúde. Apesar do avanço verificado não foi considerado neste conceito de saúde a multicausalidade com destaque para os determinantes culturais e econômicos.

Os resultados encontrados em minha análise assemelham-se aos obtidos em outras pesquisas. Yager (1983) que apontou que 90% dos professores de Ciências usam o livro didático 95% do tempo transformando o livro didático de sua função de mero recurso para se tornar seu plano de disciplina. Freitas e Martins (2009) realizaram o estado da arte sobre a abordagem da saúde nos livros didáticos de ciência apontando a escassez de estudos sobre o

tema. Acrescentam ainda que a visão de saúde adotada é reducionista e fragmentada, pois não relaciona a saúde com seus diversos condicionantes, limitando-se a relacionar a saúde aos seus determinantes biológicos/fisiológicos. Tal resultado também foi encontrado na pesquisa de Delizoicov (1995) que ao analisar quatro volumes de uma coleção de livro didático de Ciências encontrou 90% de enunciados que relacionavam a saúde a apenas um condicionante.

A explicação dos termos desconhecidos ou termos técnicos são esclarecidos, em sua maioria, sob a forma de notas de rodapé na coleção Quero Aprender (BARROS, 1987), porém existe um número considerável de termos técnicos que não foram definidos: excreção (id, p. 48); tuberculose, lepra, meningite, cólera (p.30); fértil (p.88); cloro (p. 95). O termo vacina nem sequer foi citado, muito menos explicado. Além disso, algumas definições e explicações são de caráter tautológico, a saber: “os olhos são os órgãos da visão” (p. 62).

Os termos desconhecidos estão presentes em elevado número na coleção Eu Gosto de Ciências (PASSOS, SIVA, 199_, p. 132, 114) embora não tenha sido prioridade o esclarecimento a respeito do que significam. Dentre as doenças que possuem elevada ocorrência na região Norte nenhuma das citadas foi explicada: tuberculose, dengue, tétano, disenteria, meningite, vacinas. Existem explicações e definições tautológicas⁵⁸ do tipo: “Energéticos fornecem energia ao organismo”; “reguladores ajudam a regular as funções do corpo.”.

O livro Ainda Brincando (SOUZA, 1987) apresentou menor ênfase no esclarecimento dos termos desconhecidos em relação aos demais. Entre os termos não definidos estão: câncer, sais minerais, germinação, deglutição, diabete, arborização, reflorestamento (SOUZA, 1987, p.89, 113, 120). Sobre este tópico Mohr (2000) obteve resultados semelhantes em sua pesquisa.

Das três coleções analisadas nesta pesquisa somente uma cita o termo vacina e, mesmo assim, não desenvolve o tema. A pouca relevância dada ao tema também foi constatada na pesquisa de Succki, Wickbold e Succi (2005) que ao analisar 50 livros didáticos do Ensino Fundamental não encontrou referência alguma ao termo vacina em 34% da amostra, e entre os livros didáticos que tratavam do assunto 57% omitiam informações ou utilizaram dados incorretos.

A análise da atualidade dos dados científicos apontou erros e conceitos tautológicos abundantes em todos os livros didáticos. Na coleção Eu Gosto de Ciências (PASSOS, SIVA,

⁵⁸ Explicações ou definições redundantes.

199_, p. 131) existem informações incorretas como a idéia de que existem bactérias que são úteis e outras que são prejudiciais ao homem, como se a natureza existisse em função ou a serviço do homem. No livro *Quero Aprender* (BARROS, 1987, p. 40) identifiquei a uma informação dada pelo autor a respeito da adolescência, no item a seguir: “adolescência (dos 15 aos 20 anos)”, esta informação difere do Estatuto da Criança e do Adolescente que afirma que a adolescência vai dos 12 aos 18 anos de idade. A Coleção *Ainda Brincando* (SOUZA, 1987, p. 120, 119) apresenta conceitos tautológicos como “verminoses são doenças causadas por vermes” que além de ser redundante confunde a forma de transmissão com o agente etiológico. Interessante o autor referir-se às doenças transmissíveis utilizando expressões inadequadas como “contagiosas” ou “doenças que pegam”, erro identificado também por Mohr (2000) em outras coleções de livros didáticos. Verificou-se ainda a sinonimização do alimento como energia (BRASIL, 1990).

Diante da exposição e análise da concepção de saúde verificada nos relatos de educadores e alunos é de fundamental importância abordar o eixo temático *Saúde na escola* que explora os conhecimentos de saúde que os alunos possuem e que desejam ter, o que os pais dos alunos pensam sobre tais conhecimentos e os temas de saúde que as professoras desenvolvem na escola.

Assim, a análise realizada através do eixo *Na vida com saúde* apontou a predominância da concepção unicausal de saúde ou individual-higienista entre as educadoras consultadas e entre os seus alunos destacou-se a concepção híbrida de saúde que contém elementos da concepção de saúde unicausal, também denominada individual e higienista, e da concepção ampliada de saúde, também chamada de plural-interacionista.

Eixo Saúde na escola

O eixo temático “Saúde na Escola” subdivide-se em 3 sub-eixos, a saber: *O que quero aprender e o que já sei* (explora os conhecimentos de saúde que os alunos possuem e que desejam ter); *O que meu filho precisa aprender e aprende* (referente ao que os pais dos alunos

pensam sobre tais conhecimentos); e *O que ensino aos alunos e como faço isso* (refere-se aos temas de saúde que as professoras desenvolvem na escola).

O que quero aprender e o que já sei

O item “O que quero aprender e o que já sei” refere-se aos relatos dos alunos consultados sobre os conhecimentos de saúde ensinados em sua escola e sobre o que desejam aprender.

Em relação à questão “Sobre que assuntos de saúde sua professora costuma falar?” todos os alunos citaram a higiene, sendo que 4 deles referiram que a professora também aborda a alimentação e as doenças e 4 deles relataram terem sido ensinados sobre todos os temas já citados e acrescentaram o tema destino do lixo:

“Escovar os dentes, tomar banho, aprendi sobre os alimentos.” (ANDRÉ)

“Fala sobre hábitos de higiene, como se pega doenças como a dengue.” E fala também sobre a água. (DINÁ)

“Sobre higiene. Ela fala sobre alimentos que é bom comer verduras, frutas, peixe.” (ESTER)

“Sobre higiene ... escovar os dentes, tomar banho, cortar as unhas ... e sobre alimentos, que devemos comer frutas e verduras.” (EVA)

“Sobre alimentação, higiene e as doenças.” (LIA)

“Lavar as mãos, tomar banho, escovar os dentes para não pegar doenças e também é importante manter o ambiente limpo para evitar as doenças provocadas por ratos e baratas.” (REBECA)

“Sobre a preservação do meio e sobre as doenças que são transmitidas por água parada, como, por exemplo, a dengue.” (SANSÃO)

“Sobre lavar as mãos, escovar os dentes, tomar banho e também aprendi que se deve jogar o lixo na lixeira e não nos rios. Falou dos alimentos saudáveis como as frutas e verduras e dos alimentos que não são saudáveis como os doces.” (DALILA)

“Fala sobre os alimentos, fala que se deve lavar as mãos, tomar banho. Sobre o lixo ela falou que se deve jogá-lo na lixeira e não na beira do igarapé e nem nos rios. Comentou sobre as doenças como a dengue e a gripe.” (GADE)

“Higiene e alimentos.” (JEREMIAS)

“Tomar banho, lavar as mãos, alimentos bons pra comer, lixo.” (LUCAS)

“Ela fala como ficar sempre limpo e o que fazer para não pegar doenças.” (MATEUS)

A forte associação da saúde com aspectos de Higiene na educação identificado nestes relatos tem origens remotas no Brasil que datam do início do século XX. A higiene compunha os currículos escolares desde a instauração da República, quando o ensino adquiriu um caráter mais enciclopédico com a entrada das Ciências. Porém, essa associação de saúde com higiene desprovida de problematização esvazia a Educação em Saúde de seu sentido político, crítico e transformador da qualidade de vida e saúde das populações e distancia-se do que é proposto para as populações do campo na *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta* em seus objetivos. Dentre estes objetivos destaca-se “Apoiar processos de educação, informação e empoderamento dessas populações (do campo e da floresta) sobre o direito á saúde e em defesa do SUS”. Este empoderamento⁵⁹ citado pelo referido documento refere-se ao “empoderamento social” que envolve processos que almejam promover a participação social objetivando o crescimento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, à justiça social e à melhoria da qualidade de vida. O empoderamento social, desta forma, fomenta o crescimento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus problemas através do desenvolvimento de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade (BRASIL, 2008a, p. 12; GASTALDO; CARVALHO, 2008; MARQUES, 2006).

Na questão “Que atividades você já realizou na escola que fizeram você aprender sobre saúde?” 7 crianças relataram que predominam as atividades de reconhecimento de conteúdos através da utilização da cópia e exercícios no caderno, 4 referiram também terem sido solicitadas a socializar trabalhos expondo-os em cartaz e apenas uma referiu-se a realização de uma atividade de pesquisa sobre a Dengue:

“Apresentei um cartaz sobre higiene.” (ANDRÉ)

“Aprendi que é importante cuidar da natureza, preservar os rios. (DINÁ)

“Atividade no caderno.” (ESTER)

“Recortei e coleí figuras no cartaz, fiz exercício no caderno e pesquisei sobre a dengue.” (EVA)

“Fiz só atividades no caderno.” (LIA)

“Tinha perguntas no caderno e eu dei as respostas e também recortei e coleí coisas sobre higiene.” (REBECA)

“Ela passa exercício pra gente responder no caderno e colar no caderno com uma pequena explicação para a professora.” (SANSÃO)

⁵⁹ Conceito originado entre as décadas de 1970 e 1980 a partir de reivindicações de movimentos sociais organizados por pesquisadores e profissionais da saúde comprometidos com a transformação social e o desenvolvimento de práticas cidadãs questionadoras do status quo na sociedade. Tal conceito recebeu muitas contribuições teóricas do ideário de Paulo Freire (GASTALDO; CARVALHO, 2008).

“Teve perguntas no caderno, depois eu recortei e coleí figura sobre higiene das mãos e do corpo e mostrei pra professora.” (DALILA)

“Ela passou exercício no caderno, aí recortamos figuras e fazemos cartazes e explicamos pra professora.” (GADE)

“A professora escreveu no quadro as questões, eu copieí e respondi no meu caderno.” (JEREMIAS)

“Procurei no livro e escrevi no caderno.” (LUCAS)

“Eu escrevo tudo no meu caderno.” (MATEUS)

A preponderância de atividades de Educação em Saúde que reforçam a cópia, a memorização e o trabalho individual nestas falas denota que a pedagogia tradicional relatada pela antiga moradora da cidade e ex- aluna da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães, Lola, ainda possui forte influência sobre a prática pedagógica adotada atualmente. Para Silva (1999) a perspectiva tradicional de currículo parte da premissa de que os conteúdos a serem ensinados e o tipo de homem a ser formado já estão determinados, levando os educadores que adotam tal perspectiva a centralizar-se em questões de ordem técnica. Também observei nos relatos sobre as atividades realizadas pelos alunos a influência de práticas apoiadas por médicos como Carlos Sá que sugeriu que fossem utilizadas na escola regras de higiene em forma de versos para a memorização das crianças no III Congresso Brasileiro de Higiene realizado em São Paulo 1926.

A fim de esclarecer os tipos de atividades propostas e forma de execução adotadas na Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães exponho a análise realizada dos livros didáticos nela adotados em relação a esta questão.

Na coleção *Eu Gosto de Ciências* (PASSOS; SILVA, 199-) as atividades propostas finalizam cada capítulo, são preponderantemente questões de reconhecimento (82%) e sua forma de execução é individual. A maior parcela das questões assume um caráter de verificação da memorização do aluno, predominado comandos como: citar exemplos do próprio texto, escrever características de um dado elemento, completar frases do texto. Exemplo deste tipo de questão pode ser visto a seguir: “Responda: a) Que substâncias o nosso corpo começa a fabricar em maior quantidade na puberdade?” (PASSOS; SILVA, 199-, p. 43).

Algumas questões sugerem a necessidade de que o aluno procure pesquisar elementos que não se encontram somente no livro didático utilizado, através da solicitação de exemplos. Porém, a forma de elaboração das mesmas leva o aluno a limitar-se a identificar os exemplos dados no próprio texto ao invés de tentar articular elementos de seu meio ao conhecimento

desenvolvido em sala, como na questão “Cite exemplos de recursos naturais não-renováveis” (PASSOS; SILVA, 199-, p. 43). Nesse caso, a elaboração da questão poderia esclarecer o aluno a respeito do que ele deve fazer: “Pesquise os recursos naturais não renováveis existentes em seu bairro e cite alguns exemplos”.

Na coleção supracitada levantei apenas 4,16% de questões abertas: “Na sua opinião: a) a rede de esgotos é importante? Por quê?” (PASSOS; SILVA, 199-, p. 101). Já as questões de pesquisa representaram 6,25% da amostra analisada demonstrando a pouca relevância dada a tais atividades. Isso evidencia que os autores desta coleção não compreendem o livro didático como ponto de partida para a investigação e abordagem de conceitos científicos contextualizados.

Entre as atividades analisadas na coleção Quero aprender (BARROS, 1998) 89,5 % são questões de reconhecimento e a forma de execução é individual. Em relação às questões de análise a amostra foi de 8,95% e por fim, 1,5% corresponderam a questões abertas, não sendo identificados outros tipos de atividades.

Identifiquei no livro Ainda Brincando (SOUZA, 1987) 66,4% de questões de reconhecimento e a forma de execução é individual, 18,65% corresponde as questões de análise, 12,68% refere-se a questões de pesquisa e 2,23% a questões abertas. Em relação às coleções analisadas anteriormente as questões de pesquisa na coleção Ainda Brincando possuem maior prevalência, ainda que as questões de reconhecimento predominem. A relevância da utilização de atividades de pesquisa é reforçada no Programa Nacional do Livro Didático de Ciências para o Ensino Fundamental (2008) e por Reis (2000) e Silva e Morin (2001) que defendem em seus estudos a utilização de materiais impressos diversos como fonte de pesquisa a fim de favorecer nos alunos a compreensão e a formação de conceitos.

Nas três coleções analisadas predominou as questões de reconhecimento, o que não favorece nos alunos a autonomia, a compreensão e a criatividade. Não foi encontrada nenhuma atividade de resolução de problemas, embora a relevância do uso deste tipo de atividade em livros didáticos esteja sendo discutido em países como Portugal e indicado nas Orientações Curriculares para Ciências Físicas e Naturais do referido país (LEITE, COSTA, ESTEVES, 2008).

Sobre a questão “De qual assunto de saúde você mais gosta de falar? Por quê?” 9 alunos referiram como tema preferencial somente a higiene, como nos exemplos a seguir:

“Lavar a mão, tomar banho.” (ANDRÉ)

“Assunto sobre higiene, porque é bom cuidar da saúde.” (DINÁ)

“Sobre higiene, porque eu posso ajudar minha mãe a limpar a casa pra deixar tudo limpo.” (LIA)

“Tomar banho, para cuidar da saúde.” (SANSÃO)

“Sobre higiene. Porque eu aprendo como evitar doenças.” (JEREMIAS)

Dos outros 3 alunos 1 associou o tema higiene com a alimentação *“Gosto de aprender sobre como faço pra ficar limpo e também sobre os alimentos bons e ruins”* (EVA), 1 referiu-se somente à alimentação *“Alimentos, porque eu posso falar para os meus pais e amigos.”* (ESTER) e 1 falou somente sobre doenças *“eu gosto que a professora fale das doenças. Porque aí eu vejo como não adoecer.”* (LUCAS). Com base na análise destes relatos pude constatar que as crianças reproduzem em suas falas aquilo que pensam ser a saúde, ou seja, elas percebem a saúde na escola como uma coleção de temas que devem aprender para ter saúde e para evitar doenças como a higiene e a alimentação que em suas mentalidades não necessariamente estão conectados entre si ou com o contexto em que elas vivem numa proposta que caracteriza a concepção unicausal de saúde que é fruto de uma Educação em Saúde Bancária. Em contrapartida, a Educação em Saúde Libertadora defendida nesta pesquisa advoga ações educativas articuladas à realidade dos sujeitos aos quais ela se destina, neste caso, às populações do campo. Esta proposta educativa objetiva formar cidadãos reflexivos e autônomos, que compreendam a saúde numa perspectiva ampliada, a fim de que os mesmos possam ser capazes de decidir de que forma irão cuidar de sua saúde e da saúde de sua comunidade.

As problemáticas encontradas nos dados provenientes dos relatos das crianças e da análise dos livros didáticos por elas utilizados remetem ao tema transversal saúde que preconiza que as transformações nas condições de vida e saúde da população dependem da “[...] compreensão ampla dos fatores intervenientes e dos compromissos políticos necessários [...]” a estas transformações (BRASIL, 1997, p. 95). Isto quer dizer que uma educação em saúde que se proponha a modificar a realidade precária destes sujeitos deve incentivar nos alunos a compreensão de seu estado de saúde como sendo influenciado por múltiplos fatores, compreensão esta que como pude perceber não é unânime nas falas desses sujeitos e nem nas atividades propostas pelos livros didáticos adotados pela escola.

Os relatos dos alunos demonstraram o que eles pensam sobre os conhecimentos de saúde desenvolvidos na escola indicando forte influência da concepção unicausal de saúde,

fruto da concepção bancária de educação em saúde adotada na referida instituição. Porém, essas não foram as únicas vozes ouvidas, outras questões foram direcionadas aos pais dos alunos para a compreensão da concepção que eles possuem sobre a educação em saúde que eles desejam e a que percebem na escola de seus filhos.

O que meu filho precisa aprender e aprende

O eixo “O que meu filho precisa aprender e aprende” refere-se às quatro primeiras questões aplicadas aos pais de alunos da comunidade Livramento. Na questão “Os temas de saúde são trabalhados na escola de seu filho? Quais?” todos os pais referiram que os temas de saúde são ensinados na escola sendo que 5 pais referiram-se somente aos temas Higiene e alimentação:

“Sim. A minha filha comenta sobre lavar as mãos, os alimentos devem ser lavados antes de comê-los e também sobre o lixo que não se deve jogar lixo no chão.” (ISABEL)

“Sim, eles têm aprendido sobre higiene, alimentação.” (LOLA)

“Sim. Meu filho fala aqui sobre ficar limpo e comer frutas e verduras.” (TABITA)

“Ele diz que a professora fala sobre escovar os dentes, tomar banho, comer coisas boas e jogar lixo no lugar certo.” (ABIGAIL)

“Sim. Ela comenta sobre limpeza, comer coisas como fruta e sobre a água.” (SUSANA)

Outro grupo de 5 pais refere-se aos temas destino do Lixo, doenças e alimentação como sendo os tratados na escola de seus filhos:

“Sim. Meu filho comenta sobre o lixo, as doenças e os alimentos” (BETÂNIA)

“Sim. Ele chega em casa falando sobre alimentos, lixo.” (PAULO)

“Sim. Ele comenta que se deve lavar as mãos, tomar banho, cuidar do lixo.” (NOEMI)

“Sim. Ela aprende a cuidar da água, do lixo e a tomar banho e escovar os dentes.” (SAMUEL)

O 3 pais restantes relataram que os temas abordados na escola de seus filhos são Higiene, destino do Lixo e alimentação:

“Sim. Meu garoto fala de como ficar limpo, como deve comer e onde jogar lixo.” (ISMAEL)

“Sim. Sobre comidas boas e ruins, lavar as mãos, deixar o quarto limpo, e sobre o lixo.” (JUDITE)

“Sim. A professora fala em doenças, comer verduras, jogar o lixo no lixeiro e limpar a casa.” (TAMAR)

Os pais indicam que além da higiene e da alimentação, o destino do lixo também é um tema de saúde tratado na escola, porém o que não foi esclarecido é a forma como estes temas são trabalhados, se de forma individualizada ou interdisciplinar. Os PCNs reforçam a necessidade de que o meio ambiente e a saúde não sejam temas transversais tratados em separado ao organizarem-nos no mesmo volume e ao incluir questões comuns aos dois e que devem ser desenvolvidas na escola. Um exemplo disto é a referência à inclusão de “cuidados de saúde” no bloco de conteúdo intitulado “Manejo e conservação ambiental” do tema Meio ambiente. Já no tema de saúde “[...] a relação entre a preservação e recuperação ambientais e a melhoria da qualidade de vida e saúde” são conteúdos indicados no bloco de conteúdos “Vida coletiva” (BRASIL, 1997, p. 61, 62, 115).

Mohr e Schall (1992) ao analisarem a educação em saúde nas séries iniciais no Brasil, apontam uma série de problemas que inviabilizam seu bom andamento e sugerem a adoção de uma educação em saúde que se articule a uma visão ambiental ampla e crítica. Para tanto, há que se incluir nas discussões sobre temas de saúde e meio ambiente questões que se referem à realidade dos alunos. Grynszpan (1999) também propõe a articulação entre esses dois temas através da realização de projetos educativos com atuação intersetorial.

Sobre a pergunta “Que assuntos você considera importante que sejam abordados ao tratar a saúde na escola?” 5 pais referiram-se à Higiene e alimentação, 4 pais indicaram os temas anteriores acrescido do destino do lixo, 2 pais relataram a alimentação e o destino do lixo e 1 pai falou somente da alimentação.

“Acho que devem ensinar sobre higiene e alimentação.” (LOLA)

“É bom falar da água e da limpeza.” (BETÂNIA)

“A escola tem que falar de Alimentos e como se deve limpar a casa e tomar banho todo dia.” (NOEMI)

“Sei lá, tudo isso o que a professora fala e mais um pouco sobre a água.” (ABIGAIL)

Na questão “Quais as atividades envolvendo temáticas de saúde são realizadas na escola?” as respostas dos pais foram unânimes apontando exercícios no caderno tipo pergunta e resposta, como os relatos expostos a seguir:

“Ela traz deveres de casa no caderno.” (BETÂNIA)
“Tem uns trabalhos que ele traz para fazer aqui no caderno.” (ISMAEL)
“Ele já disse que fizeram um trabalho sobre a dengue no caderno.” (JUDITE)
“Teve uns trabalhos da escola sobre doenças, meu filho escreveu as respostas e levou pra professora.” (SUSANA)

Por fim, ao responder a questão “Você considera importante incluir tópicos de saúde na escola? Por quê?” todos os pais consideraram a iniciativa relevante, 8 deles associaram a saúde na escola aos cuidados de higiene com a finalidade de evitar doenças e manter a saúde:

“Sim, porque é bom pra todos nós, pois se ela tem higiene, ela pode ter cuidado com o lixo e não vai adoecer.” (ISABEL)
“Sim, pra cuidar da saúde, prevenir doenças.” (NOEMI)
“Sim. Por que pra ter saúde precisamos evitar as doenças.” (LOLA)
“Sim. Por que quando nós se cuida, nós tem saúde.” (BETÂNIA)

Sobre a supracitada questão, 4 pais associaram a importância de discutir a saúde na escola à crença de que a infância é o momento mais propício para inculcar nas crianças habilidades e competências para cuidar de sua saúde, repetindo assim o ideário de criar novos instintos na criança, o que foi preconizado no Brasil desde o início do século XX pelo Higienismo (SÁ, 1929):

“Sim, porque agente aprende a ter saúde desde novo.” (NOEMI)
“Sim. Quem aprende isso nessa idade deles não se esquece mais.” (SUSANA)
“Sim. Por que antes de fazer tem que aprender.” (TAMAR)
“Sim, esse é o primeiro passo, pois a água é saúde.” (PAULO)

Sobre a concepção de que a infância e a adolescência são momentos ideais para trabalhar a educação em saúde na escola os PCNs que abordam a saúde (1997, p. 97) assim se posicionam:

[...] Durante a infância e a adolescência, épocas decisivas na construção de condutas, a escola passa a assumir papel destacado devido à sua função

social e por sua potencialidade para o desenvolvimento de um trabalho sistematizado e contínuo [...].

Este trecho do referido documento confere à escola responsabilidades que extrapolam suas possibilidades e que vem sendo historicamente colocadas para a escola pelas ações governamentais e mesmo pelos pais, que vêem nesta ação da escola uma forma de esquivar-se de seu papel enquanto família.

Desta forma, pude verificar que os pais adotam predominantemente a concepção unicausal de saúde ao salientarem que a importância de desenvolver temas de saúde na escola de seus filhos reside tão somente na aquisição de hábitos adequados de higiene e alimentação desde a mais tenra idade a fim de evitar doenças e ter saúde.

Uma vez expostos os relatos de pais de alunos sobre o eixo “O que meu filho precisa aprender e aprende” me propus a analisar de que forma as professoras desenvolvem os conteúdos de saúde na sala de aula.

O que ensino aos meus alunos e como faço isso

A respeito da forma como as professoras da turma multisseriada da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães promovem o ensino de temas de saúde uma das questões foi “Você inclui tópicos de saúde no currículo da escola? Por quê?”:

“Sim. Porque é importante a prevenção e também é importante incentivar a criança a se prevenir, além de trabalhar a educação. Eu trabalho o tema mais como higiene e prevenção e nunca como saúde. Ex: as unhas sujas ficam cheias de bichinhos que não se vê, quando se coloca na boca esses bichinhos vão para o organismo e depois aparecem de formas diferentes.”
(SARA)

“Sim. É muito importante, porque a gente pode ajudar na formação dos alunos, pois alguns pais não têm aquela formação básica, não sabem se expressar. Tem crianças que vem pra escola sem tomar banho, sem cortar as unhas e nem mesmo cortam os cabelos e outras acordam e vem pra escola e só escovam os dentes.” (RUTE)

Sara e Rute afirmaram desenvolver os temas de saúde na escola, apontando que a mesma se restringe predominantemente ao aprendizado de noções de higiene e prevenção de

doenças. Isto reforça na análise realizada a constatação da adoção da concepção unicausal de saúde pelas educadoras, concepção que também está presente nos relatos dos alunos e de seus pais. As normas de higiene são conteúdos amplamente destacados nos PCNs que abordam a saúde como no seguinte trecho deste documento “A higiene corporal é tratada como condição para a vida saudável. A aquisição de hábitos de higiene tem início na infância, destacando-se a importância de sua prática sistemática.” (BRASIL, 1997, p. 107). Observo neste ponto a profunda relação existente entre a perspectiva das professoras e a influência exercida sobre os sujeitos envolvidos na sua prática pedagógica.

As teorias críticas têm muito a contribuir na análise desta situação, pois direcionam suas reflexões a fim de compreender o que o currículo faz, ou seja, entender com base num processo chamado “tradição seletiva”⁶⁰ de conhecimentos de que maneira surge um determinado tipo de sujeito que deverá ter recebido em sua formação os conhecimentos necessários à sua adequação a uma determinada sociedade, de acordo com Silva (2000a). Nesse sentido, vale destacar as questões centrais colocada por Apple (1997) em relação a tal seleção:

O conhecimento de que grupo é ensinado? Por que é ensinado deste modo particular a este grupo particular? Como tornamos possível que as histórias e culturas da maioria dos trabalhadores [...] sejam ensinadas de modo responsável e receptivo nas escolas? (APPLE, 1997, p. 66).

Os questionamentos lançados por Michael Apple em relação à forma como os conhecimentos são selecionados geram uma reflexão que permite compreender a seleção dos conhecimentos de saúde veiculados no espaço escolar como um processo que não é neutro, mas está permeado de relações de poder e embates entre diversos grupos sociais no sentido de determinar o conhecimento de quem será fixado como oficial ou ideal.

No relato de Sara fica explícito seu fraco embasamento teórico “[...] *Porque é importante a prevenção e também é importante incentivar a criança a se prevenir, além de trabalhar a educação. Eu trabalho o tema mais como higiene e prevenção e nunca como saúde*”. Sara afirmou que prevenção e hábitos de higiene não fazem parte do rol de conhecimentos necessários à educação em saúde, de um lado ela coloca a necessidade de

⁶⁰ “[...] as instituições de ensino, são geralmente os principais agentes de transmissão de uma cultura dominante eficaz e representa agora uma atividade importante tanto econômica quanto culturalmente. [...] o processo que chamo de tradição seletiva: aquele que, nos termos de uma cultura efetivamente dominante, é sempre passado como a “tradição”, o passado significativo. Entretanto a questão é a seletividade; a maneira pela qual, de toda uma área de possível do passado e do presente, somente determinados significados e práticas são escolhidos para ênfase, enquanto outros significados e práticas são negados e excluídos.” (WILLIAMS apud APPLE, 2006, p.39)

trabalhar a educação e do outro a saúde. Esta concepção compartimentalizada da educadora a respeito da educação em saúde denota uma formação em que predomina a fragmentação dos conteúdos, possivelmente uma herança trazida pela professora do que foi seu processo de escolarização e mesmo da concepção de saúde veiculada pela mídia. Ela não compreendeu que a Educação em Saúde inclui estes e muitos outros elementos, e no contexto da escola, “[...] são atividades realizadas como parte do currículo escolar, que tenham uma intenção pedagógica definida, relacionada ao ensino-aprendizagem de [...] tema relacionado com a saúde individual ou coletiva” (MOHR, 2002, p.38). Vista a partir desta lente crítica, a educação em saúde supera o mero ensino de regras de higiene e hábitos alimentares para ser um instrumento através do qual os sujeitos adquirem a autonomia e a capacidade crítica para optar pela forma como irão cuidar ou não cuidar, se omitir ou lutar pela sua saúde.

Diante do questionamento “Quais são os tópicos de saúde que você inclui?” Sara expõe “Higiene física, mental e ambiental.” Ao ser solicitada que detalhasse mais essas informações relata:

“Nunca parei pra pensar sobre o tema saúde pra trabalhar na escola. Os conteúdos trabalhados em sala suprem a necessidade. O que ouço eu faço, não tenho apoio da família dos alunos. Também nunca me foi exigido nada. No caso da ambiental levo em consideração os problemas da região. Ex: lixo próximo aos córregos onde as pessoas tomam banho e que até a algum tempo atrás as pessoas bebiam dessa água. A Higiene Mental se refere ao fato de as crianças assistirem muitas besteiras [...] tem uma linguagem pobre. Na realidade eles precisam de filmes e livros que tenha boa mensagem. Já na Higiene Física eu falo da limpeza do corpo, nesse tópico encontro muita resistência diante dos pais, eles geralmente mandam as crianças sujas e fedidas para a escola.” (SARA)

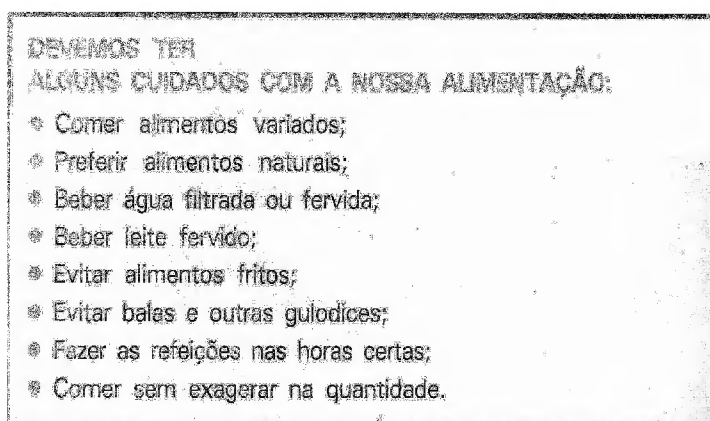
Mais uma vez a idéia do higienismo é reforçada na fala de Sara e acrescida da falsa idéia de que a linguagem das crianças é pobre. Nesse caso a professora parece confundir a linguagem que ela pensa ser aceitável para seus alunos com a utilização da linguagem culta, desprezando a linguagem coloquial ou popular utilizada pela comunidade local. Este posicionamento se contrapõe ao que é preconizado nas *Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo* em relação às propostas pedagógicas a serem adotadas nas escolas do campo que devem contemplar os aspectos sociais e culturais. O mesmo se pode afirmar da *Política de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta* que coloca em seus objetivos específicos a necessidade de considerar os aspectos culturais nas

práticas de saúde direcionadas aos povos do campo, como no objetivo destacado a seguir: “promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008a).

Sobre a forte influência do higienismo no relato da professora a análise dos livros didáticos por ela utilizados auxilia a compreender o enfoque sanitário adotado na Educação em Saúde realizada na escola, bem como as ações recomendadas para cuidar da saúde.

A tendência predominante nas três coleções analisadas foi o enfoque sanitário preventivo. Na coleção *Eu Gosto de Ciências* a única referência ao enfoque curativo foi a breve exposição de primeiros socorros (PASSOS, SILVA, 199_, p. 139). Já na coleção *Quero Aprender* (BARROS, 1998) o enfoque curativo foi encontrado apenas na página 100 referente ao tratamento da cólera. A coleção *Ainda Brincando* (SOUZA, 1987) seguiu a tendência das coleções anteriores, e não foi encontrada referência alguma a qualquer recomendação de caráter curativo. Um ponto em comum identificado em todas as coleções pesquisadas é que as ações de caráter preventivo não foram explicadas de forma que o aluno entenda a importância delas e mesmo a forma de execução destas medidas. Tais resultados assemelham-se aos encontrados por Mohr (1995) em sua análise de coleções de livros didáticos onde não foi encontrada alusão ao enfoque curativo, predominando o enfoque sanitário preventivo.

Na coleção *Eu Gosto de Ciências* do total de 105 recomendações identificadas 7 referem-se especificamente a água; 1 ao recolhimento seletivo; 1 a esterilização; 15 a evitar a transmissão de doenças; 13 a evitar acidentes; 13 cuidados relacionados a alimentação e seu preparo (parte delas destacadas no quadro 1, exposto a seguir); 11 cuidados relacionados a higiene física; 8 cuidados referentes a higiene mental; 8 cuidados referentes a higiene social; 6 recomendações em relação aos sistema respiratório; 3 cuidados relacionando alimentação e exercício físico; 9 recomendações referentes aos primeiros socorros (PASSOS, SILVA, 199_ , p. 35-37, 94, 121).



Quadro 1. Devemos ter alguns cuidados com a nossa alimentação
(PASSOS, SILVA, 199_, p.137)

Das 29 regras ou recomendações estabelecidas na coleção Quero Aprender 7 referem-se a cuidados específicos com a água; 1 a coleta seletiva; 1 a procurar atendimento médico; 8 para evitar doenças; 3 para combater a poluição do ar e 4 a poluição do solo; 5 para proteger os recursos naturais (BARROS, 1998, p. 58, 88, 92, 96, 97, 100).

A coleção Ainda Brincando apresentou apenas 24 regras ou recomendações: 1 referente ao destino do lixo; 6 relacionadas a cuidados com o solo; 10 referentes a evitar doenças e 4 cuidados específicos para o sistema respiratório (SOUZA, 1987, p. 94, 113, 121).

A despeito da elevada quantidade de recomendações não houve preocupação em aprofundá-las de forma que o aluno compreenda o motivo da adoção desses comportamentos e hábitos. Tal problema ocorreu nas três coleções analisadas. Um exemplo disto encontra-se no livro Eu gosto de Ciências (PASSOS, SILVA, 199_, p.118) onde as recomendações “alimentar-se bem e nas horas certas” e “sentar corretamente” não foram complementadas pela explicação de sua relevância e de quais são as horas certas das refeições e os alimentos adequados para uma boa alimentação, bem como a forma correta de sentar, além da postura corporal adequada a ser adotada em diversas situações.

Tanto nos livros analisados como na saúde abordada pelos PCNs a função principal assumida pela instituição escolar em relação à educação em saúde é desenvolver valores, atitudes e comportamentos que devem ser adquiridos através de exemplos de ambientes e pessoas que adotam práticas saudáveis:

Os valores, que se expressam na escola por meio de aspectos concretos como a qualidade da merenda escolar, a limpeza das dependências, as atividades

propostas, a relação professor-aluno, são aprendidos pela criança na sua vivência diária. (BRASIL, 1997, p. 97).

No entanto, essa abordagem bancária de educação em saúde, na qual os alunos precisam apenas ser informados e reter essas informações esvazia a escola de suas funções primordiais de desenvolver a capacidade crítica e a autonomia de cada aluno para cuidar de sua saúde e da saúde de sua comunidade.

Freire (1991) auxilia a compreensão do que vem a ser o processo da educação bancária ao antagonizar dois grupos de homens na sociedade: o oprimido e o opressor. O oprimido é um sujeito a quem é imposto um modo de vida que o leva a um estado de “coisificação”, a ser homem-objeto, incapacitado de *ser mais* e de fazer a própria história. Já o opressor, é aquele que precisa moldar o pensamento do oprimido, sem, no entanto, mudar a situação de opressão, com a finalidade de manutenção de seu status quo.

A educação revela-se uma forte aliada dos opressores, através da utilização do que Freire (1991) chama de educação bancária. Nesta, o educando é tido como ignorante no sentido amplo, e ainda como puro “objeto” da educação; e a educação é vista como transmissão de um conhecimento restrito e caracterizada como sendo dever moral dos adultos. Em contrapartida, o autor defende uma concepção de educação problematizadora, também chamada libertadora, na qual há o entendimento de que o educando já porta conhecimentos quando chega à escola para aprender os saberes novos, ele também atua como sujeito da educação, onde, através do diálogo partilha conhecimentos.

Educar, no sentido freireano, é conhecer criticamente para criar e recriar o mundo, motivo pelo qual a educação é vista como ato político, e que, portanto, não pode ser neutro. Desta forma, a responsabilidade social e política da qual a educação é investida visa à tomada de conhecimento e consciência crítica do educando. Este conhecimento a ser desenvolvido deverá ser mediado pela práxis, pois ele só é investido de significado se atuar modificando o mundo (LEMME, 1988; GADOTTI, 1988; FREIRE, 1991; PINTO, 2000).

Referir-se a práxis pedagógica remete a questionamentos sobre os fatores que influenciam essa práxis, entre eles está a percepção que o professor possui de sua formação ou da ausência dela para desenvolver os temas de saúde na escola. Em face do questionamento “Você se sente preparada para trabalhar a saúde na escola? Por quê?” Sara entrou em contradição, pois apesar de ter respondido que se sente preparada passou a elencar uma série

de questões que precisam ser repensadas em sua formação, nos conteúdos propostos pela SEMEC e nos materiais pedagógicos dos quais a escola dispõe:

“Nunca tive uma preparação, um curso. Geralmente os conteúdos vêm da SEMEC e abordam mais as vacinas, os animais, as plantas, enfim. O conteúdo de higiene e saúde é muito superficial e geralmente é no final do ano. Eles exigem mais que se trabalhe o Meio Ambiente. Também o professor tem a liberdade de escolher os conteúdos. Cada professor verifica os conteúdos da série que vai trabalhar, formula as aulas e determina a metodologia. É verdade que deveríamos estar mais preparadas para passar mais conhecimento para os alunos.” (SARA).

Rute também entrou em contradição ao afirmar que se sente preparada para ministrar temas de saúde na escola e, logo em seguida, ser bem específica sobre os problemas que enfrenta, incluindo falhas em sua formação:

“Sim, na verdade tiro essa preparação do nosso próprio conhecimento, pois eu leio, assisto TV e também já tenho a noção básica de professor. É verdade que deveríamos estar mais preparadas para passar mais conhecimento para os alunos. Na realidade eu sinto falta de capacitação e de material didático tais como DVD para passa filmes pra eles, pois temos TV e aparelho de DVD, mas faltam-nos materiais de apoio. Quando eu falei de Meio Ambiente eu tive que pegar em outra escola as fitas sobre meio ambiente para passar pra eles.” (RUTE).

A professora Sara relata problemas que são comuns a outras escolas do campo, como já expostos nos dados censitários utilizados nesta pesquisa. Sobre a questão da formação inicial e continuada de professores Sara acrescenta:

“Nunca teve na escola nenhuma capacitação referente à saúde. Tem cursos pra os professores, encontros em que nos ensinam a trabalhar com os métodos novos e que está totalmente fora da realidade da escola. Teve uma vez que ocorreu um encontro de professores em que expomos nossas duvidas e ouvimos as dos colegas a fim de verificar e procurar soluções e ver o que deu e o que não deu certo. Isso foi muito bom. Mas geralmente as pessoas que vem ministrar os cursos vem de fora e não conhecem a realidade da escola, então desses cursos não se tira nenhum proveito.”(SARA).

O relato aponta que a política educacional de Marapanim não tem privilegiado os temas de saúde, muito embora estejam preconizados nos PCNs e nem tão pouco tem considerado elementos específicos da educação do campo ao formular os processos de

formação continuada do município. Nas *Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo* (2002) são apontados componentes essenciais desta formação: estudos que abordem a diversidade e o protagonismo das crianças do campo na configuração da qualidade social da vida da região; propostas pedagógicas que considerem a diversidade cultural e os processos de interação e transformação do campo, o acesso ao conhecimento científico e tecnológico e suas contribuições para a melhoria das condições de vida. Ao referirem-se a qualidade social da vida da região as *Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo* incluem a saúde nesse processo.

Sobre a pergunta “Quais as fontes de informação que você usa para trabalhar a saúde em sala de aula?” Sara alega basear-se unicamente em seus alunos para desenvolver temas de saúde, e Ruth afirma usar o livro didático e revistas enviadas pelo governo para a escola:

“Eu utilizo os meus alunos como fonte de informação. Eu vejo a necessidade deles e trabalho em cima disso. Eu nunca utilizei a internet como fonte de informação.” (SARA)

“Livros que o governo manda, revistas (Nova Escola e TV escola) e assisto TV em casa. Não uso Internet porque não tenho acesso.” (RUTE)

Sara indica um ponto positivo em relação às fontes utilizadas para atuar com os temas de saúde que, neste caso, é partir da realidade de seus alunos. Porém, alegar que “parte da realidade dos alunos”, não é necessariamente desenvolver o trabalho com temas de saúde numa perspectiva freireana. Os PCNs (1997, p.107), por exemplo, colocam esta opção aos professores “[...] pesquisar, recolher e elaborar informações sobre os usos e costumes da comunidade, analisá-los e avaliar sua eficácia é um caminho para articular conhecimentos, atitudes e possibilidades de ação”, no entanto, o parecer da ANPED (1996, p. 89) aponta que a forma como os PCNs estão estruturados indica uma abordagem voltada para alunos do espaço urbano. O trecho a seguir nos esclarece que:

[...] Dessa forma, se em vários momentos o documento defende o respeito a realidades diversas vividas por crianças e adultos de diferentes origens sociais, raciais e culturais, na realidade ele acaba por consagrar “uma” determinada visão, que pode ser identificada com determinados segmentos sociais diferenciadas em relação à imensa maioria dos brasileiros. Segundo essa interpretação, partilhada pela maioria dos analistas, por trás de uma visão idealizada da escola, dos professores e também dos alunos, esconde-se um conhecimento parcial da realidade escolar brasileira.

Mais relevante do que anunciar que se está desenvolvendo os temas de saúde numa perspectiva crítica, que considere os aspectos sociais, econômicos e culturais da comunidade, é que isto de fato ocorra. E para tanto, um trabalho pedagógico de qualidade não prescinde de embasamento teórico, de pesquisas em fontes diversas, de formação inicial e continuada e de uma análise crítica dos dados levantados.

Partindo da análise dos planos de aula e das entrevistas aplicadas constatei que as duas professoras utilizam os livros didáticos como fonte de informações, mas que em suas sínteses não destacam elementos da realidade da comunidade, como será exposto a seguir no texto elaborado pela professora Sara com base nos livros didáticos utilizados e registrado em seu plano de aula:

O Corpo Humano

O corpo humano é uma máquina em que todas as partes estão relacionadas umas com as outras.

O corpo humano esta dividido em quatro partes: cabeça, pescoço, tronco e membros.

A cabeça é formada pelo crânio pela face.

O pescoço liga a cabeça ao tronco.

O tronco é formado pelo tórax e o abdômen.

Os membros estão presos ao tronco. Temos os membros superiores (braços) e os membros inferiores (pernas).

O corpo humano é formado por pequenas partes vivas chamadas células.

As célula possuem formas e tamanhos diferentes.

A maioria das células do nosso corpo são muito pequenas e só podem ser vistas através de um microscópio.

A célula é formada de três partes: membrana, citoplasma e núcleo.

[...] a reunião de vários órgãos forma os aparelhos respiratório, circulatório, digestivo, urinário, reprodutor, o sistema ósseo, músculos, sistema nervoso e outros.⁶¹

Fica evidente que o texto foi estrategicamente organizado em frases curtas para ser memorizado, numa visão estritamente biológica do que seja o corpo humano. Não há em nenhum momento a relação entre o corpo humano e o ambiente, ou com questões que permitam ao aluno compreender a função e importância de cada órgão e parte do corpo para sua saúde. Em seguida, Sara elenca 22 questões de reconhecimento cujas respostas facilmente são identificadas pelo aluno no texto, sem que o mesmo precise analisar ou problematizar o

⁶¹ Texto produzido pela professora Sara e registrado em seus planos de aula a partir dos livros didáticos por ela adotados.

tema tratado. Como exemplo: “Onde os membros são presos?; O que mantém as células vivas? Como está dividido o corpo humano?; O que é o corpo humano?”.⁶²

Sara relata empreender um esforço considerável para incluir temas que interessam aos alunos “*os meus alunos se interessam pelos temas referentes à sexualidade em geral*”, mas reconhece “[...] *é raro eu abordar temas de saúde em sala de aula. Mas eu percebo a necessidade de que este tema seja tratado*”. Pude verificar que existe pressão sobre as professoras para que cumpram os conteúdos enviados pela SEMEC, nos quais a saúde não possui destaque, por isso, mesmo cientes da importância de desenvolver temas de interesse das crianças ao tratar dos temas de saúde estes acabam ficando isolados na disciplina de Ciências e no fim do ano letivo como afirma Sara “[...] *O conteúdo de higiene e saúde é muito superficial e geralmente é (ministrado) no final do ano*”. Tal problemática também é apontada no tema transversal saúde (BRASIL, 1997, p. 98) como resquício da inserção dos programas de saúde restritos a disciplina de Ciências:

[...] o foco é colocado numa formação sobre saúde e na coincidência de conceitos que fundamentou a proposta clássica de inserção dos programas de saúde no escopo da disciplina de Ciências Naturais. Entretanto, essa estratégia não se revelou suficiente para a garantia de abordagem dos conteúdos relativos aos procedimentos e atitudes necessários à promoção da saúde.

O resultado disto é que a saúde na Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães adquiriu um status de conjunto de regras sem significado que os alunos precisam memorizar para obter boas notas, influenciando a formação de sujeitos de modo que não haja sensibilização dos mesmos a respeito da multicausalidade atuante na saúde de sua comunidade, e que por tanto, serão tolhidos em seus direitos de lutar por melhores condições de saúde.

A partir destas premissas é possível compreender que a educação, e conseqüentemente os conhecimentos selecionados para serem ensinados, podem ser utilizados tanto para a manutenção do *status quo*, configurando um aspecto negativo do uso do poder⁶³, como para a transformação da sociedade, denotando um aspecto positivo do uso do poder⁶⁴. Nesse sentido,

⁶² Questões elaboradas pela professora Sara e registradas em seus planos de aula. Outras questões encontram-se nos Anexos A, B e C.

⁶³ Apple (1989, p.26,) nos auxilia a compreender este processo afirmando que “o sistema cultural e educacional é um elemento excepcionalmente importante na manutenção das relações existentes de dominação e exploração nessas sociedades”

⁶⁴ Um dos exemplos de aspecto positivo do uso do poder é a possibilidade de construção de instituições que atendam as necessidades de comunidades menos favorecidas numa perspectiva democrática.

autores expoentes da educação crítica como Apple (1997) e da Educação em Saúde numa perspectiva ampliada e crítica como Sabóia (2003) indicam a existência de conflitos na definição do conhecimento oficial onde os atores sociais envolvidos no processo podem aceitar, negociar ou transformar os conhecimentos, de acordo com seu contexto histórico, econômico, político e social, e acrescentam ainda que fatores como classe, raça, religião, gênero e cultura são determinantes para nortear estas definições. Deste modo, a teoria crítica curricular nos esclarece que as práticas pedagógicas se relacionam às práticas sociais, sendo função de um educador crítico identificar as injustiças presentes em tais práticas.

Na análise crítica da realidade da educação em saúde o currículo tem assumido centralidade por conter a relação entre saber, poder e identidade. Não é por acaso que as reformas educacionais têm focado atenção nas políticas curriculares, pois é no currículo que ocorrem os entraves a respeito dos diversos significados sobre o social e o sobre político. Neste sentido, o currículo assume um caráter simbólico através do qual os grupos sociais explicitam sua concepção e seu projeto social. Silva (2001) afirma a respeito do poder das políticas curriculares que:

[...] as políticas curriculares interpelam indivíduos nos diferentes níveis institucionais os quais se dirigem, atribuindo-lhes ações e papéis específicos: burocratas, delegados, supervisores, diretores, professores. Elas geram uma série de outros e variados textos: diretrizes, guias curriculares, normas, grades, livros didáticos, produzindo efeitos que amplificam os dos textos-mestres. As políticas curriculares movimentam, enfim, toda uma indústria cultural montada em torno da escola e da educação: livros didáticos, material paradidático, material audiovisual (p.11).

Quando a política curricular é transformada em currículo terá diversos efeitos no espaço escolar criando hierarquias e atribuindo papéis a cada sujeito atuante neste espaço, bem como elegendo alguns conhecimentos e sujeitos e excluindo outros. “O currículo - tal como o conhecimento e a cultura - não pode ser pensado fora das relações de poder.” O currículo também está presente nos livros didáticos utilizados na Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães, por isso destaque entre as questões metodológicas dos mesmos as ilustrações (SILVA, 2001, p. 16).

Ao analisar os livros adotados pela referida escola verifiquei que estes possuem características importantes para análise do desenvolvimento da Educação em Saúde na escola, entre elas as ilustrações. Na coleção Eu Gosto de Ciências as ilustrações são representadas em figuras e fotos coloridas, muitas sem legendas explicativas (PASSOS, SILVA, 199_, p.96) e sem escalas nos desenhos que permitam ao aluno compreender que um microorganismo, por

exemplo, não pode ser visto a olho nu (p. 129) registrada na figura 1 exposta a seguir. Algumas ilustrações ocupam desnecessariamente quase a página inteira (p.97), dando a entender que tal opção pode ter sido utilizada para preencher a falta de conteúdo e encarecer o livro didático. Em contrapartida existem, em menor número, desenhos ricos em legendas, gráficos e esclarecimentos, como no que se refere à Mecânica respiratória (p. 98) presente na figura 2 exposta a seguir, e a água salgada e doce do planeta (p. 26).

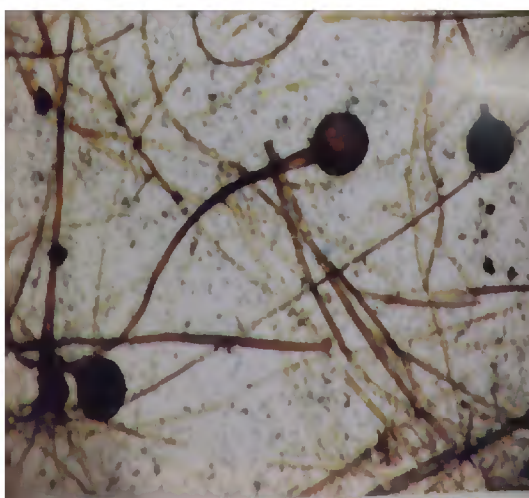


Fig.1. Microorganismos
Fonte: Passos, Silva (199_)

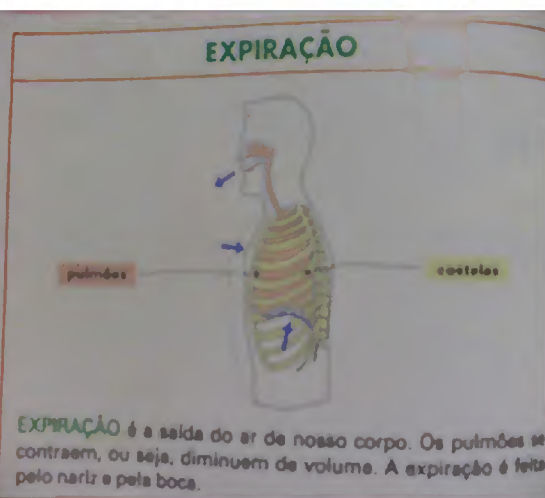


Fig.2.Mecânica Respiratória
Fonte: Passos, Silva (199_)

No livro *Quero Aprender* as ilustrações se caracterizam como desenhos coloridos e, em sua maioria foram consideradas corretas. Em menor quantidade, se encontram as ilustrações aceitáveis que carecem de legendas e notas explicativas para auxiliar a compreensão do aluno a respeito dos temas tratados. Um dos pontos positivos é que as figuras relativas à reprodução e aos órgãos sexuais mostram as partes anatômicas internas e externas envolvidas no processo (BARROS, 1998, p. 40, 67, 68). No capítulo intitulado “Órgãos dos sentidos” (p. 62-64) as ilustrações procuram associar o órgão estudado à sua função retratando atividades de rotina realizadas pelas crianças e suas famílias, entre elas destaco a figura 3 exposta a seguir, este mesmo cuidado não ocorreu na maior parte das figuras de outros capítulos desta coleção. Martins e Gouvêia (2005) em estudo sobre a leitura de imagens em livros didáticos constatou que os alunos realizam leituras descritivas, especialmente de aspectos comuns e cotidianos das imagens, mostrando dificuldades para identificar elementos abstratos e que não possuem uma representatividade em seu contexto. Isto só vem comprovar

a relevância da utilização de imagens que se associem ao cotidiano do aluno a fim de facilitar o aprendizado.



Fig. 3. Órgão da audição
Fonte: Barros (1998)



Fig. 4. Tato
Fonte: Barros (1998)

No livro *Ainda Brincando* (SOUZA, 1987) as ilustrações são fotos e desenhos coloridos, predominando os desenhos. A maioria das ilustrações foi considerada correta, pois mesmo que os desenhos prevaleçam (a qualidade estética dos desenhos é menor em relação às fotos) o autor procurou associar os elementos estudados a práticas rotineiras das crianças e de suas famílias, como a pesca, a agricultura, hábitos de higiene e função de órgãos dos sentidos alguns deles expressos a seguir nas figuras 4 e 5 (p.62, 112, 113, 117). Exceção são os capítulos referentes aos órgãos do corpo humano retratados unicamente em seu aspecto anômico.

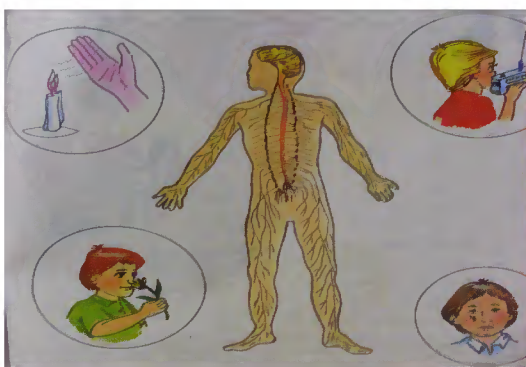


Fig. 5. O comando do corpo
Fonte: Souza (1987)



Fig. 6. Agricultura
Fonte: Souza (1987)

Martins e Gouvêia (2005) comprovaram a importância de imagens mais nítidas para favorecerem o entendimento. Aliado à nitidez das imagens a forma como são apresentadas tendo o homem como influenciador e influenciado por seu contexto auxilia a compreensão do aluno sobre a intervenção necessária das pessoas em prol de uma melhor qualidade de vida e de saúde.

De forma geral, averigui que a maioria dos livros analisados apresenta ilustrações corretas, somente a coleção *Eu gosto de Ciência* apresenta problemas como o tamanho das imagens e a pouca frequência de notas explicativas tendo sido considerada aceitável. O livro didático, porém, é apenas um dos elementos que ajuda a compreender a forma como as professoras ministram os temas de saúde, também é necessário considerar os problemas que elas identificam em seus alunos e que demandam a abordagem de determinados temas da área da saúde ou de temas que se articulam a ela.

Sobre os problemas que Sara verifica entre seus alunos ela explana:

“Eu percebo muitos problemas de ordem sexual entre os meus alunos como a homossexualidade e a iniciação sexual precoce, mas quando tento conversar com os pais eles não aceitam, não acreditam em mim e não me dão atenção.”(SARA)

Para a educadora, abordar questões como a homossexualidade e a iniciação sexual precoce é algo difícil, pois os familiares das crianças se recusam a cooperar com a escola. Porém, este é um aspecto da realidade de seus alunos que não pode ser ignorado. Antes, oferece uma rica oportunidade de trabalhar concepções de saúde e de sexualidade livres de preconceito e de fomentar entre as crianças atitudes de valorização das diferenças. Para tanto, é necessário trabalhar em articulação com os serviços de saúde oferecidos pelo município, conforme o que foi estabelecido pelas *Políticas de Saúde Integral das populações do campo e da floresta* (2008b, p. 13) como princípios e diretrizes:

Formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas dessas populações com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental.

Sobre o trato do tema da sexualidade nos PCNs, que envolve necessariamente a saúde, a ANPED (1996) indica a necessidade de que isto ocorra de forma contextualizada á realidade

dos alunos. Lima (2002) afirma que é possível desenvolver temas de saúde articulados às discussões de cunho ambiental, sexual, social e ético, ente outros temas. Porém, acusa a fragmentação presente nos PCNs ao analisar os temas transversais propostos e organizados em volumes diferenciados.

Para esclarecer o caráter que esta articulação assume na Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães Sara foi questionada sobre “Que ações de saúde são desenvolvidas na escola e/ou pela escola?” respondendo: “*Palestra de saúde bucal e higiene e saúde*”. Rute, por sua vez, esclarece que apenas o conteúdo de saúde bucal foi abordado com a participação de um cirurgião-dentista: “*Na comunidade a gente já chamou o agente de saúde, trouxemos dentista [...] e a parte de higiene a gente procura dar em sala.*” Compreendi que na referida escola conteúdos como a higiene são desenvolvidos prioritariamente em sala de aula, embora diversos autores apontem que, não apenas este, como muitos outros temas de saúde possam e devam ser explorados em atividades realizadas nos espaços da comunidade como a cantina da escola, a barraca de lanches, a cozinha de alguns moradores, entre outros. Apesar disso, o tema transversal saúde não destaca essas possibilidades de atuação na educação em saúde (BRASIL, 1997; MOHR, 2002; BARBOSA, 2007).

Sobre a forma como ocorre a articulação entre a escola e os demais serviços prestados à comunidade a Agente Comunitária de Saúde Lola esclarece que “*Esse ano a gente trabalhou aqui só com higiene corporal e física.*” Sobre o caráter da intervenção apontou a realização de palestras cuja duração foi “*8h da manhã e terminou as 13h*”. Ela relatou que nessas intervenções de caráter isolado e pontual não ocorre a participação dos pais dos alunos, isto acaba por estabelecer um círculo vicioso em que a família dos alunos não se comunica com a escola sobre a saúde de suas crianças e estes por sua vez não sentem liberdade para se comunicar com suas famílias:

“A gente pega mais as crianças aqui da escola, quase não vem pais, pois eles trabalham. A gente tem vontade de trabalhar com os adolescentes, inclusive tivemos uma conversa com a supervisora para trabalharmos com eles sobre doenças sexualmente transmissíveis. Esse é um trabalho muito sério e geralmente os pais não gostam muito, mas temos o dever de mostrar a realidade para que esses adolescentes não sofram as conseqüências mais tarde. Muitas das vezes eles estão com a doença e os pais nem sabem e muito menos como orientar, pois não tem conhecimento. E na maioria das vezes os adolescentes até escondem por vergonha ou por medo” (LOLA)

A respeito da inserção da família nas práticas de Educação em Saúde os PCNs indicam a necessidade de que haja um “trabalho conjunto da escola com a família e demais grupos de referência, [...] levando-se em conta os recursos disponíveis e os padrões culturais consagrados” (BRASIL, 1997, p. 108). Embora os “padrões culturais consagrados” não sejam os únicos que devem embasar a prática da Educação em Saúde e sim a diversidade cultural existente concordo com a premissa de que deve haver a participação da família dos alunos nesse processo. Ainda que os PCNs se refiram brevemente a esta questão o parecer da ANPED (1996) aponta que o referido documento não confere a devida importância ao papel da família no aproveitamento escolar das crianças.

O papel de destaque da família na Educação em Saúde foi averiguado por diversas pesquisas, entre elas destaco Bagnato (1990) que ao investigar a Educação em Saúde no Ensino Fundamental em São Paulo averiguou que a família e o ambiente influenciam muito mais os alunos na adoção de hábitos saudáveis do que a educação em saúde realizada no âmbito da escola sem a inclusão destes elementos. Sieres e Zabala (1986), por sua vez, criticam a atuação isolada de instituições da área da saúde ou afins na escola por que os professores não se sentem parte destas iniciativas e por que as mesmas não possuem continuidade. É evidente que a articulação entre professores, os serviços oferecidos à comunidade e às famílias dos alunos apesar de ser um fator relevante não vem ocorrendo de maneira satisfatória na Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães.

Ao abordar os PCNs de saúde na entrevista através da pergunta “Você já teve acesso aos PCNs de saúde?” obtive respostas negativas das duas professoras. E em seguida, coloquei a questão “Você encontra dificuldade para trabalhar com o tema saúde na escola? Por quê?” com as seguintes assertivas:

“Não [...] Depende do tema. Porque minha fonte de informação é a realidade dos meus alunos.” (SARA)

“Creio que só os problemas de infra-estrutura, pois os pais aceitam bem, até mesmo porque a maioria deles é pobre e não tem como cobrar. Muitas pessoas acham que a educação física é só fazer ginástica, mas não é. Eu procuro englobar um pouco de tudo. Eu procuro colocar jogos de português, matemática, Ciências, história a fim de ampliar a visão deles” (RUTE)

Em face do relato exposto as dificuldades em trabalhar a Educação em Saúde na escola existem, tendo sido citados problemas de infra-estrutura e a variedade de temas de

saúde, para os quais, subentenderam não estarem preparadas. Além disso, a professora Rute colocou que os pais não questionam os problemas de infra-estrutura da escola, pois sua condição de pobreza inviabiliza que o façam. É um paradoxo que uma educadora que atua na realidade dos povos do campo possua esta idéia errônea de que as pessoas de baixo poder aquisitivo, ou mesmo, que ocupam lugares de pouco destaque na sociedade não são capazes de lutar por seus direitos. Uma educação crítica, que almeja mudar a sociedade, jamais poderia ser fruto da ação dos opressores. Freire (1987) salienta que somente os oprimidos (incluindo neste grupo os sujeitos da comunidade e os pais dos alunos) poderão ser sujeitos da própria libertação, superando assim, a contradição envolvida em sua situação e gerando a síntese: um “homem novo”. O *Movimento Por uma Educação do Campo* parte justamente das necessidades destes sujeitos e luta pela garantia de seus direitos a saúde, a educação e por melhores condições de vida. Mas este não foi o único aspecto em que as professoras adotaram posições que demandam revisões, também houve referência à utilização da realidade dos alunos como condição suficiente e isolada para desenvolver os temas de saúde na escola.

A professora Sara afirmou que a dificuldade para desenvolver o tema de saúde nem sempre ocorre por que ela toma como base a realidade dos alunos. A compreensão da realidade dos alunos por si só, quando não é acompanhada de uma formação teórica sólida que permita a problematização destes temas e de boas condições de trabalho, incluindo aí aspectos de infra-estrutura da escola, não consegue atingir os objetivos propostos pela educação em saúde em uma perspectiva crítica e transformadora. Delizoicov (1995) em pesquisa sobre a prática pedagógica em Educação em Saúde de professores do Ensino Fundamental em São Paulo e Florianópolis encontrou preponderância da Educação em Saúde numa perspectiva bancária ou tradicional apontando que a maioria das instituições aos quais pertenciam os professores da perspectiva bancária não oferecia uma política de formação continuada.

Sobre a questão da inclusão de “padrões culturais consagrados” (1997, p. 108) sugerida nos PCNs me coloco a seguinte questão: Qual é o lugar do campo nos PCNs? Nos objetivos gerais de saúde para o ensino fundamental dos PCNs há referências a relacionar os temas de saúde com o contexto social, cultural, econômico e físico da escola e a recomendação de “conhecer formas de acesso aos recursos da comunidade e as possibilidades de utilização dos serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1997, p. 101). Isto aponta um discurso em que as peculiaridades de cada região e escola onde os PCNs serão aplicados supostamente serão consideradas. Em contrapartida, a

efetivação destes objetivos está embasada numa abordagem que considera os “padrões culturais consagrados” (BRASIL, 1997, p. 108) como referência, e que, por tanto, visualize as demais culturas a partir da cultura tida como ideal. Sobre isto o parecer da ANPED (1996) aponta que neste documento existem dificuldades em elaborar uma proposta educacional para as escolas de periferia, para as multisseriadas e para os professores das mesmas.

É necessário que os sujeitos do campo tenham acesso tanto aos conhecimentos locais quanto aos conhecimentos globais para que possam ter melhor compreensão das mais diversas questões que influenciam sua comunidade e, assim, decidir-se por modificá-las ou mantê-las. Mas a principal questão é a forma como tais conhecimentos são desenvolvidos na escola: partindo da cultura dominante como sendo a ideal ou partindo da cultura local como sendo parte essencial das identidades dos sujeitos do campo.

Nesse sentido coaduno com a visão de cultura exposta por Williams (1989) para o qual aprender também é ordinário, assim, os sujeitos devem aprender de tudo, e não apenas os conhecimentos diretamente relacionados às necessidades do local onde se situam, mas toda a diversidade de culturas possível. Desta forma, através da educação é possível promover a consciência e significações dos diversos mundos vividos.

A educação defendida por Williams (1989) deve expandir os conhecimentos, e promover a igualdade entre os sujeitos. Ele propõe a adoção de uma cultura social comum, onde o contato com os conhecimentos seja propiciado a todos, como forma de possibilitar a essas pessoas a livre escolha de qual caminho tomar. Assim como Apple (1997), salienta que a seleção de conhecimentos não é neutra, Williams aponta que não há cultura neutra, e que toda cultura é construída e contextualizada na história. O educador que se proponha a discutir a cultura deve, então, destacar as reorganizações sociais, as interações institucionais, as criações comunitárias, os efeitos políticos e econômicos almejados pela produção de cultura. Para ele, a educação é um recurso por meio do qual se promove a consciência e significações de diversas culturas. Desta forma, percebe-se a relevância de uma educação relacionada com a vida prática, com a realidade social, suscitando a auto-reflexão.

Apple (1989, p. 26) nos esclarece que “o sistema cultural e educacional é um elemento excepcionalmente importante na manutenção das relações existentes de dominação e exploração nessas sociedades”. Isso nos possibilita compreender que a educação, e consequentemente os conhecimentos selecionados para serem ensinados, podem ser utilizadas tanto para a manutenção do status quo como para a transformação da sociedade, se tais

estratégias educativas estiverem atuando juntas com os demais fatores sociais. Percebemos, então, que a teoria crítica nos esclarece que as práticas pedagógicas se relacionam às práticas sociais, sendo função de um educador crítico identificar as injustiças nela presentes.

Pude constatar que Sara, mesmo não tendo acesso à saúde enquanto elemento abordado pelos temas transversais, à materiais didáticos diversos, à biblioteca e recursos como a internet não aceitou o livro didático enviado pelo MEC à sua escola para o ano de 2009, considerando-o “[...] fraco para o desenvolvimento dos meus alunos”. Desta forma, ela procura sintetizar e utilizar em suas aulas dados de três livros que considera serem mais adequados aos seus alunos demonstrando que apesar das limitações é capaz de resistir às situações contrárias. É fato que nesse processo existem contradições e resistências no espaço escolar, Apple (1989) apontou que as escolas não são lugares onde uma determinada cultura e ideologias são simplesmente impostas, mas que se configuram em locais onde esses elementos são produzidos.

Esta característica contestadora do currículo remete a Caldart (2003, p. 3), pesquisadora de destaque da área de educação do campo, que afirma que *“a escola não move o campo, mas o campo não se move sem a escola”*. Identifico a educação como parte extremamente importante de um projeto de desenvolvimento para os povos do campo, onde, é necessária a articulação aos demais elementos que envolvem o contexto de vida dos sujeitos do campo. Desse modo, um projeto educativo que vise considerar as identidades dos sujeitos do campo em seu processo de ensino-aprendizagem não se limitará a reproduzir a situação de exclusão a qual estas pessoas têm sido submetidas até então, mas fornecerá instrumentos através dos quais estes sujeitos poderão se articular em prol de uma melhor qualidade de vida que lhes é de direito. Em face disto, me coloco a refletir sobre o poder que possuem os educadores de transformar a realidade do campo se estes forem preparados, ouvidos e incluídos num projeto de desenvolvimento para o campo na Amazônia. Isto suscita a discussão sobre a importância que os conhecimentos sobre saúde têm para a vida dos alunos do campo, de seus pais e da comunidade local, tema que será discutido no tópico *“Da escola para a vida”*.

Eixo - Da escola para a vida: o uso dos conhecimentos em saúde

Sobre a utilidade dos conhecimentos de saúde desenvolvidos na escola para a vida dos alunos exposta na pergunta “Esses conhecimentos de saúde são úteis para a sua vida? Por quê?” todas as respostas foram positivas. Do total de 12 alunos, 5 relacionaram a relevância dos conhecimentos de saúde à manutenção da saúde e à ausência de doenças, 3 indicaram que tais saberes levam à adoção de práticas saudáveis de higiene e alimentação e 2 apontaram que esses saberes permitem o auto-cuidado:

“Sim, para manter nossa saúde.” (ESTER)

“Sim. Por que eu fico com saúde.” (MATEUS)

“Sim, para não adoecer.” (REBECA)

“Sim, temos que cuidar da saúde pra não ficarmos doentes.” (DALILA)

“Sim. Por que assim eu não fico doente.” (LUCAS)

“Sim, porque quando eu chego em casa eu lavo as mãos, escovo os dentes, tomo banho.” (DINÁ)

“Sim. Porque ela passa e cai na prova e eu também posso usar no meu dia a dia como: escovar os dentes, tomar banho, cortar as unhas.” (EVA)

“É importante se alimentar bem para manter a saúde.” (SANSÃO)

“Sim, porque a gente aprende a cuidar da saúde.” (GADE)

“Sim. Por que eu aprendo a me cuidar.” (JEREMIAS)

Tais relatos reforçam a concepção unicausal de saúde, pois a maioria das crianças associou a saúde à adoção de cuidados preventivos de higiene e alimentação e à ausência de doenças, como se a saúde na escola e na vida se restringisse ao enfoque receituário, onde a responsabilização pela saúde da comunidade é somente do indivíduo. Partindo dessa perspectiva, não seriam considerados os diversos elementos que influem no estado de saúde dos sujeitos, incluindo aspectos sociais, econômicos e culturais.

Sobre este posicionamento considero relevante analisar a relação que os livros didáticos utilizados na referida escola estabelecem com o meio ambiente, bem como a adequação dos mesmos à realidade cultural e econômica da comunidade onde a escola está situada.

As três coleções adotadas nesta escola procuram dedicar capítulos específicos ao meio ambiente e, prioritariamente, são apenas nestes capítulos que se encontram relacionados os temas saúde e meio ambiente, carecendo de maior aprofundamento. A coleção Quero

Aprender, por exemplo, estabelece essa relação de maneira superficial nos capítulos dedicados a “A água”, “Como proteger os recursos naturais” (p. 87-89), “A poluição do ambiente” (p. 90-94), “Saneamento Básico” (p.95-96), “Coleta e Reciclagem de lixo” (p. 97-98). Este último, por exemplo, informa que “[...] o lixo exposto apodrece e alimenta gatos, cachorros [...] que transmitem doenças quando tem contato com as pessoas” (p. 97). Em contrapartida, não há referências ao meio ambiente nos capítulos que tratam especificamente do corpo humano e suas funções, alimentação e primeiros socorros (BARROS, 1998, p.79-86).

A coleção *Eu Gosto de Ciências* aborda recomendações em relação à alimentação e a hábitos de higiene que são inviáveis às famílias de menor poder aquisitivo. Como exemplo destaca-se a importância de “comer alimentos variados” (PASSOS, SILVA, 199_, p. 115) e em relação à higiene mental recomenda “[...] ler bons livros [...] ir a parques, cinemas e teatros” e realização de atividades como “[...] colecionar selos, [...] cartões postais” (p.119). Estes exemplos estão muito distantes da realidade cultural e econômica dos povos do campo. Observei também a inclusão da recomendação de “evitar vícios”, embora não seja feita nenhuma referência ao problema da violência (p. 120). Desta forma, na referida coleção levantei que não houve a adequação à realidade cultural e econômica da comunidade local.

A relação estabelecida entre os conteúdos da coleção *Quero Aprender* e as questões culturais que envolvem o contexto dos sujeitos do campo para facilitar a compreensão dos temas tratados não foi identificada. As raras referências a este tópico estavam presentes em figuras que retratam o gado, a plantação (BARROS, 1998, p.79) e os rios (p.100) que por se encontrarem isoladas e descontextualizadas do que abordava o texto torna difícil para o aluno relacionar a importância dos conhecimentos adquiridos na escola para a melhoria de sua qualidade de vida. Para exemplificar, o capítulo direcionado à função e importância da água (cuja ilustração encontra-se exposta na figura 7) apresenta uma figura de peixes dentro do aquário e de crianças tomando banho na piscina (p. 79), realidades que não são comuns às crianças que vivem no campo. Por tanto, nesta coleção não houve a adequação à realidade cultural e econômica os sujeitos aos quais ela se destina.

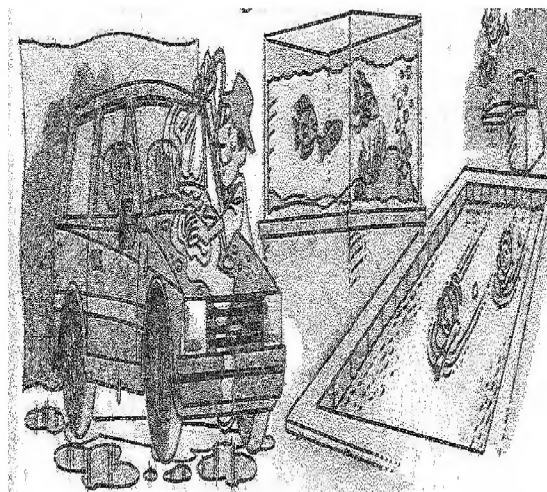


Fig 7. A água
Fonte: Barros (1998, p.79)

A coleção *Ainda Brincando* procura utilizar figuras e exemplos que podem ser identificados na rotina de famílias de menor poder aquisitivo, e mesmo de famílias que vivem no campo, ainda que não aprofunde essa abordagem. Alguns exemplos são ilustrações de atividades como a pesca e a agricultura, e as referências às atividades de regar as plantas, cantar e ouvir rádio, alguns exemplos estão presente na figura 5. Em contrapartida, verifiquei em menor quantidade figuras que não se adéquam à realidade dos sujeitos do campo como a atividade de tomar banho no chuveiro, exposta na figura 8. Por tanto, identifiquei a adequação à realidade cultural e econômica nesta coleção como presente, porém “em parte”, pois a mesma poderia abarcar todas as ilustrações do livro (SOUZA, 1987, p. 101, 102, 112, 113).



Fig 8.Utilidade da água
Fonte: Souza (1987, p.62)

Aos pais dos alunos foi questionado “Como você vê a saúde em seu município?” sendo que a maioria dos pais (8) demonstraram ter uma concepção predominantemente negativa e apenas 4 pais revelaram uma concepção positiva da saúde do seu município:

“A nossa comunidade não recebe assistência em relação à saúde. A prefeitura até faz a parte dela, mas os funcionários nem sempre faz a deles. O agente de saúde aparece aqui de 15 em 15 dias. Se formos comparar a nossa comunidade em relação a outros estados brasileiros em termo de saúde, ela está muito bem.” (PAULO)

“É precária, pois não chega atendimento para todas as pessoas. É preciso sair daqui pra ser avaliada. Tem um médico mais não consegue atender todas as pessoas.” (NOEMI)

“Não gosto. Na nossa comunidade só atendem doenças comuns, quando fica mais sério é ruim pra ser atendido.” (LOLA)

“Não é boa. Aqui não somos todos atendidos pelos médicos.” (SAMUEL)

“É ruim. Tem tratamento que agente não tem aqui.” (TABITA)

“A saúde aqui vai mal. O médico vem, mas nem sempre tem remédio e tem exame que tem que fazer em outro lugar.” (BETÂNIA)

“Ruim. Quando nós ficamos doentes e precisa ir ao médico de Castanhal ou Belém, demora muito.” (JUDITE)

“É péssima. Quando tem febre e diarreia agente toma remédio que nós mesmos faz. Mas quando é doença grave é difícil ter exame e médico.” (SUSANA)

“É boa, não vejo pessoas com malária. Ocorrem apenas problemas de pele, mas temos sido bem acompanhadas pelo agente de saúde.” (ISABEL)

“As pessoas aqui não ficam doentes sempre, mas quando tem doente agente prefere tomar os remédios que nós mesmos fazemos.” (ABIGAIL)

“É boa. Nós vivemos aqui no meio das árvores, comendo manga e se adocece nós toma chá.” (ISMAEL)

“Eu acho que é boa. Nós come frutas, toda semana vêm uns médicos aqui, pra mim tá bom.” (TAMAR)

Como exposto nos relatos, entre os pais dos alunos, predomina uma visão negativa da saúde no município, e isto está associado à precariedade dos serviços de saúde e a demora para ter acesso a atendimento de média e alta complexidade como exames e internação hospitalar. O depoimento da professora Rute também demonstra a insatisfação com a situação de saúde da comunidade “[...] Agente morre e não consegue o exame. Quando se tem dinheiro faz particular, mas aqui nem todos tem. Seria importante ter em cada comunidade um posto de saúde ou pelo menos um médico que atendesse direito”. Esta realidade precária da saúde da população do campo também foi referida por Teixeira (2001) em pesquisa aplicada junto a populações ribeirinhas da Amazônia Paraense onde existem problemas como ausência de uma unidade de saúde nas comunidades, carência de profissionais de saúde e falta de articulação entre os serviços de saúde e a população.

Os familiares dos alunos crêem que a manutenção da saúde também deve ter a participação do poder público, e que a responsabilidade pelo bom atendimento recai quase exclusivamente sobre os profissionais de saúde. Porém, penso que os problemas de saúde da comunidade demandam soluções que devem ter a participação de todos. O poder público, por exemplo, deve disponibilizar condições adequadas de trabalho e formação continuada aos profissionais de saúde e infra-estrutura que viabilize os atendimentos, o que de fato não vem ocorrendo no caso deste município. Os profissionais de saúde, por sua vez, devem assumir a responsabilidade que lhes cabe de se articular às instituições e líderes da comunidade como a escola, a igreja e a liderança comunitária, afim de que seus esforços venham ao encontro das necessidades dos sujeitos que ali vivem. A comunidade deve conhecer e exigir seus direitos à saúde e à educação, de forma que haja o diálogo entre os atores sociais envolvidos nestas questões e não apenas ações isoladas e verticalizadas como o caso das palestras de saúde bucal já relatado anteriormente.

Uma das condições para desenvolver não somente a capacidade de analisar as condições de saúde de sua comunidade, mas, também de reivindicar seus direitos os sujeitos do campo precisam ter acesso a educação em saúde numa perspectiva libertadora e emancipadora. É através desta educação que é possível construir a consciência crítica, que na reflexão freireana, se revela como fundamentação do processo libertador por resultar das relações dialéticas homem-mundo, da sua inserção e integração nesse mesmo mundo, da superação da restrita apreensão dos fatos, passando a entendê-los em seus nexos causais. Desta forma, ela é o ápice do processo de conscientização, pois conduz ao auto-conhecimento do homens enquanto pessoas.

A conscientização, enquanto aprofundamento da tomada de consciência supera a mera apreensão superficial da realidade, evoluindo para uma fase crítica que é a investigação da realidade nas suas estruturas, conformando assim, uma inserção crítica na história. Este conhecimento problematizador da realidade irá requerer do sujeito pensante uma ação modificadora do objeto cognoscível, ou seja, uma ação humanizadora sobre esta conjuntura por ele analisada. Esta noção de consciência crítica também é enfatizada por Pinto (2000) que a denomina autoconsciência.

Entre os sujeitos cuja visão sobre a saúde do município é positiva percebo uma percepção que associa a saúde da população à prática da medicina popular e ao tipo de alimentação adotado pela comunidade. As propriedades medicinais de ervas e frutas da

Amazônia têm sido muito utilizadas pelos povos amazônidas e inclusive, algumas já foram comprovadas cientificamente. Del Priory e Venâncio (2006) apontam que os camponeses coloniais adotaram os conhecimentos oriundos da cultura indígena passando a cultivar nas roças uma variedade de plantas medicinais: a samanbaia, a capeba, a caroba, o ananás, entre outros.

Teixeira (2007) analisou as representações sobre medicina popular de alunos e professores de São José do município de São Domingos do Capim averiguando que as mesmas vêm sendo transmitidas oralmente de geração em geração e provem de práticas de cuidado indígenas. A autora afirma que a persistência destes conhecimentos entre as práticas de cuidado da comunidade pesquisada configura-se em uma forma de resistência dos sujeitos à medicina oficial. Este fenômeno, por sua vez, produz novos saberes e apropria-se de saberes num processo de negociação entre os saberes da medicina oficial com os da medicina popular.

Desta forma, identifiquei que a medicina popular está presente nas práticas de cuidado de saúde adotadas pela comunidade e considero este um fator relevante que deve estar presente na educação em saúde desenvolvida na escola. Esta posição também é assumida por Teixeira (2007) ao sugerir um projeto educativo no campo da saúde na Amazônia que efetue uma negociação cultural, desafiando conceitos totalizadores a fim de promover a emancipação e a autonomia dos sujeitos do campo. Este processo de resistência também ocorre na comunidade Livramento, como fica claro no depoimento de Mara, a Agente Comunitária de Saúde do local:

“[...] quando faço visita eu pergunto: Você tratou a água? Pois o índice de diarreia é muito grande [...] isso ocorre não é por falta de informação e sim por falta de higiene. Vamos supor: Se eu te digo: Luana esse líquido é pra você colocar na sua água para evitar diarreia, verminoses. Eu converso com você, te oriento e te digo: isso é pra você colocar 2 pingos em dois litros de água. No outro dia eu passo e a pessoa tá lavando roupa com hipoclorito. Não é falta de orientação e sim de participação ou vontade do usuário. Mas graças a Deus muitas pessoas estão se conscientizando e me procuram para me pedir hipoclorito para colocar na água. É bom quando a gente consegue ver isso, pois é fruto do nosso trabalho. Essa resistência também ocorre com o soro caseiro, muitas pessoas preferem se curar com remédio para aborto ou ficar com a diarreia. Nós sabemos que o remédio pra aborto pode prejudicar a saúde, o intestino, ou seja, pode travar tudo. Não é verdade?”(MARA).

Para a Agente Comunitária de Saúde a maior dificuldade na realização de seu trabalho é levar as pessoas da comunidade a compreenderem a importância da utilização de estratégias

simples e reconhecidas pela medicina oficial para prevenir problemas sérios de saúde, embora ela nem sempre alcance êxito em seus propósitos. Ela alega que isso é culpa dos próprios usuários, mas não vejo esta questão de forma tão simplista. Penso que o papel da Educação em Saúde se destaca neste processo, pois os sujeitos da comunidade devem ter acesso a educação em saúde organizada de forma intersetorial a partir das necessidades da comunidade como preconiza a *Política Nacional de Saúde Integrada das Populações do Campo e da Floresta* (2000b), o que de fato não vem ocorrendo na comunidade como foi constatado pelas professoras, pais de alunos e liderança comunitária de Livramento.

Nesse sentido, há que se superar a educação em saúde bancária enquanto mera exposição de hábitos e atitudes saudáveis sem que os sujeitos do campo compreendam e analisem os motivos da adoção de cuidados com sua saúde e da comunidade em que vivem. A escola deve ser um espaço-tempo dentro da comunidade onde as pessoas aprendam a interpretar, compreender e atuar no mundo. Para tanto, é necessário o embasamento teórico articulado a realidade dos povos do campo, como vem sendo indicado pelas atuais políticas de saúde e educação direcionadas aos povos do campo. Nesse processo, muitos confundem a teoria com o verbalismo, como ocorre nos PCNs ao abordar a saúde, e Freire (1983, p. 93) expõe com propriedade a diferença entre utilizar na escola o verbalismo e a teoria:

Quase sempre, ao se criticar esse gosto da palavra oca, da verbosidade, em nossa educação, se diz dela que seu pecado é ser “teórica”. Identifica-se assim, absurdamente, teoria com verbalismo. De teoria, na verdade, precisamos nós. De teoria que implica numa inserção na realidade, num contato analítico com o existente, para comprová-lo, para vivê-lo e vivê-lo plenamente, praticamente. Neste sentido é que teorizar é contemplar. Não no sentido distorcido que lhe damos, de oposição a realidade, de abstração. Nossa educação não é teórica por que lhe falta esse gosto da comprovação, da invenção, da pesquisa. Ela é verbosa. Palavresca. É sonora. É “assistencializadora”. Não comunica, faz comunicados, coisas diferentes.

Paulo Freire critica o caráter erroneamente assistencialista e prescritivo da educação brasileira indicando que sem a necessária inserção na realidade qualquer tema estudado na escola adquire o status de imposição. A educação em saúde na escola tem sofrido com a estigmatização que lhe é conferida, inclusive, pela saúde abordada nos PCNs, de que a instituição deve assumir responsabilidades que extrapolam sua capacidade através da adoção

da apresentação simplista de conteúdos numa perspectiva campanhista⁶⁵. Sobre isto o trecho do tema transversal saúde é bem claro:

A despeito de que educar para a saúde seja responsabilidade de muitas outras instâncias, em especial dos próprios serviços de saúde, a escola ainda é a instituição que, privilegiadamente, pode se transformar num espaço genuíno de promoção da saúde (BRASIL, 1997, p.17, grifo do autor).

Para Mohr (2002) o motivo da adoção deste enfoque campanhista ou de marketing pelos PCNs ao abordar a saúde refere-se, entre outras questões, aos resultados de muitas pesquisas que apontam que o simples acesso ao conhecimento sobre saúde não garante a mudança de comportamento dos alunos. Kolbe (1985) ao analisar uma série de pesquisas sobre esta problemática na educação em saúde chegou às mesmas conclusões.

A adoção deste enfoque de marketing não representa uma solução que se adeque às necessidades da educação em saúde das escolas do campo, pois, em busca de resultados imediatos este enfoque opta por abandonar a necessária articulação com os saberes utilizados na vida dos educandos criando uma dualidade entre os conhecimentos da escola e os conhecimentos da vida.

Moreno (2001) aponta a necessidade da reelaboração dos currículos escolares de modo que os mesmos se articulem ao tema transversal saúde numa visão interdisciplinar e não compartimentalizada. A autora afirma que nos PCNs a disciplinarização ainda é muito forte gerando como resultado um enfoque comportamentalista da educação em saúde onde os comportamentos a serem adotados pelos alunos são determinados *a priori* de forma verticalizada em detrimento do desenvolvimento de uma instrumentalização conceitual do aluno que lhe possibilite a autonomia para optar pela forma como cuidará de sua saúde.

Os relatos dos professores, de alunos e de seus pais, bem como dos demais sujeitos da comunidade me levaram a identificar em suas concepções de saúde traços dos currículos prescritos pelos referenciais oriundos do MEC, que se materializam nos livros didáticos e na concepção de educação adotados pela escola, mas também vestígios da cultura e da vida no campo. É fato que a cultura e o currículo produzem sentido, fabricam discursos, e são práticas produtivas. Tais produções estão vinculadas ao caráter social dos processos de significação,

⁶⁵ Refere-se às campanhas de saúde amplamente utilizadas pelo poder público para obter da maior parcela possível da população e em menor espaço de tempo a adesão a determinados comportamentos como, por exemplo, vacinação, utilização de preservativos, etc.

tornando cultura e currículo em relações sociais. Ampliando o debate acerca das políticas curriculares Silva (2001) nos diz que as relações sociais envolvidas na definição do currículo são relações sociais de poder.

A educação e o currículo são elementos centrais do processo de construção da identidade social ⁶⁶participam por tanto daquilo “[...] que somos, que nos tornamos, naquilo que nos tornaremos. O currículo produz. O currículo nos produz” (SILVA, 2001, p. 27). Esta reflexão indica que os povos do campo necessitam de uma educação em saúde crítica, emancipadora e libertadora em seus espaços escolares se pretendem nela formar cidadãos críticos e reflexivos e não de práticas cujos interesses sejam exclusivamente pragmáticos e imediatos, utilizando-se de uma retórica igualitária para justificar-se e encobrir suas intenções

Apple (2001) considera que é necessário evitar que reine nas escolas atualmente as “pedagogias de adaptação individual” em detrimento de “pedagogias de transformação social”. Esta assertiva de Apple situada na discussão referente à educação em saúde aponta de um lado a educação em saúde numa perspectiva de adaptação individual e de outro a educação em saúde na perspectiva da transformação social. O autor indica que boa parte da literatura sobre a reforma da educação ignora as questões sociais, em prol de uma tendência psicologizante da mesma. No entanto, é possível combinar currículos e ensino socialmente justos com uma ênfase na cultura popular dos alunos e, ao mesmo tempo, não ignorar o conhecimento dominante, que é o capital cultural dos poderosos.

⁶⁶ Identidade Cultural ou Social é o conjunto das características pelas quais os grupos sociais se definem como grupos (SILVA, 2001, p. 46).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Longe de pretender esgotar o tema educação do campo e saúde os dados analisados nesta pesquisa procuraram desnudar alguns aspectos que envolvem a materialização dos conteúdos de saúde na realidade de uma escola multisseriada do município de Marapanim. Neste processo constatei que políticas públicas como os PCNs em sua abordagem de saúde e até a SEMEC do município tentam impor determinados conhecimentos desconectados da realidade do campo. Mas também, averigui resistências nessa trajetória, oriundas de movimentos sociais como o *Movimento Por uma Educação do Campo*, de políticas públicas mais específicas para o campo e dos sujeitos entrevistados.

Os atores sociais da escola pesquisada apresentaram traços de diversas concepções de saúde: *unicausal, saúde como estado, ausência de doença e multicausal*. Dentre estas concepções predominou a unicausal, que é fruto da influência de diversos fatores de ordem macro e micro social: a história da educação em saúde no Brasil; a perspectiva unicausal de saúde prevalente nas políticas públicas brasileiras; a adoção da perspectiva bancária de educação em saúde adotada pela referida escola, pelos livros didáticos nela utilizados e pelos planos de aula das professoras, entre outros. Constatei que os conhecimentos de saúde da Escola Prof.^a Carmem Rebêlo Magalhães não são, necessariamente, os conhecimentos da vida da comunidade, porém, esta escola multisseriada é um local de multireferencialidade e foi por isto que identifiquei resistências, sínteses e negociações neste percurso.

Os conflitos identificados foram inúmeros e puderam ser visualizados: nas educadoras que preferiam utilizar os livros didáticos que julgavam mais adequados e que, além disso, manifestaram o desejo de melhores condições de trabalho e formação; nos educandos que apresentaram forte influência da concepção multicausal de saúde apesar de a mesma não predominar no contexto de sua escola; na insatisfação da comunidade e de sua liderança com a sua situação de saúde; na resistência dos moradores da comunidade em relação à adoção de recomendações de profissionais de saúde, entre outros.

Estas conclusões me levaram a refletir sobre a riqueza presente nestas resistências como importante contribuição para a elaboração e efetivação de uma educação em saúde libertadora e emancipadora na Escola Prof.^a Carmem Rêbelo Magalhães. A análise da realidade da comunidade Livramento demonstrou que a educação em saúde ali adotada ainda é compreendida como transmissão de conhecimento a respeito de conteúdos predeterminados

pelo currículo oficial, como pude analisar nos livros didáticos de ciências utilizados na escola local, na prática pedagógica de suas educadoras, bem como pelos profissionais de saúde que atendem a comunidade. A educação em saúde bancária, muitas vezes, não supre às necessidades de aprendizagem dos alunos, de seus pais, enfim, dos sujeitos da comunidade.

Este problema se apresenta por que um dos principais fatores que influenciam a aprendizagem dos sujeitos do campo é que os conteúdos de saúde trabalhados estejam em consonância com os interesses dos educandos. Quem define a necessidade de uma ação educativa em saúde são as necessidades de aprendizagem dos sujeitos, também denominadas desejos de saber, este deve ser o ponto de partida de educadores comprometidos com uma educação em saúde libertadora. Desta forma, educação em saúde libertadora significa disponibilizar e problematizar conteúdos e práticas relacionados com a vida e as atividades das pessoas as quais ela se destina.

Assim, somente através da adoção da educação em saúde libertadora os sujeitos do campo terão acesso às ferramentas necessárias para atingirem a emancipação e o empoderamento. E para que isto ocorra é necessário ressignificar a ação educativa na perspectiva da educação popular, de forma que o educador atue: abordando a saúde enquanto elemento integral da vida do ser humano; desenvolvendo os conteúdos de saúde de forma a articular a teoria e a prática; incentivando o diálogo e a confiança entre professor e aluno; assumir seu papel como sujeito transformador da realidade; legitimar e respeitar a autonomia dos sujeitos-educandos sobre sua qualidade de vida e saúde.

Desta forma, identifiquei uma série de desafios para a realização de uma educação em saúde libertadora direcionada aos povos do campo e a partir desta reflexão tracei algumas proposições. Uma delas é a superação de práticas educativas de saúde focais em prol da implementação de projetos educativos cujo foco seja a realização de intervenções de educação em saúde contínuas e relacionadas entre si e com o contexto da comunidade. Livramento, pois educação em saúde deve ser vista como um processo, e dessa forma, deve ser planejada, organizada, executada, desenvolvida e constantemente avaliada. A educação em saúde bancária erra principalmente por julgar que já são conhecidas as necessidades dos educandos e que basta apenas impor determinados conteúdos para resolver os problemas de saúde da comunidade, porém, um dos maiores desafios do educador em saúde é buscar conhecer a necessidade educativa do outro.

Outra questão é o incentivo à elaboração e execução de projetos intersetoriais de educação em saúde para o município de Marapanim posto que um projeto de desenvolvimento para os povos do campo deve incluir questões como as condições de trabalho, moradia, saneamento, saúde, educação e lazer. Assim, é essencial que haja um trabalho articulado de diversas instâncias do governo brasileiro em direção às demandas dos sujeitos que vivem, trabalham e produzem cultura no campo.

A disponibilização de verbas que viabilizem investimentos na infra-estrutura das escolas públicas do campo (bibliotecas, livros didáticos, construção de hortas, laboratórios, espaços de lazer) é fator importante para dinamizar o processo de ensino-aprendizagem de conteúdos de saúde nestas escolas visto que, ao longo desta pesquisa, ficou clara a precarização da infra-estrutura destas instituições escolares e, particularmente da Escola Prof.^a Carmem Rêbello Magalhães. Longe de desvalorizar a riqueza presente na flora e na fauna do campo é fato que as crianças do meio urbano possuem acesso maior a uma infinidade de recursos que estimulam seu aprendizado e que as crianças do campo também deveriam ter assegurado enquanto direito.

Outro ponto crucial refere-se à elaboração de tecnologias educativas adequadas aos sujeitos do campo. Para garantir que estes recursos sejam adequados é indispensável promover a ativa participação destes sujeitos na construção destes artefatos educativos, bem como de profissionais de saúde e da Secretaria de Educação de Marapanim para que haja efetiva utilização destes materiais.

Porém, uma escola com ótima infra-estrutura não seria o suficiente para garantir uma prática educativa emancipadora nas escolas do campo se os educadores e demais sujeitos que nelas atuam não tiverem acesso à formação inicial e continuada que os instrumentalize para desenvolver práticas pedagógicas em saúde numa perspectiva libertadora e atualizada em relação às demandas do governo brasileiro e da comunidade. É fato que nem os melhores recursos pedagógicos substituem a atuação do professor no sentido de que a ele cabe primeiramente a problematização das questões que envolvem a vida dos sujeitos do campo. Para tanto, é necessária uma articulação entre as diferentes esferas de poder e destas com os atores sociais da escola a fim de que a formação ofertada vá ao encontro das demandas destes sujeitos.

Nessa direção é relevante construir espaços de debate onde os sujeitos da comunidade possam expor suas necessidades e dialogar com os diversos setores envolvidos na

determinação de sua qualidade de vida e saúde, pois a construção de um projeto efetivo de transformação da realidade social do campo deve considerar as vozes dos sujeitos que vivem no campo.

Nesta perspectiva urge fomentar práticas de educação em saúde orientadas pela busca da interdisciplinaridade, da autonomia e da cidadania onde o fundamento esteja nas práticas sociais constitutivas das populações do campo, bem como em seus saberes, valores, sentimentos, habilidades, formas de ser e produzir, de se ligar à terra e maneiras de enfrentar a vida.

Assim, compreendo que os desafios para a efetivação de uma educação em saúde libertadora direcionada aos povos do campo serão inúmeros, e isto depende de uma série de fatores amplamente abordados nesta pesquisa, porém as escolas do campo já possuem os elementos fundamentais que poderão iniciar estas mudanças: seus próprios sujeitos.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sônia; DAVID, Helena Maria. A Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

ALVES, Vânia. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família. **Interface: Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, set./fev. 2005. Disponível em: <www.scielo.br> Acesso em 16 fev. 2009.

APPLE, Michael. **Educação e poder**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. **Conhecimento Oficial**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997.

_____. **Política Cultural e educação**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Ideologia e Currículo**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ANPED. Parecer da ANPED sobre os Parâmetros Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Educação**, nº 2, mai/jun/jul/ago. p. 85-92. 1996.

ANDRÉ, Marli; LUDKE, Menga. **A pesquisa em educação**. São Paulo: EPU, 1986.

ARROYO, Miguel Gonzalez. **Escola, cidadania e participação no campo**. Brasília: Em aberto, 1982.

_____. A educação básica e o movimento social do campo. In: ARROYO, Miguel; CALDART, Rosely S.; MOLINA, Mônica C. (Orgs.). **Por uma educação do campo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. Educação Básica para os povos do Campo? In: **Educação Básica Nível Médio nas Áreas de Reforma Agrária**. Textos de Estudo. Boletim da Educação. n.11. Rio Grande do Sul: MST/ITERRA, 2006a.

_____. A escola do Campo e a pesquisa do campo. In: MOLINA, Mônica Castagna (Org.). **Educação do Campo e Pesquisa: Questões para reflexão**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2006b.

_____. **Plenária Final - Síntese dos Grupos de Trabalho**. In: MOLINA, Mônica Castagna. Educação do Campo e Pesquisa. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2006.

BACELLAR, Carlos. Uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla, Bassanezi (Org.) **Fontes Históricas**. 2º ed. São Paulo: Contexto, 2006.

BAPTISTA, Tatiana Wargas. Seguridade Social no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 1, n. 3, Jul/Set. 1998. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br>> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. História das Políticas de Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo; PONTES, Ana. (Orgs.) **Políticas de Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

BARBOSA, Lara Monte Serra. **Temas Transversais: Como utilizá-los na prática educativa?** Curitiba: IBPEX, 2007.

BARRETO, Raquel. **Saúde na Escola: Análise dos conhecimentos práticos sobre saúde escolar dos professores da rede municipal de Fortaleza**. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2008.

BARROS, Carlos. **Coleção Quero Aprender**. Ciências. MEC. São Paulo. Ed Ática, 1998.

BAGNATO, Maria. O ensino da saúde nas escolas de 1º grau. **Pro-Posições** (Unicamp) São Paulo, v. 1, n. 1, p. 53-59, 1990.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **A pergunta a várias mãos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. M. As Políticas de Saúde no Brasil. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BICKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BIORN, Maybury Lewis. Terra e água, identidade camponesa como referencia de organização política entre os ribeirinhos do rio Solimões. In: FURTADO, Lourdes Gonçalves (Org.) **Amazônia, desenvolvimento, sociodiversidade e qualidade de vida**. Belém. UFPA, NUMA.1997.

BRAGA, J. C. S. PAULA, S. G. **Saúde e Previdência** - Estudos de política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. **Cria o Ministério da Educação e Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Lei nº 2.743, de 6 de Março de 1956. **Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências**. Consulta realizada em 12.02.09. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Lei n.º 4.214, de 2 de março de 1963. **Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural**. Disponível em: <<http://www.fiscosoft.com.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Conselho Federal de Educação. Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. **Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências**. Brasília, 1971.

_____. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 2.264. Ensino 1º e 2º graus. **Programas de saúde**. Educação da Saúde. Rio de Janeiro: Editex Rio, 1974.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Cultura; Ministério da Previdência e Assistência Social. **Programa de ações integradas de saúde**: documento apresentado à discussão da CIPLAN - 1983. jul. 1983.

_____. Decreto nº 91.542, de 1985. **Institui o Programa Nacional do Livro Didático**. Acessível em: <www.abrelivros.org.br.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. de 5 de dezembro de 1988. Acessível em: <<https://www.planalto.gov.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 set. 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências**. Disponível em: <www.cff.org.br.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Lei n.º 8.060, de 4 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasília. Disponível em: <www.planalto.gov.br> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS.** 1994. **Plano Decenal de Educação para todos 1993/2003.** Brasília. Disponível em: <www.dominiopublico.gov.br> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Lei nº 9.394, de 20 dez de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Disponível em: <www.mec.gov.br> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais.** Meio ambiente e saúde. v. 9. Brasília: MEC/SEF, 1997.

_____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer CEB/CNE nº 3/97, de 12 de março de 1999a. In: ALVES, J. **Consolidação da legislação da educação básica.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Avançadas em Educação.

_____. **Programa Parâmetros em ação.** 1999b. Brasília, Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Resolução CEB nº 2. 7 de Abril de 1998a. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental.** Disponível em: <<http://200.156.28.7/Nucleus/media/comon/Downloads>> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.126p.

_____. **Diretrizes Operacionais para Educação Básica do Campo.** CNE/CEB nº1. De 3 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.pen.uem.br/diretrizes/Resol_CNE-CEB_2002_01.doc> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. Decreto nº 4.726, 9 de junho de 2003. **Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.** Disponível em: <www.dji.com.br> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. Grupo Permanente de Trabalho de Educação do Campo. 2003a. **Referências para uma política nacional de educação do campo.** Brasília, Disponível em: <www.inep.gov.br> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 2003. **Trabalhadores Técnicos em Saúde**. Disponível em: <www.observatorio.epsjv.fiocruz.br> Acesso em 25 fev. 2009.

_____. **Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade**. 2004a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>> Acesso em 25 fev. 2009.

_____. **Saúde Amazônia**. 2004. Disponível em; <www.amazonia.org.br> Acesso em 15 fev. 2009.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Resolução CD/FNDE, nº 052. **Dispõe sobre a criação do Programa Escola Aberta**. 2004b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>> Acesso em 14 jan. 2010.

_____. Gabinete do Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Manual de Operações: Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária – PRONERA**. Brasília: MDA/INCRA, 2004.

_____. Portaria nº 719. De 16 de abril de 2004. **Criação do Grupo da terra**. 2004a. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>> Acesso em 2 fev. 2009.

_____. **Objetivos da coordenação de Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social**. 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em 17 fev. 2009.

_____. **Censo Escolar 2005a**. Disponível em: <www.inep.gov.br> Acesso em 11 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco**. 2006a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus>> Acesso em 25 fev. 2009.

_____. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em 20 fev. 2009.

_____. **Censo Escolar 2006**. 2006c. Disponível em: <www.inep.gov.br> Acesso em 11 fev. 2009.

_____. Portaria nº 1010, 8 de maio de 2006f. **Institui Diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas em âmbito nacional.** Disponível em: <www.cecanesc.ufsc.br.> Acesso em 25 fev. 2009.

_____. **Banco de dados e relatório estatístico sobre Educação no campo.** 2006d.

_____. Censo agropecuário, 2006e. In: **IBGE cidades.** 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (INEP). **Panorama da Educação do Campo.** Brasília, 2007a.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (IPEA). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007c. **Institui o Programa Saúde na Escola- PSE, e dá outras providências.** Disponível em: <www.planalto.gov.br.> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a Elaboração de Projetos Locais.** 2007d. Disponível em: <www.saude.gov.br.> Acesso em 26 fev. 2009.

_____. Saúde e Nutrição na escola. **Diagnóstico.** 2007e. Disponível em: <www.ufpa.br/cecan-norte.> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Portaria Interministerial nº 17, de 24 de abril de 2007. **Institui o Programa Mais Educação.** 2007f. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. Ministério da Educação. **Guia de Livros Didáticos.** PNLD 2008. Ciências. Séries finais do Ensino Fundamental. Brasília, 2007h. Disponível em: < www.sed.sc.gov.br.> Acesso em 19 fev. 2009.

_____. **Relação de Municípios com menor Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.** 2007i. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, 2008a.

_____. Resolução nº 2, de 28 de abril de 2008b. **Estabelece Diretrizes Complementares, Normas e Princípios para o desenvolvimento de políticas públicas de atendimento da Educação Básica do campo**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. 2008c. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. **Síntese do Relatório do I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta**. 1 e 2 de Dezembro de 2006. Brasília, 2008d.

_____. IBGE. **Histórico**. Marapanim. Pará. 2008e. Disponível em: <www.ibge.gov.br.> Acesso em 12 fev. 2009.

MARAPANIM. Secretaria Municipal de Educação. **Dados Educacionais Oficiais de Marapanim referentes ao ano de 2008**. 2008.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Gestão Participativa**. 2009a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>.> Acesso em 11 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Situação de Saúde**. Pará. 2009b. Disponível em: <www.saude.pa.gov.br>. Acesso em 12 fev. 2009.

MARAPANIM. Secretaria Municipal de Educação. **Dados Educacionais Oficiais de Marapanim referentes ao ano de 2009**. 2009.

_____. **Grupo Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia - PESCA**. Disponível em: <<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional>.> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. **Relatório de Gestão Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação 2008**. Brasília: FNDE, 2009.

_____. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS PEDAGÓGICOS. **O que é o SAEB**. 2010. Disponível em: <www.inep.gov.br.> Acesso em 19 jan. 2010.

BUB, Maria Camargo e cols. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de Autocuidado na Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 152-157, 2006. Disponível em: <www.scielo.br.> Acesso em 12 jan. 2010.

BUSQUETS, Maria; LEAL, Aurora. A educação para a saúde. In: BUSQUETS, Maria. (Org.) **Temas Transversais: bases para uma formação integral**. São Paulo: Ática, 2001.

CAMARGO, Maria. O Cobreiro na Medicina Popular. In: FILHO, Americo (Org.) **Antologia de Folclore brasileiro**. São Paulo: EDART, 1982.

CANO, Ignácio. O aprendizado na Educação rural no Brasil. In: BOF, Alvana Maria et al (Org.). **A Educação no Brasil Rural**. Brasília: INEP/MEC, 2006.

CALDART, Roseli Salete. Por uma Educação do Campo: traços de uma identidade em construção. In: KOLLING, Jorge Edgar; CALDART, Roseli Salete; CERIOLI, Paulo Ricardo (Orgs.) **Educação do Campo: Identidade e Políticas Públicas**. Coleção Por uma Educação do Campo. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

_____.Elementos para construção do Projeto Político Pedagógico da Educação do campo. In: MOLINA, C. M; JESUS, A. S. M. S.(Orgs.) **Por uma Educação do campo**. v. 5, 2004.

_____.A escola do campo em movimento. **Currículo sem Fronteiras**, v.3, n.1, pp.60-81, Jan/Jun. 2003. ISSN 1645-1384. Disponível em <www.curriculosemfronteiras.org.> Acesso em 12 fev. 2009.

CARDOSO, Maria; JACOMEILI, Mara. Escolas Mutisseriadas. In: VIII Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas. 30 de junho a 3 de julho, 2009, Campinas. **História, Sociedade e Educação no Brasil**. Disponível em: <<http://www.histedbr.fae.unicamp.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

CARNEIRO, Fernando Ferreira. **A Saúde no Campo**. Tese de Doutorado em Ciência Animal. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

CASTRO, Joaquin. **Noções de manifestações folclóricas e culturais**. Belém: 2000.

CERQUEIRA, Maria Tereza. A construção da Rede Latino-Americana de Escolas Promotras de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil**. Série Promoção da Saúde. n.6. Brasília, 2007.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES DA AGRICULTURA (CONTAG). **Contag representa 20 milhões de trabalhadores.** Disponível em: <<http://www2.contag.org.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO. **Retratos da Escola II.** 2002. Disponível em: <www.cnte.org.br.> Acesso em 12 fev. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 3. 1963. **Situação Sanitária da População Brasileira.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8. 1986. **Relatório Final.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 12. 2004. **Saúde: um direito de todos e dever do estado.** Brasília. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 13. 2008. Brasília. **Relatório Final: Saúde e Qualidade de vida.** Disponível em: <www.geledes.org.br.> Acesso em 24 fev. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL POR UMA EDUCAÇÃO BÁSICA DO CAMPO. 1. 27 a 31 de julho. Luziânia/Goiânia. **Desafios e propostas de ação,** 1998. Disponível em: <<http://tede.unifacs.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL POR UMA EDUCAÇÃO BÁSICA DO CAMPO. 2. 2 a 6 de agosto. Luziânia/Goiânia. **Declaração Final.** Disponível em: <www.nead.org.br.> Acesso em 12 fev. 2009

COSTA, Jurandir. **História da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, Nilson. **Lutas urbanas e controle sanitário.** Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

CUNHA, L. A. Os parâmetros curriculares para o ensino fundamental. **Cadernos de Pesquisa.** São Paulo, n. 99, p. 60-72, Nov, 1996.

CRUZ, O. CHAGAS, C., PEIXOTO, A. **Sobre o saneamento da Amazônia.** Manaus: Philippe Daou. 1972.

CURY, Jamil. Os Parâmetros Curriculares Nacionais e o ensino fundamental. **Revista Brasileira de Educação,** n. 2, p. 4-17, maio/Ago, 1996.

DAMASCENO, Maria Nobre; BESERRA, Bernadete. Estudos sobre Educação Rural no Brasil: estado da arte e perspectivas. **Revista Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 30, n. 001, jan/abr. 2004.

DELGADO, G.; CASTRO, J. A. Financiamento da previdência rural: situação atual e mudanças. **In: Base de financiamento da previdência social: alternativas e perspectivas**. Ministério da Previdência Social – Secretaria da Previdência Social. Brasília: MPAS, Coleção Previdência Social, série estudos, v. 19, p. 107-126. 2003.

DELIZOICOV, N. C. **O professor de Ciências naturais e o livro didático**. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.

DEL PRIORY, Mary; VENÂNCIO, Renato. **Uma história da vida rural no Brasil**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

DICIONÁRIO MÉDICO. **Conceito de Morbimortalidade**. Disponível em <www.xn--dicionriomdico-0gb6k.com.> Acesso em 12 fev. 2009.

ENGELMAN, S.; FORBES, J. **Aspectos econômicos de La educación para La salud in Tendências actuales em educación sanitária**. Barcelona: Quodern CAPS, 1997.

FERNANDES, P. R et al. I Conferência Nacional: Por uma Educação do Campo. **In: ARROYO, Miguel et al. (Orgs). Por uma Educação do Campo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

_____. **Os campos da pesquisa em educação do campo**. 2006. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf>.> Acesso em 12 fev. 2009.

FERNANDES, Bernardo Mançano; MOLINA, Mônica Castagna. O campo da Educação do Campo. In: MOLINA, Mônica Castagna; JESUS, Sônia Azevedo de. (Orgs.). **Contribuições para a construção de um Projeto de Educação do Campo**. Brasília: Articulação Nacional Por uma Educação do Campo. 2004.

FERNANDES, Marcos. et al. A concepção sobre saúde do escolar entre os professores do ensino fundamental. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 12. nº. 2. Rio de Janeiro. Maio/Agosto, 2005.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

- _____. **Pedagogia do Oprimido**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- _____. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 12. ed. 1983.
- _____. **Educação como prática da liberdade**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- _____. **Pedagogia do Oprimido**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1991.
- _____. **Política e Educação**. Coleção Questões da Nossa Época; v. 23. São Paulo: Cortez, 1993
- _____. Entrevista com Paulo Freire. In: TORRES, C. A. et al., **Educação, Poder e Biografia Pessoal**. Diálogos com Educadores Críticos. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 85-96, 2000.
- _____. **Pedagogia da Esperança**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- FREITAS, Elizângela; MARTINS, Isabel. **Concepções de saúde no livro didático de Ciências**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <www.portal.fae.ufmg.br.> Acesso em 12 fev. 2009.
- FREITAS, Maria. **O ensino de Ciências em escolas multisseriadas na Amazônia ribeirinha**. 118 fls. (Dissertação de mestrado em Educação em Ciências e Matemática). Núcleo Pedagógico de Apoio ao Desenvolvimento Científico, Universidade Federal do Pará. Belém, 2005.
- FIOCRUZ. **Oswaldo Cruz**. 2003. Disponível em: <www.invivo.fiocruz.br.> Acesso em 12 fev. 2009.
- GADOTTI, Moacir. **Concepção Dialética da Educação**. São Paulo: Editores Associados, 1988.
- GALLO, Edmundo. et al. Reforma Sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, Out./Dez. 1988. Disponível: <www.scielo.br/scielo.php.> Acesso em 12 fev. 2009.
- GASTALDO, Sérgio; CARVALHO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, dez., 2008. Disponível: <www.scielo.br/scielo.php.> Acesso em 22 fev. 2009.

GIROUX, Henry. **Teoria Crítica e Resistência em Educação**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1986.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994.

GADOTTI, Moacir. **Concepção Dialética da Educação**. São Paulo: Editores Associados, 1988.

GEPERUAZ. Relatório conclusivo da pesquisa apresentado ao CNPq. **Classes Multisseriadas**. Belém-PA, 2004.

GRYSZNPAN, Danielle. Educação em saúde e educação ambiental. **Caderno de Saúde Pública**. v. 15. Rio de Janeiro, 1999.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. Effective Evaluation. In: LUDKE, Mengo; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária. 1986.

HAGE, Salomão Antônio Mufarrej. **A importância da articulação na construção da identidade e pela luta da Educação do Campo**. I Encontro de formação dos Educadores do Campo do Nordeste Paraense. 2005. Disponível em: <<http://www.pa.gov.br/portal/procampo/downloads/EDUCA>> Acesso em 12 fev. 2009.

_____. A Realidade das Escolas Multisseriadas frente às conquistas na Legislação Educacional. In: Anais da 29ª Reunião Anual da ANPED. **Educação, Cultura e Conhecimento na Contemporaneidade: desafios e compromissos manifestos**. 2006. Caxambu: ANPED. CD ROM.

_____. **Movimentos sociais, educação do campo e pesquisa**. Cd do I Encontro de Pesquisa em educação do campo do Estado do Pará. Belém: UFPA, 2008.

HAGE, Salomão Antônio; OLIVEIRA, Damião Bezerra; SILVA, Gizele Pereira da. Educação do campo e pesquisa no Pará: inventário dos grupos de pesquisa no diretório do CNPQ. In: 19 EPEEN, 2009, João pessoa. Anais do 19 EPENN: **Educação, Direitos Humanos e Inclusão Social**, 2009.

HAGE, Salomão Antônio; BARROS, Oscar Ferreira. Currículo e educação do campo na amazônia: referências para discutir a política de multisseriação na escola do campo. In: IV Colóquio Internacional de Políticas e Práticas Curriculares, 2009, João pessoa. Anais do IV

Colóquio Internacional de Políticas e Práticas Curriculares: **Diferença nas políticas de currículo**. João Pessoa: UFPB, 2009.

HENRIQUES, Ricardo. et al. Educação do Campo. In: HENRIQUES, Ricardo et al (Org.). **Educação do Campo: Diferenças Mudando Paradigmas**. Brasília, Ministério da Educação, 2007.

HOUCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. M. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência. In: PADNDOLFI, D. (Org.) **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994.

KIELING, José Fernando. Alienação. In: STRECK, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime. (Org.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

KOLB. Lloyd. Why school health education? **Health education**, v.16, n. 2, p. 116-119, 1985.

WICKBOLD, Daniele; SUCCI, Camila. **A vacinação no conteúdo de livros escolares**. Revista da Associação de Medicina Brasileira, v. 51, n. 2, p. 75-79, mar/abril, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>.> Acesso em 12 fev. 2009.

LEITE, Sérgio. **Escola rural**. São Paulo: Cortez, 1999.

LEITE, Sérgio et al. **Impacto dos Assentamentos**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

LEITE, Laurinda; COSTA, Cíntia; ESTEVES, Esmeralda. **Os manuais escolares e a aprendizagem baseada na Resolução de Problemas**. 2008. Instituto de Educação e Psicologia. Braga. Portugal. Universidade do Minho. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt>.> Acesso em 12 fev. 2009.

LEITÃO, Wilma; MANESCCHY, Maria Cristina. Pesquisa desenvolvimento e movimentos sociais de pescadores: experiências no Pará. In: **Agricultura familiar, pesquisa, formação e desenvolvimento**. v.1, n. 1. 1996 (p.81-98.).

LE GOFF, Jacques. Documento/Monumento. In: Enciclopédia Einaudi: **memória - história**. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda. 1984.

LEMME, Paschoal. **Memórias 3: Reflexões e Estudos sobre problemas da educação e ensino.** São Paulo: Cortez. v. 3. 1988.

LIMA, Keite Azevedo; COSTA, Fátima Neves do Amaral. Educação em Saúde e Pesquisa Qualitativa: relações possíveis. **Revista de Alimentação e Nutrição.** v.16, n.1, jan/mar. p. 36-38, 2005.

LIMA, Nívea Trindade; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil. In: LIMA, Nívea Trindade. et al (Org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, Rita; PARRILLA, Marlene. Escola, bio-poder e representações sociais: um enfoque multidimensional da saúde nos discursos de alunos da 5ª série do Ensino Fundamental. In: SICCA, Natalina (Org.). **Cultura e Práticas Escolares.** Florianópolis: Insular, v. 1, p. 91-107. 2006.

LIMA, Espedito. A saúde como tema transversal na escola. **Revista de Pedagogia.** v. 3. n. 6. p. 1-13, 2002.

LOPES, Eliane Marta; GALVÃO, Ana Maria de Oliveira. **História da Educação.** Rio de Janeiro: DP&A. (O que você precisa saber sobre). 2001.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária. 1986.

WENDHAUSEN, A. SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a ESF. **Revista Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.12, n.1, p.17-25, jan/mar. 2003.

WILLIAMS, Raymond. **Cultura e sociedade.** São Paulo: Editora Nacional, 1989.

_____. Base and Superstructure in Marxist Cultural Theory. In: APPLE, Michael. **Ideologia e Currículo.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MACEDO, E. F. Parâmetros curriculares nacionais. **Revista de Educação AEC,** Brasília, ano 27, n. 108, jul/set, p. 73-89, 1998.

MACHADO, Alexandre; ACHCKAR, Marice. Larva migrans visceral. **Associação Nacional Brasileira de Dermatologia.** v. 78. n. 2. Rio de Janeiro. Março/Abril. 2003.

MANÇANO, Bernardo; MOLINA, Mônica. O Campo da Educação do Campo. In: MOLINA, Mônica; JESUS, Sonia de. (Orgs.) **Contribuições para a construção de um projeto de Educação do Campo**. Brasília, DF, Articulação Nacional Por uma Educação do Campo, 2004. Coleção Por Uma Educação do Campo, n. 5.

MARTINS, Isabel; GOUVÊA, Guaracira. **Analisando aspectos da Leitura de Imagens em Livros Didáticos de Ciências por estudantes do Ensino Fundamental**. 2005. Disponível em: <www.lab-eduimagem.pro.br> Acesso em 12 fev. 2009.

MARQUES, Vera. **História da educação**. Curitiba: IESDE Brasil, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. (Org). **Distrito sanitário**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MELLO, Guiomar. **Cidadania e competitividade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

MOHR, Adriana. **A saúde na escola**: análise de livros didáticos de 1º a 4º séries. 70 fl. (Dissertação de mestrado em Educação). Instituto de Estudos Avançados em Educação, Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1994.

MINAYO, Maria. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MOHR, Adriana. A saúde na escola. **Caderno de Pesquisa**. São Paulo, n. 94, p. 50-57, agosto, 1995.

_____. **A natureza da Educação em saúde e os professores de ciências**. Fevereiro de 2002. 410 fl. (Doutorado em Educação). Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MOHR, Adriana; Schall, Virgínia. Rumos da Educação e Saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Caderno de Saúde Pública**. v. 8. n. 2. . Rio de Janeiro. Abril/ Jun, 1992.
MONTENEGRO, Antônio Torres. As ligas camponesas e os conflitos no campo. **Revista de História**. João Pessoa. jan/jun, 2008. Disponível em: <www.echla.ufpb.br> Acesso em 12 fev. 2009.

MOLINA, Mônica Castagna. Desafios para educadores e educadoras do Campo. In: KOLLING, Jorge Edgar; CALDART, Roseli Salete; CERIOLI, Paulo Ricardo (Orgs.) **Educação do Campo: Identidade e Políticas Públicas**. Coleção Por uma Educação do Campo. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

_____. **Educação do campo e pesquisa**. Brasília: MDA. 2006.

_____. Desigualdades e Direitos: Desafios para Qualidade Educação Básica do Campo. In: XXIII Simpósio Brasileiro, **V Congresso Luso Brasileiro e I Congresso Líbero Americano de Política e Administração da Educação**, Porto Alegre: UFRGS/FACED/PPGED. v. 1, 2007.

_____. A Constitucionalidade e a Justicibilidade do Direito à Educação dos Povos do Campo. In: SANTOS, Clarice Aparecida dos (Org.). **Educação do Campo: campo-políticas públicas - educação**. Coleção Por uma Educação do Campo. Brasília: INCRA/MDA, 2008.

MORAES, Eunice. Nas redes da Amazônia a construção coletiva de saberes e sabores. In: SCALABRIN, Rosimere; KALIFE, Georgina (Orgs.) **Educação Cidadã**. Belém: Nossa Gráfica, 2005.

MORENO, Montserra. Temas Transversais. In: BUSQUETS, M. D.; MORENO, M. et. al. **Temas transversais em educação**. 6ª ed. São Paulo: Editora Ática, 2001.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA. **Relatório da 1ª Oficina**. Brasília: Coletivo Nacional de Saúde do MST. 1998.

_____. **Lutar por Saúde é lutar por vida**. ANCA. 2. ed. São Paulo: Coletivo Nacional de Saúde. Caderno de Saúde. n. 1. 2000.

_____. **Saúde e Reforma Agrária**. Verianópolis: Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa em Reforma Agrária. Curso Técnico em Saúde Comunitária. 2005.

MOREIRA, Antônio. Parâmetros curriculares nacionais. In: **Revista de Educação AEC**. Brasília, ano 24, n. 97, out/dez, p. 07-25, 1995.

_____. A psicologia e o resto. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo: Cortez; Fundação Carlos Chagas, n. 100, p. 93-107. Mar, 1997. Disponível em: <www.fcc.org.br> Acesso em 12 fev. 2009.

MOREIRA, Antônio; SILVA, Tomaz. Sociologia e teoria crítica do currículo. In: MOREIRA, Antônio; SILVA, Tomaz (Orgs.). **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994.

MOREIRA, Patrícia; DUPAS, Gisele. Significado de Saúde e Doença na percepção das crianças. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 757-762, Nov/dez, 2003. Disponível: <www.scielo.br> Acesso em 12 fev. 2009.

MUNARIM, Antônio. Elementos para uma Política pública de Educação do Campo. In: MOLINA, Mônica (Org.) **Educação do Campo e Pesquisa**. Brasília: MDA, 2006.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisa em administração**. FEA-USP. São Paulo, v. 1. n. 3. 2º sem, 1996.

OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sônia. **(Im)previdência social**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, Ivanilde. A cultura amazônica em práticas pedagógicas de educadores populares. In: OLIVEIRA, Ivanilde; SANTOS, Tânia. (Orgs.) **Cartografias de saberes**. Coleção Saberes amazônicos n. 2. Belém: EDUEPA, 2007.

PASSOS, Célia; SILVA, Zeneide. **Coleção Eu gosto de Ciências**. Editora IBEP. 3º série. 199_.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marshesini. **Metodologia da pesquisa**. 10. ed. São Paulo: Papyrus, 2004.

PINTO, Vieira Álvaro. **Sete lições sobre Educação de Adultos**. 11. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

POTIGUAR JÚNIOR, Petrônio. **Caminhos e (des)caminhos do associativismo entre os “povos das águas”**. Dissertação. Mestrado em Agricultura Familiar e Desenvolvimento Sustentável. Universidade Federal do Pará. 168 fl. Belém, 2008.

RIBEIRO, Mara Alice. **A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII**. São Paulo, HUCITEC, 1997.

REIS, Márcia. **As revistas em quadrinhos como recurso didático no ensino de ciências**. Ensino em Revista. n. 9. v. 1. p. 85-104, jun. 2001.

RODRIGUES, Denise. et al. Cultura, cultura popular amazônica e a construção imaginária da realidade. In: OLIVEIRA, Ivanilde; SANTOS, Tânia. (Orgs.) **Cartografias de saberes**. Coleção Saberes amazônicos n. 2. Belém: EDUEPA, 2007.

ROCHA, Genilton. **A política do conhecimento oficial e a nova geografia dos(as) professores(as) para as escolas brasileiras**. 2001. (Tese de Doutorado em Geografia Física). Departamento de Geografia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ROSEN, George. **Da polícia médica á medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC/ Ed. UNESP, ABRASCO, 1994.

ROSSI, Selma. **A constituição do sistema de saúde no Brasil**. São Paulo, 1980.

ROSAS, Eric Jenner. **A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS**. Brasília, 1981. 232 pg. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ.

SABÓIA, Vera Maria. **Educação em Saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói: Intertexto, 2003.

SÁ, Carlos. Formação de hábitos sadios nas creanças. In: **Anais III Congresso Brasileiro de Higiene**. Formação de Hábitos sadios nas creanças: estudo psicológico, pedagógico e higiênico. São Paulo, 1929.

SANTOS, Boaventura. **Porque é tão difícil construir uma teoria crítica?** Revista Crítica de Ciências Sociais, 54, pp. 197-215, 1999.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SANTOS, Marilena. et al. Concepts of health and illnes among students and teachers from public schools. **Ciência e Cultura**. Maio/jun, p. 172-177, 1996.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SHALL, Virginia. et al. Health education for children. **Proceedings of the seconds International Seminar Misconceptions and educational strategies in science and mathematics**. v. 2, p. 390-403, 1987.

SILVA, Tomaz. A “nova’ direita e as transformações na pedagogia da política e na política da pedagogia. In: GETILI, P.; SILVA, T. (Orgs.). **Neoliberalismo, qualidade total e educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. O projeto educacional da nova direita e a retórica da qualidade total. In: SILVA, T.; GENTILI, P. (Orgs.) Escola S/A. **Quem ganha e quem perde no mercado educacional do neoliberalismo**. Brasília: CNTE, 1996.

_____. A escola cidadã no contexto da globalização: uma introdução. In: SILVA, T. (org.) **A escola cidadã no contexto da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **Teorias do Currículo: Uma Introdução Crítica**. Porto: Porto Editora, 2000a.

_____. **Teoria Cultural e Educação: Um Vocabulário Crítico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000b.

SILVA, Carlos dos Santos; DELORME, Maria Inês de Carvalho. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil**. Série Promoção da Saúde. n.6. Brasília, 2008.

SILVA, Hosana; MORIN, Antônia. A revista Superinteressante no ensino de Ciências. **Ensino em Revista**. n. 9, p. 115-133, jun. 2001.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, Jan/Abr, 2007. Disponível: <www.scielo.br> Acesso em 12 fev. 2009.

SIERES, J; ZABALA, J. Possibilités didactiques de l'Éducation pour la santé. In; GIORDAN, A; MARTINAND, J.; RAICHVAG, D. **Actes des VIII Journées Internationales sur la communication, l'Éducation et la Culture Scientifiques et Industrielles**. p. 175-181, 1986.

SOUZA, Joanita. **Ainda Brincando**. Ciências. 4º série. São Paulo: Editora do Brasil S/A, 1987.

SUCKKI, Camila, WICKBOULD Daniela; SUCCI, Regina. A vacinação no conteúdo de Livros escolares. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**. v. 51, n. 2, São Paulo, Março/Abril, 2005. Disponível: <www.scielo.br> Acesso em 12 fev. 2009.

TEIXEIRA, Elizabeth. **Travessias, redes e nós**. Belém: Grafia gráfica e editora, 2001.

_____. Saberes do cuidar, hibridismo cultural no processo de viver humano. In: OLIVEIRA, Ivanilde; SANTOS, Tânia. (Orgs.) **Cartografias de saberes**. Coleção Saberes amazônicos n. 2. Belém: EDUEPA, 2007.

TEDESCO, Juan. Carlos. **O novo pacto educativo**. São Paulo: Ática, 1998.

UFRGS. Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação: análise feita pelos professores da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. In: **Revista de Educação**. Brasília, ano 25, n. 99, abri/jun., p. 109-130, 1996.

VALADÃO, Marina Marcos et al. Promoção da Saúde na Escola. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde**: experiências no Brasil. Série Promoção da Saúde. n. 6. Brasília, 2007.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular em saúde e a atenção á saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. **Educação popular**: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. SGETS/ DAGEP. Caderno de popular e saúde. Brasília: MS, 2007.

VIANA, Luana. **Os cursos de Fisioterapia do Estado do Pará**. 87 fl. (Especialização em Docência no Ensino Superior). Instituto de Educação. Universidade Federal do Pará. 2006.

_____. **Educação Nutricional**: uma intervenção nas turmas de Ensino Fundamental. 11 fs. (Licenciatura em Pedagogia). Universidade Luterana do Brasil, 2010.

XII CNS. **Relatório final**: Saúde um direito de todos e um dever do Estado. XII Conferência Nacional de Saúde. 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>> Acesso em 12 fev. 2009.

YAGER, R. E; PENICK, J. E; School science in crisis. **Curriculum Review**. p. 21-24, Ag. 1983.

APÉNDICE

**APÊNDICE A: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS ALUNOS DA CLASSE
MULTISSERIADA DA ESCOLA PROFESSORA CARMEN RABELO MAGALHÃES**

Identificação

Idade:

Série:

Procedência:

O que é saúde para você?

Você acha importante aprender a cuidar da sua saúde na escola? Por quê?

Sobre que assuntos de saúde sua professora costuma falar?

Que atividades você já realizou na escola que fizeram você aprender sobre saúde?

Esses conhecimentos de saúde são úteis para sua vida? Por quê?

De qual assunto de saúde você mais gosta de falar? Por quê?

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A PROFESSORA REGENTE DA CLASSE MULTISSERIADA DA ESCOLA PROFESSORA CARMEN RABELO MAGALHÃES

Identificação

Idade:

Procedência:

Tempo de Magistério:

Escolaridade:

Carga horária Semanal:

Você inclui tópicos de saúde no currículo da escola? Por quê?

Quais são os tópicos de saúde que você inclui?

Você considera importante incluir esses tópicos de saúde no conteúdo trabalhado na escola? Por quê?

Você se sente preparada para trabalhar a saúde na escola? Por quê?

Quais as fontes de informação que você usa para trabalhar a saúde em sala de aula?

Você já teve acesso aos PCNs de saúde?

O que você entende por saúde?

Você encontra dificuldade para trabalhar com o tema saúde na escola? Por quê?

Existem dificuldades na escola para a realização de atividades de saúde? Quais?

Que ações de saúde são desenvolvidas na escola e/ou pela escola?

**APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PAIS DE ALUNOS DA CLASSE
MULTISSERIADA DA ESCOLA PROFESSORA CARMEN RABELO MAGALHÃES**

Identificação

Idade:

Procedência:

Os temas de saúde são trabalhados na escola de seu filho? Quais?

Que assuntos você considera importante que sejam abordados ao tratar a saúde na escola?

Quais as atividades envolvendo temáticas de saúde são realizadas na escola?

Você considera importante incluir tópicos de saúde na escola? Por quê?

Como você vê a saúde em seu município?

APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM LÍDER COMUNITÁRIO

Identificação

Idade:

Procedência:

Os temas de saúde são trabalhados na escola da comunidade? Como?

Que assuntos você considera importante que sejam abordados ao tratar a saúde na escola?

Como você percebe a saúde em sua comunidade?

Quais os serviços de saúde oferecidos a comunidade?

De que forma a população tem percebido a situação de saúde da comunidade?

O que a liderança comunitária tem feito em relação aos problemas enfrentados pela comunidade?

APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Identificação

Idade:

Procedência:

Qual seu tempo de atuação na área?

A prefeitura oferece capacitação para os profissionais de saúde do município? Explique.

Qual a incidência de doenças na comunidade?

Você observou alguns problemas de saúde que mais atinjam as crianças da comunidade? Quais?

Quais os serviços de saúde disponíveis para a comunidade?

A equipe de saúde que atua na comunidade realizou alguma iniciativa na escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães? Qual?

Quais os profissionais envolvidos nas ações de educação em saúde da comunidade?

Os pais dos alunos participam das atividades de educação em saúde realizadas na escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães? De que forma?

Você planeja organizar alguma ação de educação em saúde na escola da comunidade? Fale sobre ela.

Existem casos de encaminhamento de pacientes a outros serviços de saúde? Como funciona?

APÊNDICE F:

Universidade Federal do Pará

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS E RESPONSÁVEIS DE ALUNOS

Título da pesquisa: EDUCAÇÃO DO CAMPO E SAÚDE NA AMAZÔNIA: REFLETINDO SOBRE OS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS NO CURRÍCULO DE UMA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE MARAPANIM.

Esta pesquisa tem como objetivos analisar a concepção de saúde presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais e a forma como o campo é tratado no referido documento; identificar a forma como o currículo proposto pelos Parâmetros Curriculares Nacionais se materializa na escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães; verificar se o campo é considerado na materialização do currículo da escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães; identificar as concepções de saúde de professores e alunos da escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães e de seus pais. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas têm como única finalidade a pesquisa e que os resultados obtidos serão descritos de forma codificada, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. A pesquisa prevê a gravação das entrevistas realizadas e registro de imagens. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas. Os benefícios do estudo são para o trabalho realizado pelos educadores do município de Marapanim, pois suas práticas poderão ser melhoradas, ampliadas ou alteradas a partir dos resultados da pesquisa.

A pesquisadora Prof.^a Luana Costa Viana, CRF nº 73643-F, poderá ser encontrada à Alferes Costa, 2725, fone 3246-4631. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas. Você poderá a qualquer momento optar por afastar-se da pesquisa e todo material anotado lhe será devolvido.

Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a professora que realiza a pesquisa.

Declaro que compreendi as informações que li ou eu me foram explicadas sobre o estudo em questão. Discuti com a coordenadora e/ou pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar, ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento. Concordo voluntariamente participar deste estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

_____, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE G:

Universidade Federal do Pará

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PROFESSOR REGENTE DE CLASSE**Título da pesquisa: EDUCAÇÃO DO CAMPO E SAÚDE NA AMAZÔNIA: REFLETINDO SOBRE OS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS NO CURRÍCULO DE UMA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE MARAPANIM.**

Esta pesquisa tem como objetivos analisar a concepção de saúde presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais e a forma como o campo é tratado no referido documento; identificar a forma como o currículo proposto pelos Parâmetros Curriculares Nacionais se materializa na escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães; verificar se o campo é considerado na materialização do currículo da escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães; identificar as concepções de saúde de professores e alunos da escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães e de seus pais. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas têm como única finalidade a pesquisa e que os resultados obtidos serão descritos de forma codificada, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. A pesquisa prevê a gravação das entrevistas realizadas e registro de imagens. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas. Os benefícios do estudo são para o trabalho realizado pelos educadores do município de Marapanim, pois suas práticas poderão ser melhoradas, ampliadas ou alteradas a partir dos resultados da pesquisa.

A pesquisadora Prof.^a Luana Costa Viana, CRF nº 73643-F, poderá ser encontrada à Alferes Costa, 2725, fone 3246-4631. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas. Você poderá a qualquer momento optar por afastar-se da pesquisa e todo material anotado lhe será devolvido.

Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a professora que realiza a pesquisa.

Declaro que compreendi as informações que li ou eu me foram explicadas sobre o estudo em questão. Discuti com a coordenadora e/ou pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar, ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento. Concordo voluntariamente participar deste estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

_____, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE H:

Universidade Federal do Pará

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO LÍDER COMUNITÁRIO**Título da pesquisa: EDUCAÇÃO DO CAMPO E SAÚDE NA AMAZÔNIA: REFLETINDO SOBRE OS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS NO CURRÍCULO DE UMA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE MARAPANIM.**

Esta pesquisa tem como objetivos analisar a concepção de saúde presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais e a forma como o campo é tratado no referido documento; identificar a forma como o currículo proposto pelos Parâmetros Curriculares Nacionais se materializa na escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães; verificar se o campo é considerado na materialização do currículo da escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães; identificar as concepções de saúde de professores e alunos da escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães e de seus pais. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas têm como única finalidade a pesquisa e que os resultados obtidos serão descritos de forma codificada, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. A pesquisa prevê a gravação das entrevistas realizadas e registro de imagens. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas. Os benefícios do estudo são para o trabalho realizado pelos educadores do município de Marapanim, pois suas práticas poderão ser melhoradas, ampliadas ou alteradas a partir dos resultados da pesquisa.

A pesquisadora Prof.^a Luana Costa Viana, CRF nº 73643-F, poderá ser encontrada à Alferes Costa, 2725, fone 3246-4631. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas. Você poderá a qualquer momento optar por afastar-se da pesquisa e todo material anotado lhe será devolvido.

Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a professora que realiza a pesquisa.

Declaro que compreendi as informações que li ou eu me foram explicadas sobre o estudo em questão. Discuti com a coordenadora e/ou pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar, ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento. Concordo voluntariamente participar deste estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

_____, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE I:

Universidade Federal do Pará

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Esta pesquisa tem como objetivos analisar a concepção de saúde presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais e a forma como o campo é tratado no referido documento; identificar a forma como o currículo proposto pelos Parâmetros Curriculares Nacionais se materializa na escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães; verificar se o campo é considerado na materialização do currículo da escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães; identificar as concepções de saúde de professores e alunos da escola Prof.^a Carmen Rabelo Magalhães e de seus pais. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas têm como única finalidade a pesquisa e que os resultados obtidos serão descritos de forma codificada, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. A pesquisa prevê a gravação das entrevistas realizadas e registro de imagens. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas. Os benefícios do estudo são para o trabalho realizado pelos educadores do município de Marapanim, pois suas práticas poderão ser melhoradas, ampliadas ou alteradas a partir dos resultados da pesquisa.

A pesquisadora Prof.^a Luana Costa Viana, CRF nº 73643-F, poderá ser encontrada à Alferes Costa, 2725, fone 3246-4631. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas. Você poderá a qualquer momento optar por afastar-se da pesquisa e todo material anotado lhe será devolvido.

Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a professora que realiza a pesquisa.

Declaro que compreendi as informações que li ou eu me foram explicadas sobre o estudo em questão. Discuti com a coordenadora e/ou pesquisadores do projeto sobre minha

decisão em participar, ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento. Concordo voluntariamente participar deste estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

_____, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE J: DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS PARA O ALUNO PARTICIPAR DA PESQUISA.

Marapanim, _____ de _____ de 2009.

Senhores pais.

Estou escrevendo uma pesquisa sobre a escola que seu filho (a) estuda e gostaria de saber se você me autoriza realizar uma entrevista com seu filho (a) para obter informações importantes para a realização desse trabalho. Peço que devolva este documento com a sua assinatura e a confirmação ou negação do pedido.

Atenciosamente,

Luana Costa Viana

APÊNDICE L: FICHA DE ANÁLISE DOS LIVROS DIDÁTICOS

Título:

Autor:

Série:

Editora:

Ano:

Página:

CONTEÚDO	
Eixo Temático: Conceitos	
Conceitos e Definições	Explícito () Implícito () Ausente ()
Desenvolvimento de Conceitos e Definições	Bom () Aceitável () Insuficiente ()
Esclarecimento dos termos desconhecidos	Sim () Não ()
Atualidade dos dados Científicos	Boa () Aceitável () Incorreta ()
Eixo Temático: Contextualização	
Adequação a realidade econômica	Sim () Não ()
Adequação a realidade cultural	Sim () Não ()
Relação com meio ambiente	Sim () Não ()
Eixo Temático: Enfoque Sanitário	
Enfoque sanitário	Preventivo () Curativo ()
Ações requeridas/ recomendadas	Individuais () Coletivas ()
Eixo Temático: Questões Metodológicas	
Tipos de Atividades Propostas	Análise () Resolução de Problemas () Questões de reconhecimento () Atividades de pesquisa () Questões abertas ()
Modo de operação	Individual () Coletivo ()
Ilustração	Correta () Aceitável () Incorreta () Inexistente ()

ANEXO

ANEXO A - Plano de aula

Assunto: O Lixo

Lixo é o conjunto dos restos que consideramos inúteis.

O lixo que atrai ratos, baratas e muitos insetos, polui a água, o solo e pode transmitir doenças.

Nas cidades é feita a coleta do lixo.

Geralmente quem faz a coleta do lixo é a prefeitura.

Onde não há coleta do lixo ele deve ser enterrado.

O lixo pode ser: doméstico, hospitalar, industrial, etc.

Lixo doméstico: é produzido nas casas e pode ser orgânico ou não.

Lixo Industrial: é produzido nas indústrias e fábricas.

Lixo Espacial: são encontrados no espaço.

Lixo Hospitalar: é produzido nos hospitais.

O lixo pode ser colocado em sacos plásticos e depósitos em lixeiras tampadas para ser recolhido.

Muitos materiais que jogamos no lixo podem ser utilizados novamente.

É a reciclagem, dessa forma estamos evitando o desperdício e protegendo a natureza.

Atividades

1. Procure no dicionário o significado da palavra reciclar:
2. Responda:
 - a. O que é o lixo pra você?
 - b. Onde você mora tem coleta de lixo?
 - c. O que é feito com o lixo na sua casa?
 - d. O que é o lixo doméstico?
 - e. O que é o lixo espacial?
 - f. O que é o lixo hospitalar?
 - g. O que é o lixo industrial?
 - h. Dê exemplo de lixo

1. Doméstico
2. Hospitalar
3. Da praia
4. Da escola

ANEXO B - Plano de aula**Assunto: Aparelho Digestivo**

Atividades:

1. Responda:
 - a. Quais os órgãos do aparelho digestivo?
 - b. Que glândulas complementam o trabalho do aparelho digestivo?
 - c. Como se forma o bolo alimentar?
 - d. Por onde passa o bolo alimentar antes de chegar ao estômago?
 - e. O que acontece com o bolo alimentar na primeira parte do intestino?
 - f. O que acontece com a parte aproveitável do bolo alimentar?
 - g. O que acontece com as substâncias que não têm valor para o organismo?
 - h. Onde começa e termina o sistema digestivo?
 - i. Para que servem os dentes?
 - j. Quem não tem dente faz boa digestão? Justifique.
2. Faça um acróstico:
3. O que é digestão?

ANEXO C - Plano de aula**Assunto: Sistema respiratório****Exercício****1. Responda:**

- a. Como é formado o sistema respiratório?
- b. O que é a respiração?
- c. O que é a inspiração?
- d. O que é a expiração?
- e. O que acontece na respiração?
- f. De onde o ar vai para o sangue?
- g. Onde o oxigênio se combina com a glicose?
- h. Onde os sons são modificados?
- i. Você pode viver sem um lado do pulmão?
- j. Eu gás é prejudicial ao nosso corpo?
- k. Podemos viver sem respirar?
- l. Todos os seres vivos respiram?

ANEXO D - ANÁLISE DO CONTEÚDO DE SAÚDE EM LIVROS DIDÁTICOS

Ficha de análise dos livros didáticos

Título do livro:

Autor:

Série:

Editora:

Ano:

página

CONTEÚDO	
Conceitos e definições	<p>Explícito preliminar</p> <p>Explícito posterior</p> <p>Implícito</p> <p>Ausente</p>
Desenvolvimento dos conceitos e definições	<p>bom</p> <p>aceitável</p> <p>insuficiente</p> <p>inaceitável</p>
Explicação dos termos desconhecidos	<p>sim</p> <p>não</p> <p>inexistente</p>
Pré-requisitos	<p>estão presentes</p> <p>parcialmente</p> <p>ausentes</p> <p>desnecessários</p>
Correção Científica	<p>boa</p> <p>aceitável</p> <p>incorreta</p>
Adequação à idade mínima	<p>sim</p> <p>em parte</p> <p>não</p>

Adequação à realidade econômica	sim em parte não
Adequação à realidade geográfica	sim em parte não
Enfoque Sanitário	preventivo curativo
Ações requeridas/recomendadas	individuais coletivas
Influência/relação com o meio ambiente	sim em parte não
Aprofundamento relativo à série anterior	sim não
Tipo de atividades propostas	análise resol. Problemas Cópia do texto ativ. Extra-livro resposta aberta inexistente
Forma de execução das atividades propostas	individual grupo
Ilustração	Correta Aceitável Incorreta inexistente

