

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

JOÃO MIGUEL GIRALDES

**CONCEPÇÕES SOBRE "AUTOCUIDADO" DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE,
ATUANTES NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, NO BAIRRO DE
MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO**

**Rio de Janeiro
2018**

JOÃO MIGUEL GIRALDES

**CONCEPÇÕES SOBRE "AUTOCUIDADO" DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE,
ATUANTES NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, NO BAIRRO DE
MANGUINHOS, NO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação em Ciências e Saúde do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Sônia Cristina Soares Dias Vermelho

**Rio de Janeiro
2018**

Ficha catalográfica elaborada por Priscila Almeida Cruz CRB-7/6242.

G516c Giraldes, João Miguel.

Concepções sobre "autocuidado" de profissionais da saúde, atuantes no programa saúde na escola, no bairro de Manguinhos, no Rio de Janeiro. / João Miguel Giraldes. – Rio de Janeiro: UFRJ/NUTES, 2018.

100 p.: il. color.; 30 cm.

Orientadora: Sônia Cristina Soares Dias Vermelho.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde, Rio de Janeiro, 2018.

Referências bibliográficas: f. 66-72.

1. Educação em saúde. 2. Autocuidado. 3. Tecnologia Educacional em Saúde - Tese. I. Vermelho, Sônia Cristina Soares Dias. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde. III. Título.

João Miguel Giraldes

CONCEPÇÕES SOBRE "AUTOCUIDADO" DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE,
ATUANTES NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, NO BAIRRO DE MANGUINHOS,
RIO DE JANEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Educação
em Ciências e Saúde, Núcleo de
Tecnologia Educacional para a Saúde,
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial à obtenção do
Título de Mestre em Educação em
Ciências e Saúde.

Aprovado em:

Prof(a). Dr(a). Sônia Cristina Soares Dias Vermelho – UFRJ

Prof(a). Dr(a). Valéria Ferreira Romano – UFRJ

Prof(a). Dr(a). Gustavo de Oliveira Figueiredo – UFRJ

AGRADECIMENTOS

Início pelo reconhecimento da vida que me foi concedida, juntamente com o poder do arbítrio, que proporciona a mim ser o criador da minha consciência individual.

Sou grato também às pessoas que passaram, passam e passarão pela órbita do meu existir, trazendo e trocando comigo, viabilizando a experiência vital, e que dentre elas estão:

os meus pais, Ana e João

o meu filho Caio Couto

o meu amigo e professor Giovanni Castanheira

os queridos González Pecotche e

Andreia Lopes

o corpo de bibliotecários do Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro CRO/RJ, Ledir Henley, Vinicius Pereira e Cinthia Dalla

o corpo docente e o discente do Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro – NUTES/UFRJ, na pessoa da minha orientadora Cristina Vermelho e da colega Sabine Lino, respectivamente.

E a todos que não foram citados, e os que ainda surgirão, que colaboram, e colaborarão, nesse caminhar de caminhos. Que se entremeiam como os fios de uma corda, sutis, mas não frágeis, e juntos constituem a força que mantém a nau ao cais, para ficar o tempo necessário, assim como o desprendimento oportuno ao deixá-la partir.

Até breve.

RESUMO

GIRALDES, João Miguel. **Concepções sobre "autocuidado" de profissionais da saúde, atuantes no programa saúde na escola, no bairro de Manguinhos, no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta pesquisa teve como objetivo principal saber os conceitos que alguns profissionais da saúde, atuantes em programas de saúde, têm sobre o tema “Autocuidado”, no âmbito da “Promoção da saúde” e da “Educação em saúde”. Secundariamente, conhecer as mediações nas ações educativas, assim como a articulação empregada com a proposta de aproximação entre o conhecimento popular e o científico, com alunos do ensino básico. É uma pesquisa Qualitativa, com abordagem Descritiva, através de uma entrevista semiestruturada realizada com 6 profissionais, individualmente, em uma unidade de Saúde da Família, em Manguinhos, na Cidade do Rio de Janeiro. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e avaliadas segundo a técnica da “Análise de conteúdo”, de Laurence Bardin, com “Características associadas ao tema central” para análise das categorias teóricas. Estas foram fundamentadas em 4 descritores de assunto, obtidos nos “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), que foram: “Autocuidado”, “Promoção da saúde”, “Educação em saúde” e “Saúde escolar” e com a respectiva literatura recuperada através deles pela LILACS, na plataforma BIREME. A base foi a Teoria do *Habitus*, de Pierre Bourdieu, como meio para entender se a apropriação dos conceitos sobre o tema “Autocuidado”, empregados pelos profissionais, estariam à margem das suas respectivas consciência e vontade. Os resultados foram significativos, mas em outro sentido. Em primeiro lugar o tema Autonomia aliado ao do “Autocuidado”, como cidadania, foi uma evidência comum na literatura recuperada. Depois, a atuação humanizada dos profissionais, com as crianças, foi de grande relevância. Alguns profissionais manifestaram entendimento favorável sobre “Autocuidado”, na expectativa de que a Educação e a Saúde juntas podem fazer a diferença. E o principal, seria um alerta, para que as condições básicas de vida existam, se a proposta é com a “Promoção da saúde”, pois ainda falta muito para um ponto de partida considerável rumo à cidadania.

Palavras-chave: Autocuidado. Promoção da saúde. Educação em saúde. Saúde escolar

RESUMO

GIRALDES, João Miguel. **Concepções sobre "autocuidado" de profissionais da saúde, atuantes no programa saúde na escola, no bairro de Manguinhos, no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This research had as main objective to know the concepts that some health professionals, acting in health programs, have on the subject "Self care", within the scope of "Health promotion" and "Health education". Secondly, to know the mediations in the educational actions, as well as the articulation used with the proposal of approximation between the popular knowledge and the scientific, with students of the basic education. It is a Qualitative research, with descriptive approach, through a semi-structured interview conducted with 6 professionals, individually, in a Family Health unit, in Manguinhos, in the City of Rio de Janeiro. The interviews were recorded in audio, transcribed in their entirety and evaluated according to Laurence Bardin's "Content Analysis" technique, with "Characteristics associated with the central theme" to analyze the theoretical categories. These were based on 4 descriptors of subject, obtained in the "Descriptors in Health Sciences" (DeCS), which were: "Self care", "Health promotion", "Health education" and "School health" and with the corresponding literature retrieved through them by LILACS, in the BIREME platform. The basis was Pierre Bourdieu's Theory of Habitus as a way to understand if the appropriation of the concepts on the subject "Self-care", employed by the professionals, would be at the margin of their respective conscience and will. The results were significant, but in another sense. In the first place the theme autonomy allied to the one of "Self-care", like citizenship, was a common evidence in recovered literature. Then, the humanized performance of the professionals, with the children, was of great relevance. Some professionals expressed a favorable opinion about "Self-care", in the expectation that Education and Health together can make a difference. And the main one would be an alert, so that basic living conditions exist, if the proposal is with the "Health promotion", because there is still much to a considerable starting point towards citizenship.

Keywords: Self-care. Health promotion. Health education. School health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4 AS BASES DA PESQUISA	13
4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	13
4.2 AUTOCUIDADO	18
4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	25
4.3.1 Saúde escolar	31
4.4 <i>HABITUS</i>	36
5 METODOLOGIA	41
5.1 DO TRABALHO DE CAMPO	44
5.2 A LOCALIDADE ADJACENTE À ESCOLA MUNICIPAL	45
5.3. OS SUJEITOS DA PESQUISA	50
6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO	52
7 CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	73
APÊNDICE A - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	73
APÊNDICE B - ENTREVISTA	75
APÊNDICE C - PROCESSO DE SELEÇÃO	76
APÊNDICE D - RELAÇÃO DAS ENTREVISTAS COM OS PRFISSIONAIS DE SAÚDE (PS)	77
APÊNDICE E - QUADROS DAS CORRELAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DAS ANÁLISES DE CONTEÚDO	91
ANEXOS	96
ANEXO A - DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE MANGUINHOS	96
ANEXO B - DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE MANGUINHOS	97
ANEXO C - DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE MANGUINHOS	98
ANEXO D - DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE MANGUINHOS	99

1 INTRODUÇÃO

A partir do meu exercício profissional na Odontologia, observei muitas vezes as nossas relações e a dos demais profissionais de saúde com os pacientes, relações estas estabelecidas a partir de uma dinâmica agente e objeto. Esta situação observada não acontece dentro de uma relação participativa conforme propõe o modelo, ao qual fui apresentado durante a graduação, da “Promoção da saúde”. A função educativa é apagada do cenário, já que há uma relação direta de dependência permanente dos cuidados profissionais. Não existe um compromisso com o processo de desenvolvimento da autonomia por parte de ambos (profissional e paciente) nas circunstâncias que presenciei. O afastamento do paciente da realidade de si, da capacidade de se ver como sujeito, é observado na extensão das ocorrências mórbidas evidentes que se repetem ao longo da vida. Não é somente uma desvinculação com a doença e com hábitos somente, e sim, com iniciativas voltadas para o desenvolvimento da autonomia. Iniciativas atuantes nas mudanças necessárias para que o indivíduo altere a própria trajetória na vida e participe na mudança da trajetória da coletividade, onde está inserido. Portanto, a incompreensão de um conceito mais amplo sobre saúde, que não seja apenas o do setor saúde, para além dos limites do seu próprio corpo, coloca o indivíduo numa situação de dependência maior ainda, assim como mantém a participação limitada do próprio profissional da saúde, ao perfil biologicista.

Silva et al (2009), Waldow (2008) e Bub et al (2006) referenciam o tema “Autocuidado” à “Promoção da saúde” como um conceito de grande importância, porque o vincula à autonomia. Diante dessa inquietude, nos propusemos a realizar nessa investigação um aprofundamento daqueles conceitos na intenção de aproximar o entendimento da relação do profissional com o paciente e como as partes estariam nesta relação, supondo que há estreitas conexões com aspectos educacionais e sociais da atuação profissional. Para tanto, buscamos realizar uma investigação em campo, por meio de entrevistas com os profissionais de saúde que atuam na escola, com objetivo de compreender questões relacionadas aos processos educativos vinculados à saúde realizados numa escola de educação básica.

Compreendemos que a Educação é essencialmente importante para a saúde pública, da mesma maneira que a saúde também guarda a mesma amplitude para o

aproveitamento no espaço escolar. Um número significativo de escolares vivem em ambientes impróprios para a saúde, nas condições de exclusão social, onde ocorrem maus-tratos, violência, drogas etc. Nesses ambientes, crianças e adolescentes se envolvem em práticas e posturas de risco para a vida, confirmando o que Câmara et al (2012) afirmaram sobre a importância dos ambientes e os seus fatores determinantes em relação ao estilo de vida do indivíduo. E por todas essas condições, o Ministério da Saúde entendeu que “[...] a escola é um local de excelência...” (BRASIL, 2007 a, p. 36) para introduzir os programas de saúde para os estudantes, entre outras questões, porque os professores reconhecem e afirmam que a saúde sendo uma das condições essenciais para a qualidade de vida, implica nas condições de crescimento, desenvolvimento e aprendizagem.

Silva (2012), Moreira, Silveira e Andriolli (2006) e Liberal et al (2005) levam em consideração o fato do ambiente escolar ser uma condição para o ensino e a socialização, porque a escola, segundo os autores, é um local não só de aprendizado do conhecimento formal, mas um território para desenvolvimento da cidadania, da autonomia pela “Educação em saúde”, nas bases da “Promoção da saúde”. Portanto, se justifica a escolha desse tema para a realização desta pesquisa, na intenção de compreender e contribuir para superar com aquela situação observada na minha prática profissional, trazendo questões articuladas entre os setores da Saúde e da Educação.

2 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi editada pelo Ministério da Saúde, constituindo uma base importante para o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política atua, entre outras coisas, no debate político sobre as condições que se fazem necessárias para que os sujeitos e as comunidades tornem-se mais saudáveis, e que seja substituído o enfoque curativo e onde há a culpa do indivíduo, pelo enfoque da prevenção e do cuidado de si. É compreendido que a escola é um local de relações, um espaço de desenvolvimento crítico, como também político, onde são construídas crenças, maneiras de conhecer o mundo, valores sociais, o que incide diretamente na produção coletiva sobre a saúde (BRASIL, 2006). A Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 aprova a Política de Promoção da Saúde, estabelecendo pelo Art. 1º, cujo objetivo geral 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, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, p. 19)

Nessa linha de atuação, entendemos o Programa Saúde na Escola (PSE) que foi instituído em 5 de dezembro de 2007, através do Decreto Presidencial Nº 6.286 (Brasil, 2007 b):

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, 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 (BRASIL, 2007 b, p. 1)

O PSE é uma política de estado que busca criar instrumentos e condições para concretizar as diretrizes preconizadas pela PNPS. O que se pretende é que as práticas de autocuidado se estabeleçam para além dos estabelecimentos de saúde, e avancem nos cenários social, político, cultural e econômico, tanto no âmbito individual quanto no coletivo (BRASIL, 2007 b).

O PSE existe com o propósito de fornecer propostas em ações relacionadas à promoção e atenção à saúde. Envolve crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, onde é proposto também o fortalecimento e a manutenção da articulação entre as escolas com as referidas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com atividades dirigidas aos alunos sobre a “Promoção da saúde”, pois esta, no ambiente escolar, deve se tornar em um processo que avança

constantemente para o desenvolvimento humano. O PSE é uma das principais ações em termos de políticas públicas destinada à infância e à adolescência, e entre as suas principais atividades estão destacadas as ações permanentes de “Educação em saúde” (MACHADO; LEONE; SZARFAC, 2011).

Em âmbito internacional, o PSE se alinha ao movimento das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) (BRASIL, 2007a), proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que tem o objetivo de intensificar a relação entre os setores de Saúde e Educação (Silva et al, 2012). Na EPS também se propõe a inclusão e participação das famílias como apoio à motivação das políticas, e a comunidade que envolve a escola. Desta maneira, as EPS envolvem um trabalho conjunto entre Educação, Saúde e Sociedade. Estas escolas têm como proposta a superação de antigos paradigmas de “Saúde escolar”, calcados na inspeção sanitária e regras de higiene, indo ao encontro da intersectorialidade, nas várias interfaces sociais, com a proposta de buscar a qualidade de vida para a geração atual e alcançar um futuro melhor.

A “Escola saudável”, termo usado como sendo sinônimo de EPS, tem como objetivo colaborar para o desenvolvimento das condições, em potencial as físicas, psíquicas e sociais dos estudantes do nível básico, com ações educacionais de prevenção e promoção da saúde e conservação do meio ambiente, orientados à comunidade. Assim seria importante e aproveitável para o PSE, segundo o ponto de vista das autoras Santos e Bogus (2007), que houvesse uma iniciativa voltada às questões de saúde que promovessem o autocuidado, mas que tal iniciativa fosse colocada na prática de modo permanente, que tornassem possíveis grandes transformações no interior da escola.

Essas discussões, nos suscitaram a pensar em como a implementação do PSE estaria acontecendo numa região de vulnerabilidade, onde os problemas da comunidade são diversos, com agravamento em funções das limitações econômicas, sociais e ambientais. Para tanto, definimos inicialmente nosso problema da pesquisa com a seguinte questão: **conhecer a percepção dos profissionais da saúde em relação às práticas de ensino sobre o “Autocuidado”, no ambiente escolar com os alunos de escola pública de ensino básico, numa comunidade vulnerável.**

Em conexão com este problema, se apresentam outras questões: Quais os conceitos que estes profissionais têm sobre autocuidado? Quais mediações são

desenvolvidas nessas ações educacionais com os alunos, relacionadas ao autocuidado? Existe alguma relação estabelecida pelos profissionais entre os conhecimentos popular e científico nas ações educacionais? E, se possível, se as relações entre as práticas e os conceitos estão de acordo com as preconizadas pelas teorias e políticas da “Promoção da saúde”?

Para responder a essas questões, nos debruçamos especialmente sobre os conceitos de “Autocuidado” e “Promoção da saúde”, para depois ir a campo. Inicialmente a pesquisa iria ser realizada no ambiente escolar, mas por questões relacionadas à própria dinâmica da comunidade – voltaremos a essa questão mais adiante - tivemos que trabalhar com os profissionais na unidade de saúde à qual pertencem.

Este trabalho, portanto, organizamos de maneira que, após apresentação dos objetivos, na seção “**AS BASES DA PESQUISA**”, apresentamos a discussão teórica sobre os conceitos de “Promoção da saúde”, “Autocuidado”, “Educação em saúde” e “Saúde escolar” tanto na literatura, quanto na definição que os dicionários de saúde utilizam, em particular o DeCS.

Na seção seguinte apresentamos a metodologia do trabalho, com a descrição da pesquisa de campo, depois os dados encontrados. Em seguida uma análise dos dados e as conclusões.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção os profissionais da saúde, em relação às práticas de ensino sobre o “Autocuidado”, com os alunos de uma escola pública de ensino básico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar os conceitos que os profissionais de saúde têm sobre “Autocuidado”;
2. Conhecer as mediações empregadas nas ações educacionais relacionadas ao “Autocuidado” desenvolvidas no ambiente onde ocorrem tais ações;
3. Conhecer a articulação que os profissionais de saúde empregam entre os conhecimentos popular e científico nas ações educacionais.

4 AS BASES DA PESQUISA

Essa pesquisa tem como uma das suas bases teóricas as conceituações sobre “Promoção da saúde”, “Autocuidado”, “Educação em saúde” e “Saúde Escolar”, as quais trataremos a seguir.

4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nessa investigação, entendemos que a saúde é fator essencial para o desenvolvimento humano e o campo da “Promoção da saúde”, um campo complexo o qual propõe não isolar a saúde de outros setores. As conexões entre a comunidade e o meio em que vivem são as bases para a saúde, e esta por sua vez deve se colocar além das concepções medicalizadoras. O princípio orientador está na necessidade de encorajar o cuidado mútuo, o cuidar uns dos outros. Em termos sociais, a “Promoção da saúde” defende que haja um desenvolvimento social e econômico da população e da comunidade está inserida para que a saúde seja alcançada não só como saúde do corpo físico, mas também mental, emocional, ou seja, que a saúde transponha os limites do próprio corpo físico. Esta perspectiva, por sua vez, permite entender que o ser humano é o principal agente na defesa e manutenção do meio ambiente (CARTA DE OTTAWA, 1986; BUSS, 2009; LOPES; TOCANTINS, 2012).

Segundo a Carta de Ottawa (1986, p. 1) a “Promoção da saúde”

[...] é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.[...] A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.

A “Carta de Ottawa” (1986) foi resultado da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, situando o conceito de “Promoção da saúde” como um processo de capacitação comunitário, com o qual se pode atuar na melhoria da qualidade de vida e da saúde. De acordo com o proposto no documento, pretende-se que a própria comunidade participe no controle desse processo, para que a saúde seja um conceito positivo e possa fazer com que as melhorias conquistadas

levem a um estado de bem-estar físico, mental e social. Neste caso, a “Promoção da saúde” não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, é uma ação conjunta e complexa que busca constituir um estilo de vida saudável rumo ao bem-estar global (BRASIL, 2006).

Pensando desta forma, o objetivo da saúde é atuar para além do fator saúde-doença, pois o conceito defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que a saúde se estabelece como um estado pleno de desenvolvimento mental e de bem-estar, não se definindo apenas como ausência de doença (CÂMARA et al, 2012).

Buss (2009) refere-se à “Promoção da saúde” como um movimento, uma proposta em si, de relevância estratégica, do setor da saúde, como modo de evitar o reducionismo médico e alcançar articulações intersetoriais, opondo-se, assim, à medicalização da saúde, tanto na sociedade quanto no sistema de saúde. Portanto, o enfoque da “Promoção da saúde” é mais abrangente, pois, abarca as questões de identificação e enfrentamento dos fatores que envolvem o processo saúde-doença, redirecionando-os para a saúde.

A “Promoção da saúde” busca a modificação dos meios e condições de vida, para que a mesma se torne digna, enquanto que o modelo da prevenção, simplesmente, baseia-se na ausência de doenças como sua meta principal, e não um desenvolvimento de capacidades em que os sujeitos são os agentes de seu processo (BUSS, 2009; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O mais apropriado à percepção da diferença entre promoção e prevenção é a conscientização de que, o conhecimento científico, nas esferas das suas incertezas, se restringe às limitações técnicas, que por sua vez, seriam susceptíveis de alcance e etapas de transpasse, isto é, superação. Ir ao encontro da saúde, não é permanecer com o foco na sobrevivência apenas, mas com a atenção na plenitude sobre a existência. Portanto, volta-se à esfera social, à existencial e também, de capital importância, à ética, dispostos em situações reais, com a participação dos sujeitos com compromisso e adesão, empregando sua dedicação em usar aquilo que se sabe no alcance do que não se sabe. Ao encontro da verdade que surge da experiência experimentada (CZERESNIA, 2003).

Sobre o ato de promover a saúde, Czeresnia (2003) estabelece que é uma escolha, sendo assim, não se limita ao conhecimento em si, mas sim o valor que ele tem. Estão entrelaçados processos cujos conceitos não são limitados em sua

precisão, onde podem ser mensurados simplesmente. São conceitos de outros setores, transdisciplinares e provenientes das subjetividades humanas, das suas diferenças, particularidades dos eventos quer sejam no campo das individualidades, como no da coletividade.

A “Promoção da saúde”, em seu conceito, vem sofrendo transformações. Hoje, agregam-se valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento, participação e parceria. Com o enfoque de “responsabilização múltipla”, estão inseridos Estados, indivíduos, sistemas de saúde reorientados e parcerias intersetoriais. O que se busca com essa articulação é a criação e o desenvolvimento das habilidades individuais, com a intenção de que as decisões dos sujeitos sejam tomadas em prol da qualidade de vida e da saúde em si. Com isso, são alteradas a percepção sobre o que seja o cuidado, enquanto forma de atuar, partindo para uma ampliação do conceito o qual passa a incluir as noções de autonomia e poder, ou seja, para que haja o cuidado, é necessário superar uma dependência limitadora entre os profissionais de saúde e a população, pois a ação do setor da saúde ao não permitir o desenvolvimento da autonomia, fixa o sujeito numa condição subordinada e não crítica quanto ao seu papel como cidadão (BRASIL, 2007 b; BUSS, 2009).

Czeresnia (2003) fala do avanço que ocorreu tanto na teoria, quanto nas práticas em relação ao conceito de saúde, porém os problemas agora estão com a amplitude deste conceito, que quase se compara ao da vida. Promover a vida deste modo é trabalhar em várias dimensões, que ficam subordinadas às ações do Estado, juntamente com a particularidade e a autonomia dos sujeitos, sendo que estas não podem ser repassadas à responsabilidade de um setor científico e suas práticas.

A “Promoção da saúde” vai ao encontro de espaços promissores, para a sua difusão. No campo das políticas educacionais, o Programa Saúde na Escola (PSE), é uma política de estado que busca ser um instrumento para concretizar as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde. O que se pretende é que as práticas de autocuidado se estabeleçam para além dos estabelecimentos de saúde e avancem nos cenários social, político, cultural e econômico, tanto no âmbito individual quanto no coletivo (BRASIL, 2015).

O PSE tem como objetivo a formação integral dos estudantes no que diz respeito aos aspectos relacionados à sua saúde e as condições em que estão

sujeitos as crianças e jovens da rede pública de ensino por meio de ações de cunho educacional com caráter de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde. São beneficiários do PSE os estudantes da Rede Pública da educação básica, gestores e profissionais de Educação e Saúde, comunidade de escolas, estendendo-se, também, aos estudantes da Rede Federal Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2015).

A “Promoção da saúde”, conforme indicado acima, transcende o caráter biológico e biomédico. São aspectos biológicos, psíquicos, sociais, ambientais e culturais que atuam no processo de promover a saúde. Não se restringe às doenças, mas sim as condições do bem-estar (ROCHA et al 2012; SOUSA, 2010).

Possui aspecto interdisciplinar e multidisciplinar com novos saberes, mas que também aponta para a necessidade de promover a emancipação, abordando as necessidades e saberes da população atendida (AGUIAR et al, 2012; MORAIS et al, 2010).

É um processo social e político, em que deve ocorrer o fortalecimento das capacidades e habilidades individuais, caracterizado pela mudança das condições sociais, de ambiente e as econômicas (BOFF et al, 2014).

No coletivo sugere-se estratégias educativas, para possibilitar que haja na escola a participação e integração da comunidade. A participação da comunidade é fundamental, conforme indicam os documentos, para compreender da população, suas crenças, valores e informações para a criação das atividades educativas relacionadas à “Promoção da saúde” (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

O que se entende é que uma concepção de saúde ampliada favorece o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais; e que esse entendimento motiva a parceria, a solidariedade, a participação, amplia as condições de realização da cidadania, da democracia, e do desenvolvimento com equidade e responsabilidade múltipla. Em função disso, são fatores interligados à promoção da saúde: a alimentação, meio ambiente, habitação, lazer, emprego, transporte, acesso aos serviços de saúde, assim como a responsabilidade com a própria saúde (AGUILERA VELASCO et al, 2010).

Tanto quanto o bem-estar, são as condições sociais que ampliam o controle e o domínio sobre os determinantes da saúde (GURGEL et al, 2011).

Por condições sociais estamos tratando com as dimensões da autonomia, da liberdade, da capacitação e do exercício ativo de si, da capacidade de decisão dos indivíduos sobre as suas ações e para a construção na sua trajetória de vida, para sua atuação social, abarcando nesse sentido as redes de proteção e dos cuidados recíprocos, desenvolvendo o autocuidado e o cuidado com a própria saúde no que concordam Aguilera Velasco et al, 2010; Fleury-Teixeira et al, 2008; Neves; Guilan, 2007.

A “Promoção da saúde” é um modelo participativo, que busca a mobilização comunitária, sem individualismo, de tal forma que possa favorecer mudanças das condições dos indivíduos e do meio ambiente, no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde. Portanto, a “Educação em saúde” entendida neste trabalho, pretende ser um instrumento que possibilite a construção da autonomia do sujeito através da sua capacidade reflexiva, e o tornar detentor de conhecimentos e não mero receptor de informações, mas sim acolhido e ouvido em suas experiências e questões (HORTA et al, 2009).

Neste sentido, os autores entendem que **a “Promoção da saúde” não está subordinada somente ao setor saúde**. É um modo de viver saudável, orientado ao bem-estar global, onde **a comunidade se encontra participante em ações e no controle dos processos que permitam entender a saúde para além do corpo físico, e a saúde como uma condição ligada não apenas às doenças ou ausência delas**. Pretende promover articulações intersetoriais se colocando em **oposição ao biologicismo e a medicalização da saúde**, evitando assim o entendimento sobre saúde num reducionismo médico.

A comunidade é o agente e o sujeito, com responsabilização múltipla na forma de atuar. A saúde, então, é vista como um meio e não um fim. Suas práticas implicam na participação individual e coletiva, porém sem individualismos. Nesse sentido, **o cuidado é desvinculado de uma visão limitadora, ampliando para entender que a autonomia é o poder do sujeito sobre si. Retiram-no da condição de subordinado, para assumir uma posição crítica como cidadão, que deverá ser acolhido e ouvido pelos profissionais de saúde a respeito das suas experiências e conhecimentos**. A prática da “Promoção da saúde” extrapola os estabelecimentos da saúde e avança nos cenários social, político, cultural individual e coletivamente, com a proposta de intensificar **a relação entre os setores da Educação e da Saúde**. Estão envolvidos nessa interface a **solidariedade**, a

equidade, a democracia e parceria (BRASIL, 2015; BOFF et al, 2014; AGUIAR et al, 2012; CÂMARA et al, 2012; FURTADO; SZAPIRO, 2012; LOPES; TOCANTINS, 2012; ROCHA et al 2012; GURGEL et al, 2011; AGUILERA VELASCO et al, 2010; MORAIS et al, 2010; SOUSA, 2010; BUSS, 2009; HORTA et al, 2009; FLEURY-TEIXEIRA et al, 2008; BRASIL, 2007b; NEVES; GUILAN, 2007; BRASIL, 2006; CZERESNIA, 2003; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; CARTA DE OTTAWA, 1986).

4.2 AUTOCUIDADO

O conceito de "Autocuidado" é entendido por Sebold, Radnüz e Carraro (2011) como os hábitos, como atitudes oriundas da repetição de comportamentos que, após o aprendizado, se sedimentam nas práticas, não havendo mais a necessidade de pensar sobre a sua execução. Isso está na base para entendermos a forma como as pessoas lidam com sua saúde, pois são inúmeros casos em que pessoas que têm conhecimento de que determinadas atitudes trazem prejuízos à saúde, mas continuam a fazê-lo mesmo sabendo das consequências dessas atitudes. Contudo, mesmo a noção de hábito não deve ser analisada sem levar em conta o contexto social, econômico, ambiental dessas práticas, senão estaremos transformando esse conceito numa idealização, portanto, ideológico.

Do ponto de vista da saúde, pensamos que as alterações dos hábitos podem determinar novas capacitações em vários níveis, refletindo mudanças da vida atual, seja no nível da alimentação, lazer e cuidado, como também no 'descuido' com a própria saúde. Da mesma forma, para os profissionais da saúde este princípio é aplicado quando o foco é o conceito, porque o mesmo repercute em atitudes generalizadas e envolve aspectos comportamentais tanto no indivíduo para consigo, quanto no trato para com os demais. Nesse contexto, os conceitos e práticas sobre o "Autocuidado" transmitidos pelos profissionais da saúde acabam por repetir um modelo de cuidado, no qual os usuários do sistema de saúde deixam de ser sujeitos de si próprios, delegando a outros a responsabilidade do cuidado, no caso, aos profissionais de saúde.

O conceito de "Autocuidado" está definido nos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) da seguinte maneira: "Realização pelo paciente das atividades normalmente executadas por profissionais de saúde. Inclui cuidados consigo mesmo, família ou amigos" (BIREME, 2015).

Ainda que a prática dos profissionais de saúde venha se modificando mediante a ampliação do conceito de saúde, que envolve o meio ambiente como valor a ser considerado, a prática atual predominante ainda leva em questão o modelo biologicista, o qual por meio da sua forma de conceituar implica em um olhar biológico, individualista e direcionado apenas à doença e aos seus fatores de risco (SANTOS; LEMOS, 2011).

Segundo Maltz (2003) o profissional para compreender o contexto no qual as pessoas desenvolvem ou adquirem doenças, deve realizar uma pesquisa sobre os hábitos de autocuidado do indivíduo, assim como conhecer a participação dos pais, nestes hábitos, quando se tratar de crianças ou adolescentes. As informações obtidas trarão condições para perceber os hábitos construtivos mais adequados, dando ao indivíduo instruções que venham instituir hábitos mais adequados e ou modificar alguns estabelecidos.

Neste sentido, segundo Bub et al (2006), conceitualmente o “Autocuidado” é a materialização de atitudes voltadas para si mesmo ou o ambiente, com o propósito de direcionar o próprio existir de acordo com o interesse da vida, integração e bem-estar. São atitudes deliberadas em seu próprio benefício para manutenção da vida e saúde. Nessa perspectiva, as ações de autocuidado são desenvolvidas de forma deliberada para o próprio benefício, com atitudes voluntárias e intencionais com tomada de decisões, agregando para a integração e desenvolvimento humano.

Um requisito do “Autocuidado” é o das alterações da saúde, a alteração do equilíbrio entre o indivíduo e o seu quadro de saúde. Qualquer doença ou lesão afetam diretamente o ser humano, nas suas estruturas fisiológicas ou psicológicas, mas, mais do que isso, atinge à integralidade humana, quando seriamente abordada. Com isso, uma ação desenvolvida ou em desenvolvimento na perspectiva do “Autocuidado”, é afetada quando existem alterações patológicas. Desta forma, para que os indivíduos possam atuar com “Autocuidado”, há a necessidade de serem capazes de aplicar conhecimentos apropriados e oportunos para com o seu próprio cuidado (SILVA et al, 2009).

É importante ressaltar que o estilo de vida de um indivíduo é determinado por diversos fatores, como os culturais, históricos, sociais, econômicos, educacionais, familiares, pessoais, dentre outros, que interferem diretamente no processo de modificação de seus hábitos ou comportamentos. Portanto, não podemos deixar de considerar que esses fatores são determinantes no processo de mudança de hábitos

dos indivíduos, classificando-os em fatores predisponentes, facilitadores e reforçadores (CÂMARA et al, 2012).

Dentre os fatores predisponentes, encontram-se elementos histórico-culturais, aqueles relacionados aos preconceitos que a sociedade cria ao longo do tempo em relação à determinados grupos sociais. Um exemplo que infelizmente ainda permanece na sociedade é a crença de que as classes menos favorecidas não têm inclinação para o estudo, e, portanto, a educação de qualidade deve ser destinada aqueles que tem melhor condição, condição já adquirida de antemão em função de sua condição social. Com isso, é importante para o profissional de saúde compreender que os aspectos socioculturais da comunidade em que atua podem ser fatores que predispõe os seus sujeitos a determinadas condições que devem ser trazidas para compreender a forma como a população se vê diante de sua condição de saúde. Em nossa investigação, a comunidade em que atuam os profissionais de saúde é uma comunidade vulnerável, com sérios problemas econômicos relacionados à forma como essa comunidade foi se constituindo. Portanto, compreender e entender esse histórico de violência e exclusão é fundamental para dimensionar os limites e as potencialidades em relação à possibilidade da população compreender e passar a se autocuidar. Se desconsiderar esse contexto, as orientações para o “Autocuidado” ficarão sem relação e vínculo com o cotidiano, com seus hábitos, com suas possibilidades concretas de vida, portanto, com pouco potencial para que mudem sua forma de lidar com sua saúde e com a do coletivo.

Ainda segundo Câmara et al (2012), em relação ao estilo de vida e as possibilidades de mudança, existem os fatores facilitadores que se relacionam com o suporte político e social, bem como os econômicos e financeiros, tais como: distribuição de renda, acesso à educação de qualidade, acesso aos serviços de saúde, habitação, transporte público, saneamento, lazer etc. A mudança em relação a esses aspectos, no entanto, vão além da capacidade de atuação do profissional de saúde. Uma pessoa migrar de uma condição econômica a outra depende de um conjunto de fatores que vão desde a possibilidade de frequentar uma escola, a condição de arrumar um trabalho, a ter acesso ao transporte e de qualidade, das condições de moradia etc. Essas condições não são acessíveis somente pela boa vontade da população, são condições criadas pelas políticas públicas que podem estar direcionadas para resolver o problema de distribuição de renda entre os mais vulneráveis, ou políticas que priorizam a reprodução do capital. Sabemos que são

essas políticas que propiciam as mudanças de status social e econômico de parcela da população em condição de vulnerabilidade social.

Por fim, os fatores reforçadores se referem aos agentes envolvidos na assistência à saúde, aos familiares e às redes de relação social. Ainda que esses fatores sejam aqueles mais relacionados ao universo imediato de ação dos sujeitos, pois fazem parte do seu entorno social, não podemos desconsiderar que esses fatores (predisponentes, facilitadores e reforçadores) interatuam o tempo todo e que sua divisão se deve mais a uma questão de exposição do que de funcionamento. O contexto histórico-social é produzido em função da forma como as comunidades vão se estruturando à medida que ações são tomadas por pessoas em determinados lugares. No caso da comunidade onde essa pesquisa ocorreu, tem um histórico de exclusão social, de violência, de isolamento das políticas sociais por parte dos governos que fez com que uma cultura de exclusão, mas também de resistência se inserisse naquele lugar (CÂMARA et al, 2012).

As crianças e os jovens da comunidade nesse contexto, segundo Guimarães e Lima (2011), por experimentarem situações de discriminação e exclusão, sofrem, na maioria das vezes, as consequências da baixa autoestima, problemas com autoconfiança e dificuldades para desenvolvimento de competências. Estão situados num contexto em que são reforçados aspectos negativos sobre si, os quais atuam na construção dos seus próprios limites e capacidades. O modo como ocorre esse jogo nas relações sociais naquele território, possibilita a construção, pelos jovens, do seu modo de existir. Isso desperta o significado pela própria presença no meio social, representado num projeto de vida, que pode ser reorientado por meio de ações voltadas para propósitos específicos. Nesta estratégia juvenil, criam a vida futura, por meio de práticas que podem ser de “Autocuidado”, no que seria entendido o cuidado como uma capacidade auto reflexiva, relacionada com a atenção à saúde.

Waldow (2008) fala sobre o surgimento do cuidado com aproximação e suposições sobre o que ela acredita em relação aos hábitos e comportamentos ligados ao cuidar. Dessa forma, analisa no sentido mais amplo, que o cuidado é algo de expressão e do sujeito na relação consigo mesmo, na relação com o outro e com o mundo. Primeiramente, menciona duas maneiras para o surgimento do cuidar: uma relacionada à sobrevivência e a outra como manifestação de carinho ao outro, uma questão relacional. Segundo a autora, “O ser humano é um ser de cuidado...” (WALDOW, 2008, p. 87) que nasce com potencial de cuidar e ao mesmo tempo,

com a necessidade de ser cuidado. Mas esse desenvolvimento está ligado à maneira, ou modo, com o qual o indivíduo foi cuidado nas etapas da sua vida. Muitos são os fatores que ocorrem nesse caminho: “[...] ambiente, cultura, economia, política, religião, entre outros” (WALDOW, 2008, p. 87). A formação do Ser é um processo que depende das condições nas quais alguém está por se tornar algo. O ser humano é um projeto inacabado, que se encontra em condições de refletir sobre si, cuja presença é o seu próprio ente, seu ser. Ser, na condição de estar no mundo, situa-se na essência de cuidar, existir ao lado de outros seres e de coisas, e do interesse nos que convivem. O cuidar, na relação com o outro, é a base que alicerça o ser.

O cuidado em si não está vinculado exatamente à sua técnica de execução. O que o torna diferente de outros procedimentos são questões como interesse, preocupação e motivação. Ele se perfaz na forma como é executada a ação, baseada na interação com o ser por gestos, palavras e olhares, ocorrendo o envolvimento com o que é feito e com a pessoa que recebe a ação, procurando desta forma agir com consideração e respeito, porque o ser humano se faz digno de atenção. É caracterizado pelo compromisso, uma responsabilidade, coexistindo a intenção de promover bem-estar e conforto, reduzindo os riscos e a vulnerabilidade, abrangendo ação e atitude moral. O cuidado humano é uma colocação que justamente ao interagir no cuidar do outro, humaniza e revela valores que expressam sentido e respeito à vida, ao outro e à natureza, como solidariedade e compaixão, estas consideradas atitudes éticas (WALDOW, 2008).

O cuidado de si, nas representações do olhar para si mesmo, são atos feitos de si para consigo, pelos quais se assume, se modifica e se transforma. Isto representa poder construir uma cultura de si, que verifique a condição do indivíduo de se manter independente em relação ao mundo externo. O sujeito do cuidar de si mesmo deve transformar-se em sujeito de verdade. É dessa percepção que o indivíduo atua na técnica do cuidado de si (BUB et al, 2006).

Silva et al (2009) apresentam o “Autocuidado” como uma prática apreendida pelo ser humano com uma orientação designada, que permeia as situações reais na vida, nas quais o indivíduo atua sobre si ou sobre as determinantes que regulam direta ou indiretamente sua saúde, bem-estar e o seu próprio existir. O emprego do “Autocuidado” tem como propósito o uso de ações baseadas em paradigmas que

colaborem com o desenvolvimento humano, no que diz respeito à sua autonomia e a capacidade de decisão e escolha.

Alguns atributos do “Autocuidado” trazidos por Baggio e Erdmann (2010) são socialização, compreensão recíproca, convivência e cuidado. Eles também citam a dependência mútua, falando a respeito do conjunto, para a própria autonomia, sobrevivência e cuidado pessoal, bem como a interação e integração, vínculos afetivos, o cuidado do outro, compartilhamento de vivências, laços afetivos, amizade e solidariedade e responsabilidade coletiva.

Outros autores como Bedin et al (2014), Carvalho, Erdmann e Santana (2011) classificam o autocuidado como uma consciência crítica sobre saúde e bem-estar que, ao se vincular a ações que visam cuidado se tornam uma viabilização para promover a autoestima, a autonomia e o autocuidado, bem como, para promover a capacidade do indivíduo dirigir a própria vida, erigir metas e constituir sentimentos de competência e habilidade. Também pode promover qualidades como a liberdade, possibilitando a compreensão da dependência para com a família e com os profissionais da educação e saúde.

Para Galvão e Janeiro, (2013), o “Autocuidado” como função reguladora tem o objetivo de preservação da vida, saúde e bem-estar. O conceito de “Autocuidado” reflete ações de educação e responsabilidades pelas próprias necessidades, nos comportamentos de saúde, sendo um resgate de um sentido de vida, competência individual e das atividades de promoção e manutenção da saúde.

O “Autocuidado” apresenta outros aspectos como a autorreflexão sobre a atenção à saúde e o cuidado como capacidade de autoconstrução do ser humano, consagrando o cuidar de si como definir a própria existência, ou seja, o bem-estar, desenvolvido e desejado pelo indivíduo. Revela-se a autonomia ou autogestão da vida, isto é, o controle sobre o destino, aprendizado de competências, o modo de ser cuidado e o de ser cidadão e para com o cuidado de si. Assim, a autonomia é a base para a saúde pois isso capacita os indivíduos para o cuidado de si com ações educativas (GUIMARÃES; LIMA, 2011).

Freire (2002) na esfera ética, diz do respeito tanto à autonomia, quanto à dignidade que cada um traz em si, e a má postura do educador frente às inquietudes do discente, tal como a sua curiosidade, por exemplo, está situada no plano da transgressão. Os seres estão, por assim dizer, inacabados, e na sua dialogicidade,

crecem e aprendem nas suas diferenças. Lutar contra a discriminação é um ato moral, e um saber sobre a autonomia e a identidade daquele que é educado.

Quando tratamos da autonomia para o “Autocuidado” não podemos ocorrer o risco de cair no descaso para com as experiências e saberes do outro, pois não podemos considerar o sujeito do processo como aquele que nada sabe a respeito do viver saudável, do viver bem, da manutenção da vida saudável etc. Uma educação para o “Autocuidado” com a promoção da autonomia para o cuidado de si deveria decorrer da prática educativa em saúde, conforme conclusão de Oliveira (2011).

Porém, como fazer uma educação para autonomia sem escutar o outro? Nesse sentido, a crítica de Freire (2002) à educação que se volta somente para a transmissão de conhecimentos desvinculados das experiências e do contexto social dos sujeitos do processo. Em termos conceituais, a literatura compreende que promover o “Autocuidado” requer uma compreensão mais ampla sobre saúde e a forma de conquistá-la, a qual passa necessariamente, por uma transformação da sociedade e não só do indivíduo.

Em síntese, os autores compreendem que o “Autocuidado” abrange hábitos circunscritos em diferentes níveis, como alimentação, lazer, saúde etc. Envolve ações do indivíduo tanto para consigo, quanto para os demais, quando é voltado para si denomina-se autocuidado, quando para os outros, de cuidado. **O “Autocuidado” é também autonomia, num sentido de que são atitudes voltadas para si e para o ambiente, na intenção de atuar sobre o existir, visando seus interesses e o bem-estar. São atitudes voluntárias e intencionais tomadas para a integração e desenvolvimento humano.** Por outro lado, o cuidado vem a ser **a relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo, como manifestação de carinho com o outro.** Nesse conceito, acredita-se que o **ser humano é em si um projeto inacabado**, em condições de refletir sobre si, e que, na condição de estar no mundo, na vida, se estabelece na essência do cuidar, no que revela com o outro a base de sustentação do ser. O cuidado está conectado a **fatores como interesse, preocupação e motivação**, na ação que envolve o que recebe, porque **o ser humano se faz digno de atenção.** Existe assim, **o compromisso e a responsabilidade com o objetivo de promover o bem-estar com solidariedade e compaixão.** O cuidado é uma **responsabilidade coletiva, dependência mútua, vínculos afetivos, compartilhamento de vivências, a autoestima a respeito de si**

mesmo, é solidariedade, **autonomia e consciência crítica sobre saúde e bem-estar.**

O “Autocuidado” está nas ações reais da vida, com o indivíduo atuando sobre si ou sobre os determinantes da sua saúde. Transformando o sujeito em sujeito de verdade, isto é, **com autonomia** (BIREME, 2015; BEDIN et al 2014; GALVÃO E JANEIRO, 2013; CÂMARA et al, 2012; CARVALHO, ERDMANN E SANTANA 2011; GUIMARÃES; LIMA, 2011; OLIVEIRA, 2011; SANTOS; LEMOS, 2011; SEBOLD, RADNÜZ E CARRARO, 2011; BAGGIO; ERDMANN 2010; SILVA et al, 2009; WALDOW, 2008; BUB et al 2006; MALTZ, 2003; FREIRE, 2002).

4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Segundo a definição encontrada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente” (BIREME, 2015).

O estilo de vida das famílias e das populações em um território culturalmente definido, está diretamente conectada às condições materiais de vida e ao conceito de cuidado e “Educação em saúde” construído histórico, social e culturalmente falando. A doença é um processo sociocultural, em que a experimentação corporal é intermediada pela cultura num processo de auscultar qualificadamente, ou seja, é um processo de ouvir os relatos e construir a percepção e o conceito de doença, lembrando que a sua narração pode alterar a maneira de ver e atuar sobre a situação. O autor ressalta a conexão de cada indivíduo com seu mundo, seus valores, saberes e problemas, sendo, portanto, a Saúde e a Educação um ato criador, um conceito pertencente à cultura (BOEHS et al, 2007).

Melo (1997) através das suas apreciações, afirma que a Educação e a Saúde são áreas que não se separam, onde a Educação engendra e é engendrada pelas relações sociais; além disso, tanto na Educação, quanto na Saúde, os relacionamentos entre os sujeitos envolvidos nesse trabalho ocorrem nas e pelas práticas. Segundo Melo (1997), pelas suas condições de vida, as classes populares tendem a construir uma visão mais ampla sobre a Saúde enquanto os discursos oficiais, em especial das políticas e da literatura específica, tendem a ter uma visão mais restrita, focada, fragmentada, fundamentada no modelo biomédico, onde o

objetivo do profissional da saúde é encontrar a doença em algum espaço ou órgão nos indivíduos.

Isso interfere diretamente na forma como os profissionais atuam para colaborar diretamente ou indiretamente na obtenção do potencial de saúde dos grupos e indivíduos, nos seus vários períodos de vida pelas suas práticas educativas que podem ser dialógicas. Defendemos que a percepção da história dos determinantes sociais, políticos e econômicos relacionados às questões provenientes do binômio saúde-doença, são fatores significativos que devem ser considerados nas ações da educação em saúde, os quais, por sua vez, espera-se que se apresente como prática positiva integrada às práticas no cuidado de saúde. De acordo com Horta et al (2009), a “Educação em saúde” também está relacionada com o encorajamento e a organização das comunidades, na postura crítica e no desenvolvimento da autonomia e de reflexão para o controle sobre as determinantes da saúde, através da participação dos indivíduos nos espaços de poder e de resistência, lutando pela manutenção da cidadania enquanto valor a ser preservado e vinculado à dimensão da saúde.

Liberal et al (2005) defendem que a escola é um dos pilares da educação e da construção da cidadania, caracterizado como espaço em que a criança obtém a sua educação, integração e ao mesmo tempo sua inclusão (ou exclusão) social. As escolas também podem promover a saúde também dos professores, funcionários e da comunidade de seu entorno, mas que depende de ações intersetoriais, como ação política de intervenção social.

Para Horta et al (2009) o contexto histórico no planejamento de ações de “Promoção da saúde” tem o outro como sujeito no processo de “Educação em saúde”, detentor de conhecimento, e não como mero receptor. O que os autores defendem é que exista uma construção compartilhada de saberes, isto é, com as práticas educativas em saúde construídas com compartilhamento, para que ocorram a interação de saberes diferentes, possibilitando que os sujeitos se transformem e colaborem na transformação do outro, na procura da autonomia, cidadania e interdisciplinaridade. A “Educação em saúde” pode promover a interação entre os indivíduos dentro de um contexto educativo e com o mundo que os envolve por meio de um processo social em que indivíduos e os grupos colaborem na melhoria das condições de saúde e das condições de vida da população. Nesse sentido, colocam

a necessidade de que haja a valorização dos saberes populares e o respeito à autonomia do indivíduo e do cuidado da sua própria saúde, bem como o estímulo à sua participação no controle social dos processos, no sistema de saúde (MACIEL, 2009).

O sujeito não é isolado do contexto onde vive, conforme afirmam Rocha, Marcelo e Pereira (2002). Nessa perspectiva, a saúde está disposta como um recurso, com responsabilidade tanto individual quanto coletiva, mas também relacionada com a política social e econômica; conseqüentemente, a escola, na perspectiva da promoção da saúde, não pode separar os indivíduos das suas comunidades. É um espaço em que são consideradas as diversidades dos indivíduos e as particularidades de cada contexto. Contudo, as ações não ficam restritas somente à escola, visto que ela passa a interagir e integrar ações quando se dispõe a incluir os entornos e outros ambientes numa comunidade escolar.

A defesa da escola como promotora da “Educação em saúde”, entende que por dela pode haver a troca de informações e surgir críticas a respeito das questões de saúde. Como uma prática social, a educação em saúde buscaria, portanto, envolver a comunidade nos programas relacionados à saúde, a inclusão das políticas públicas, as transformações conceituais sobre a saúde, propostas libertadoras envolvidas com a solidariedade, a cidadania e a prática da socialização (VILA; VILA, 2007).

Cabe um planejamento em “Educação em saúde”, para os educadores fazerem um levantamento dos conhecimentos e práticas em saúde, que envolvendo o mundo do educando, antecede qualquer medida educativa, de modo que as atividades planejadas sejam realizáveis dentro das esferas da saúde pública. A “Educação em saúde” consiste em processos ativos que envolvem transformações na maneira de pensar, sentir e agir das pessoas, no alcance da saúde, nas condições de bem-estar físico, mental e socialmente relacionados. Desta maneira os indivíduos passam a ter atitude, adquirem conhecimentos relativos à saúde (CANDEIAS; MARCONDES, 1979).

Câmara et al (2012) também traz questões importantes a respeito da “Educação em saúde” que surge como estratégia para promover saúde, como uma prática social centrada na problematização do cotidiano e na valorização da experiência dos indivíduos e dos grupos, tendo como referência a realidade na qual eles estão inseridos. É a soma de todas as experiências, individuais, que modificam

ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo em relação à saúde e aos processos que necessitam ser problematizados. Tem como objetivo estimular as pessoas (público em foco/população) a realizar ações de promoção à saúde – seja pela compreensão dos limites e possibilidades para adotarem hábitos de vida saudáveis, seja pela compreensão crítica da forma como os serviços de saúde são colocados à sua disposição. Estimula-se a consciência na tomada de decisões, tanto individual quanto coletiva, buscando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente. Para tanto, também é necessário problematizar que a sociedade não trata a todos de maneira igual, que o sistema de saúde e de educação também não é o mesmo para todos, portanto, o acesso a uma saúde e uma educação de qualidade depende em larga medida de enfrentamentos contra as políticas de exclusão e de discriminação social promovidas pelo Estado. Não se pode pensar em uma “Educação em saúde” que desconsidere os aspectos e interesses econômicos que sustentam as tomadas de decisões em torno das políticas educacionais e de saúde.

Uma educação problematizadora, com a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências, do autoconhecimento e da autorreflexão são aspectos fundamentais para se pensar a “Educação em saúde”. Um sujeito consciente das suas responsabilidades e atitudes, mas igualmente consciente de sua condição social e dos processos de exclusão ao qual é submetido, torna melhor o processo de aprendizagem por descoberta, pois pode emergir desse processo a motivação para superar sua condição de exclusão, situação que é muito diferente de uma educação baseada na imposição e na memorização (CÂMARA et al, 2012).

Uma “Educação em saúde” que promove a interação com os profissionais de saúde por meio do lúdico e prazeroso, traz alegria; o brincar é um facilitador, inclusive no que diz respeito à interação entre as crianças e os profissionais. Com uma aproximação por meio do lúdico, pode se constituir numa alternativa para a “Educação em saúde” para que aconteça uma troca de informações e para que seja possível desenvolver uma visão crítica na saúde como uma prática social (VILA; VILA, 2007).

Porém, a ordem biomédica consolidada está ainda sendo suportada por um discurso focal, desumanizador, que enquadra pacientes e profissionais de saúde em espaços estanques de atuação. Mas isto não quer dizer que permaneçam subordinados à tal ordem. Nas relações de trabalho, sejam quais forem, aparece o

discurso mediador, que acaba por estabelecer uma organização médica por meio de ações e técnicas específicas, onde deixa a aparência de um discurso unificador, com suas ações e relacionamentos dos profissionais de saúde e os seus pacientes. Porém, essas relações não ficam restritas à essência desse discurso, e os profissionais de saúde e os pacientes se relacionam também como seres sociais, perpassados por outros tantos discursos e representações. O que ocorre na prática, é que a atuação profissional assume uma dimensão mais abrangente, como ações sociais, numa interação complexa de relações sociais, que envolve pacientes, profissionais de saúde e instituições (MELO,1997).

Buscando ainda desenvolver, segundo os autores Câmara et al (2012), nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade a que pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva, a “Educação em saúde” tem grande papel para diminuir a distância existente entre descobertas/estudos científicos e a aplicação desses na vida diária das pessoas. Destarte, se apresenta ainda como a ligação entre as expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais adequados a essa população.

Mas quanto à responsabilidade sobre si, Freire (2002) chama a atenção para um ponto capital que impera na realidade do poder dominante, que é a inculcação nas classes dominadas, da responsabilidade que estas possuem sobre o estado no qual se encontram. Partindo daí o peso dessa culpa que recai sobre os seus ombros, da relação com o contexto, no que suportam a condição diante das classes dominantes, sem perceberem que a origem da sua dor vem de um sistema social perverso, supondo então que seja pela sua incompetência. Desta forma, concordamos com Freire (2002) sobre a percepção do ser humano como seres para aprender e, como consequência, para ensinar, para intervir, para promover a prática educativa como um ato constante, em exercício, em prol do desenvolvimento da autonomia de ambos: educadores e educandos.

Nesse sentido, pensamos que a “Educação em saúde” deve ser capaz de utilizar elementos importantes dos aspectos socioculturais de uma população e integrá-los aos conhecimentos técnico-científicos da dimensão biológica para explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar novas práticas de cuidados com a saúde. A “Educação em saúde” tem papel central nas ações de “Promoção da saúde” e, a partir de seus princípios e práticas, aparece como

estratégia relevante para superar o assistencialismo curativista fundamentado na tecnificação dos procedimentos da saúde enfocados na doença exclusivamente (CÂMARA et al, 2012).

Nesse mesmo sentido, vale a pena retomar o que Câmara et al (2012), dizem a respeito da transmissão à população do conhecimento que da maneira verticalizada como em geral acontece, deixa de lado toda a complexidade do indivíduo e todos os diferentes fatores que influenciam a adoção de seus comportamentos e modo de vida. As discussões existentes indicam que todo modo de viver e todos os comportamentos de uma determinada população diante de diferentes problemas, seja de saúde, seja de doença, e até mesmo a utilização dos serviços de saúde acessíveis a ela, são consequências e construções decorrentes de todo o seu universo específico, seus valores e aspectos culturais, sociais, ambientais e biológicos. Esses fatores demonstram a necessidade e importância de construir programas e ações em saúde coerentes e fundamentados nas formas e singularidades de agir e viver de uma determinada população.

Ensinar exige a convicção que a mudança é possível. É indispensável aos que chegam às famílias e ambientes em condições desfavoráveis, tais como as favelas, as comunidades vulneráveis, que todos possuem o direito de ser; é fundamental não deixar que a convivência com o contexto, se naturalize, passando a ideia de inexorabilidade daquela situação. É importante e fundamental que os profissionais que atuam nesses espaços apresentem a dimensão histórica daquele lugar, que apresente um horizonte de possibilidades e não uma visão determinista. Intervir na realidade é um desafio, uma atitude complexa e criadora, gerando novos saberes, é mais do que simplesmente se adaptar a esses ambientes. Assim, é necessário entender que mudar é difícil, mas é possível, independente do projeto em questão, seja ele de alfabetização, de ação sanitária ou de um saber técnico-profissionalizante. Que o destino não é um imperativo, divino ou determinado, sem possibilidades de mudanças (FREIRE, 2002).

As práticas de educação popular nos serviços de saúde são orientadas para a superação do abismo cultural que há entre as instituições de saúde e a população, porque não ocorre entendimento recíproco entre ambos os lados. Assim se dão as prioridades sobre os movimentos sociais locais, para que as expressões mais genuínas desses interesses sejam evidenciadas. Que a subjetividade da população

envolvida possa ser demonstrada nas propostas de superação das incompreensões que aparecem, como também nos conflitos que surgem (VASCONCELOS, 1998).

Neste sentido, podemos sintetizar que a compreensão dos autores sobre a **“Educação em saúde”** é a de que ela tem como meta **desenvolver nas pessoas a responsabilidade individual, mas com reconhecimento de sua inserção social e histórica**. Entendemos que a “Educação em saúde” é uma prática visando a integração das ações de cuidado e autocuidado no **desenvolvimento da autonomia e da reflexão para atuar sobre os determinantes da saúde**, com **participação do indivíduo nos espaços de poder, de decisão e de resistência**, conquistando e lutando para a manutenção de uma participação cidadã na sociedade.

Portanto, defendemos que as práticas educativas em saúde devem entender o sujeito no processo de “Educação em saúde” como **detentor do conhecimento**, e não mais como receptor. Também pensamos que deve ser uma prática que privilegie o **compartilhamento**, em que se criem as condições para que os sujeitos se transformem e colaborem na transformação do outro, com o **foco na autonomia, na cidadania e na interdisciplinaridade**.

Defendemos uma educação que **valoriza a experiência dos indivíduos e grupos**, agregando a realidade na qual todos estão inseridos, que estimule a **consciência crítica para a tomada de decisões, individual e coletivamente**, relacionadas com as condições de saúde e do meio ambiente.

A “Educação em saúde” tem outro papel importante: **diminuir a distância entre os conhecimentos científicos e sua aplicação na vida diária das pessoas, superando o assistencialismo curativista** baseado na tecnificação dos procedimentos da área de saúde, voltados para a doença. É uma educação que acredita e age sobre as **possibilidades de mudar os rumos da História, criando novos destinos rumo a um mundo melhor para todos** (BIREME, 2015; CÂMARA et al 2012; HORTA et al 2009; MACIEL, 2009; BOEHS et al, 2007; VILA; VILA, 2007; LIBERAL et al 2005; FREIRE, 2002; ROCHA, MARCELO E PEREIRA, 2002; VASCONCELOS, 1998; MELO, 1997; CANDEIAS; MARCONDES, 1979).

4.3.1 Saúde escolar

Embora os temas, estabelecidos pelos descritores “Educação em saúde” e “Saúde escolar” sejam quase uma sinonímia, este último permanecerá com subitem,

porém será separado, para facilitar o tratamento, na Classificação da Análise de conteúdo, do *corpus* das entrevistas.

O tema da “Promoção da saúde” no ambiente da escola desencadeou a proposta da Escola Promotora de Saúde (EPS), que tem por objetivos o bem-estar de todos os envolvidos na comunidade escolar, o desenvolvimento de habilidades e a participação dos pais em atividades, as quais devem estar ligadas aos interesses da população assistida. Também, segundo a literatura, busca promover a recuperação da identidade e etnia de setores minoritários e o desenvolvimento sócio afetivo (MOREIRA; SILVEIRA; ANDRIOLLI; 2006).

Através do DeCS a “Saúde escolar” está definida como sendo:

Ações voltadas para a comunidade escolar para concretização das propostas de promoção da saúde. O período escolar é fundamental para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção. (BIREME, 2015)

Os autores Moreira, Silveira e Andriolli (2006) identificam temas como poluição, solidão e o isolamento urbano, modelo de vida competitivo e imediatista como antagonistas à saúde. Todavia, a escola é em si um local de inclusão social e de comunidade, com a proposta de formar cidadãos capazes de desenvolver suas próprias decisões e que propicie a autonomia dos indivíduos e atividades de equipe, ou seja, identifica o indivíduo como sendo de um grupo social, em um determinado momento da história.

O conceito de saúde e doença, nas suas complexidades multifacetárias, estão muito mais ligados a valores sociais. Conceituar doença é saber sua história, consequências e determinantes, como no caso de uma criança, por exemplo, que apreende o conceito porque está ligado a uma experiência por ela vivida. Isto posto, o conceito de doença não é exatamente a sua definição (BORUCHOVITCH; FÉLIX-SOUZA; SCHALL, 1991).

Machado, Leone e Szarfacs (2011) são a favor da relevância e importância do ser humano inserido em um meio sociocultural. A atenção à saúde, meta de construção no desenvolvimento e da manutenção da qualidade de vida, é uma consequência de fatores socioeconômicos, tais como escolaridade, renda e capacitação profissional. A anemia, por exemplo, ocupa um lugar de destaque, entre as deficiências nutricionais, pela particularidade deletéria que possui, pois, as crianças acometidas permanecem sonolentas durante as atividades, sendo

prejudicial à atenção e causando baixo rendimento. Há outros fatores socioeconômicos também envolvidos como qualificação profissional e renda.

Desta maneira, sob o aspecto da formação cultural, é ensinado na escola a divisão do mundo em duas classes: a dos seres vivos e dos inanimados. Os que são úteis e os que são prejudiciais ao homem. O paradigma construído sobre o ser humano como criador, faz com que se pense que a vida seja do homem, e a saúde apenas pertença a este. A depredação do mundo representa o esgotamento da vida, pois as condições para a vida não se circunscrevem apenas ao humano. A educação é estabelecida nos processos, que através dos mesmos os humanos projetam a sua existência, que sendo edificado enquanto vida, não é a única possível, alheia às demais no planeta. Vida e saúde são conectados. Vida é educação. Saúde é educação, sendo assim, educação é saúde. Tal complexidade que envolve vida e saúde. Educação e o existir são uma condição fundamental para quem trabalha na saúde, consequentemente com a vida (MELO, 1997).

Lucas (2013) aborda o fenômeno da cultura como decorrente da interação vivenciada, quando os que participam têm, em comum, a experiência que gira em torno de valores e tradições específicas tais como atividades culturais e ambiente da escola. Um aspecto preponderante desse fenômeno são as relações ocorridas entre as crianças e toda a comunidade envolvida, em que cada um desses participantes poderá atuar de maneira diferente entre si, mas fazendo uso dos padrões culturais próprios à realidade de cada um. O autor esclarece que a cultura fornece a conexão entre o que o ser humano é em potencial e o que ele vem a ser realmente, como indivíduo, pois, a cultura no espaço escolar interfere na formação de cada um dos membros da comunidade. Entrementes, o conceito de “saúde” está envolvido com a condição socioeconômica, política e cultural de cada contexto social, podendo variar de acordo com a época e o local. Outros pontos que estão vinculados à qualidade de vida são a solidariedade e a finitude de recursos naturais (LUCAS, 2013).

A saúde deve ser percebida como uma dinâmica contínua em processo das ações individuais e coletivas da sociedade, como afirmam Conforme Machado, Leone e Szarfacs (2011), indo contra uma percepção errônea de que saúde é ausência de doença. Isto posto, é importante olhar para si como ator social envolvido nas questões da saúde, como um exercício da cidadania, a partir da construção de ambientes promotores do intercâmbio de informações, podendo-se

observar que o conceito de educação em saúde está apoiado no conceito de “Promoção da saúde” (SILVA, 2012).

Há uma visão hegemônica e reducionista da “Promoção da saúde” que acaba por mascarar a complexidade do tema saúde, o qual, busca alcançar, a partir de várias categorias e interfaces em diferentes pontos, entre eles, o biológico, o psicológico, o social, o individual, o coletivo e o econômico etc., uma mudança social, que se baseia no trabalho comunitário e nas atividades políticas. É preciso também ressaltar que, na esfera da coletividade, não se depende somente dos profissionais de saúde a construção de novos saberes, práticas e estruturas de poder (LUCAS, 2013).

Para Boff et al (2014), os indivíduos são portadores de conhecimento, no diálogo e nas diferentes formas de saber, com consciência sobre a importância em ser proativo, no que diz respeito à própria saúde. Por isso, justifica-se o levantamento sobre as práticas, o conhecimento e as atitudes dos que participarão do processo, no sentido de se conhecer o grau da sua inserção social e suas experiências familiares e comunitárias. É importante também que os profissionais de saúde verifiquem e se aproximem dos conceitos, valores e comportamentos a respeito de saúde, atuem como mediadores na reformulação e construção dos conceitos e práticas de atenção à saúde, junto à comunidade.

Na EPS as pessoas (especialmente crianças e adolescentes) precisam estar ambientados nos setores familiar, comunitário e social. A EPS auspicia autonomia, criatividade com a participação dos alunos e da comunidade escolar, evidenciando valores como consciência social e solidariedade, bem como, visão integral e interdisciplinar no ambiente da comunidade onde a escola esteja inserida. O trabalho no desenvolvimento de saberes, habilidades e destrezas com a intenção de que seja alcançado o autocuidado incentiva uma abordagem crítica e reflexiva dos valores, condutas, estilos de vida etc., favorecendo a participação dos integrantes da comunidade escolar nas questões e suas respectivas tomadas de decisões, na construção da cidadania e democracia, no espírito comunitário e direitos humanos (LUCAS, 2013).

A escola então torna-se o espaço apropriado, no desenvolvimento de programas para “Educação em saúde” e das relações interpessoais que favorecerão e influenciarão suas atitudes e a interação entre os gestores da saúde com o da educação. Dessa forma, promove-se uma autonomia para que os alunos venham a

fazer escolhas saudáveis mediante o desenvolvimento do autocuidado (SILVA, 2012).

Segundo Boff et al (2014), as ações praticadas em “Saúde escolar” são para a criação, desenvolvimento e manutenção das capacidades e habilidades individuais, transformando as condições sociais, ambientais e econômicas. E, um dos ambientes que incentivam o desenvolvimento da “Promoção da saúde” é a escola, que se apresenta como local que permite a interação com a comunidade na qual está inserida e pertence, não deixando de lado as condições sobre os valores e demais informações que tal comunidade possui. Nesse sentido, é benéfico que estejam relacionados à realidade da comunidade que compreenda questões determinantes que integrem saberes de ordem científica e popular, cujo maior desafio é conseguir que os envolvidos compreendam o que é saúde sob o ponto de vista da “Promoção da saúde”. Todo esse percurso se caracteriza como um processo social e político, baseada em práticas com solidariedade, democracia, cidadania, participação, vida etc. e com responsabilização múltipla.

Neste sentido, sintetizamos a compreensão dos autores sobre a “Saúde escolar”, onde a escola é local de inclusão social, com a proposta de **formar cidadãos, desenvolvendo as próprias decisões**, atividades de equipe e **autonomia**.

A cultura é consequência da interação vivenciada em comum através de valores e tradições específicas. **A cultura fornece também a conexão entre o que o indivíduo é em potencial e aquilo que pode vir a ser como tal, não estando dependente somente dos profissionais da saúde.**

Os profissionais da saúde, em atuação, devem se colocar como mediadores na reformulação e construção de conceitos e práticas no desenvolvimento de saberes e habilidades com a intenção de que seja alcançado o entendimento sobre o “**Autocuidado**”. A escola é um dos ambientes onde se pode **integrar saberes de ordem científica e popular**. É um processo social e político, com práticas de **solidariedade, democracia, cidadania e participação, com responsabilidade múltipla** (BIREME, 2015; BOFF et al 2014; LUCAS, 2013; SILVA, 2012; MACHADO, LEONE E SZARFAC, 2011; MOREIRA; SILVEIRA; ANDRIOLLI; 2006; MELO, 1997; BORUCHOVITCH; FÉLIX-SOUZA; SCHALL, 1991).

4.4 HABITUS

Nesta pesquisa pela discussão e conceituação que os autores fazem acerca da “Educação em saúde” e da própria “Promoção da saúde”, consideramos relevante discutir o conceito de *habitus* de Bourdieu, pois nas práticas de cuidado ou de “Autocuidado” um importante aspecto que organiza essas ações são as formas construídas e disseminadas nos campos de atuação. Portanto, ao tratar do conceito e das ações em “Educação em saúde” que os profissionais de saúde realizam na comunidade (na escola ou não) traz uma dimensão que está vinculada aos hábitos construído ao longo de sua vida profissional e pessoal para tanto, consideramos fundamental trazer para nossas reflexões o que a principal referência da sociologia propõe para compreendermos esse conceito.

O sociólogo francês Pierre Félix Bourdieu (1930-2002) contribuiu para a renovação da Sociologia e da Etnologia no século passado, sendo referência nessas áreas. A própria conceituação feita por Bourdieu - na Conferência realizada na Universidade de San Diego, em 1986 -, reporta ao *Construtivismo Estruturalista*. A referência para *Estruturalismo*, ou *Estruturalista*, refere-se à existência no mundo social, não somente dos sistemas simbólicos (linguagem, mitos etc.), mas também de estruturas objetivas, que, com suas respectivas dinâmicas, podem ficar à parte da vontade e consciência dos atores ou agentes, e que essas estruturas têm a condição de direcionar ou pressionar suas práticas e representações. Contudo Bourdieu, a partir do termo Construtivismo menciona que, por um lado, há uma gênese dos esquemas de percepção, pensamento e ação, componentes do *habitus* (ressignificado pelo próprio Bourdieu), e, por outro lado, as estruturas sociais, que Bourdieu vai denominar de campos e grupos, especificamente denominados pelas classes sociais tem ingerências sobre esses esquemas. Essa defesa se dá porque, em seu entendimento na construção da realidade social, não há somente a participação individual, ocorre também o empreendimento coletivo, pois,

Sendo produto da incorporação da necessidade objetiva, o *habitus*, necessidade tomada virtude, produz estratégias que, embora não sejam produto de uma aspiração consciente de fins explicitamente colocados a partir de um conhecimento adequado das condições objetivas, nem de uma determinação mecânica de causas, mostram-se objetivamente ajustadas à situação. A ação comandada pelo “sentido do jogo” tem toda a aparência da ação racional que representaria um observador imparcial dotado de toda informação útil e capaz de controlá-la racionalmente. E, no entanto, ela não tem a razão como princípio (BOURDIER, 1990, p. 23).

Habitus é uma noção filosófica antiga aristotélica, constante também no pensamento medieval. Perpassada por outros autores, foi trazida à tona e retrabalhada por Bourdieu, na década de 60, numa perspectiva de renovação sociológica deste conceito para transpor a oposição entre objetivismo e subjetivismo. Dessa forma, o *habitus* pode ser entendido como uma condição mediadora que colabora em romper com a dualidade de senso comum entre a sociedade e o indivíduo, ao esclarecer a maneira com que aquela se deposita nas pessoas na condição de disposições duráveis ou capacidades treinadas com o propósito de pensar, sentir e agir de maneiras determinadas, que as conduzem em suas respostas criativas às solicitações sociais existentes (WACQUANT, 2007).

Bourdieu (2005) também expressa a respeito dos “hábitos mentais” que estão presentes em qualquer civilização, sendo produtor de observar, inicialmente, que os esquemas que organizam o pensamento humano culto, nos meios sociais que possuem instituições escolares, têm a mesma função que os esquemas inconscientes revelados pela etnologia, quando aborda criações com os ritos e mitos nas pessoas, em sociedades que não possuem tal instituição. A cultura, dando prosseguimento, é sobretudo um conjunto de esquemas fundamentais, com assimilação prévia, de onde se engendram, como se numa arte tal qual à escrita musical, uma gama infinita de esquemas particulares e que também se aplicam em circunstâncias particulares. São sistemas interiorizados que possibilitam engendrar os pensamentos, percepções e ações próprias de uma cultura, e somente esses.

Peters (2013) explica que o conceito de *habitus* leva a esquemas simbólicos que, de forma subjetivamente internalizados, são a gênese e a forma de organização da prática dos indivíduos. Esquemas que se dispõem mental e corporalmente, quer dizer, modos potenciais adquiridos socialmente, e tacitamente motivadores dos modos de pensar, sentir, agir, perceber, avaliar, classificar etc. A investigação sobre a complexa conexão subjetivo e objetivo do meio social, firmado por Bourdieu, revela que a sociologia consegue perceber as estruturas de modo mais profundo, nos diversos mundos que compõem o universo da sociedade, assim como os mecanismos que se inclinam a manter sua reprodução e transformação.

O *habitus* se atualiza na lógica de uma prática particular. Trata-se do princípio que padroniza a maneira de obedecer aos princípios, de modo a exigir que as operações próprias do *habitus* sejam levadas como num redobramento infinito, até as barreiras do possível, como o *habitus*, tal qual uma gramática geradora de

condutas, que tendesse a criar frases concretas e que nenhum programa consciente, sobretudo direcionado e imposto de fora, poderia prever plenamente (BOURDIEU, 2005).

Peters (2013) também fala dos modos sociais de produção das estruturas subjetivas de motivação e conhecimento que encaminham, de modo tácito, a experiência que os indivíduos nos vários setores da sua vida e que levam à tese de que essas mesmas estruturas variam conforme as condições sociais. Essas variações seriam provenientes não só das discrepâncias entre contextos sócio históricos variados, mas também das várias posições diferenciais ocupadas pelos sujeitos, em uma mesma dimensão social, bem como em função das pressões estruturais coercitivas, que estas posições exercem sobre as representações dos agentes. Desta forma, a teoria de Bourdieu está baseada na existência de uma relação causal entre as matrizes socialmente assimiladas de produção da conduta individual (*habitus*) e as propriedades estruturais dos contextos socializadores que promovem a ação e a experiência dos agentes, que ele vai denominar de Campo.

Grande parte das situações e contextos observados e analisados por Bourdieu é posta em manifesto sob uma vestimenta de “cumplicidade ontológica”, que dá a compreender como a conduta social pode se adequar objetivamente a determinados propósitos, sem que tenham sido, de forma explícita e consciente, percebida pelos atores. Enfatizando de outra forma essa “cumplicidade” disposta entre as estruturas objetivas e subjetivas, torna-se possível observar que várias condutas sociais possam ser orientadas para determinados fins, bastando que os indivíduos, que as executam, atualizem o seu *habitus* de ‘modo prático-intuitivo, quando forem exigidos nas várias situações do seu existir social. O conceito de *habitus* permite entender como condutas expressadas pelos atores tendem a adaptar-se às condições locais, não sendo elas oriundas de um cálculo racional e deliberado (PETERS, 2013).

Fica exposto, através da análise do *habitus*, que a sociedade, que ao mesmo tempo é externa aos indivíduos, é constituída por eles, e ganha esse *status* externo, ao se interiorizar nos indivíduos, mediante capacitações e habilidades treinadas e desenvolvidas pelos mesmos e que venham ao encontro daquela, sem necessariamente, que os indivíduos percebam o processo (WACQUANT, 2007).

Com isso, Bourdieu dispõe que as condutas dos agentes humanos podem ser deduzidas de estimulações externas instantâneas oriundas de seus ambientes de

atuação, disposto assim, o papel básico do *habitus*, como repositório sedimentado de influências societárias passadas, perpassando através de ações no presente e que esse repositório tem uma autonomia relativa às pressões externas imediatamente vigentes em um certo contexto de comportamento social (PETERS, 2013).

Sendo *habitus* uma condição de esquemas individuais, constituído de disposições estruturadas, referentes ao social, e disposições estruturantes, nas mentes, denota-se uma condição então adquirida por experiências e práticas, em ambiente social específico e de existência orientada permanentemente para funções e atuações no agir cotidiano (BOURDIEU, 1990).

Wacquant, (2007) interpreta o *habitus* como um agir que é produto dos determinantes sociais estruturantes, por meio de matrizes mentais adquiridas, entendendo-o, neste contexto, como um depositário de práticas apreendidas do passado, que se estendem ao presente que se recriam indefinidamente, embora o espaço seja dimensionado e limitado a um campo de atuação. Essas práticas possuem uma autonomia e sofrem a interferência das pressões provenientes do externo, estabelecidas no contexto social onde os agentes estão inseridos. Ademais, o *habitus* leva a esquemas simbólicos que de forma subjetivamente internalizados, estão enterrados, inseridos em camadas profundas, no que são a gênese e organização da prática dos indivíduos. Elas são orientadas de modo a executar seu objetivo, sem a intervenção consciente ou a partir de uma criação analiticamente predeterminada pelos autores, isto é, sem perceberem o processo. São capacidades treinadas que influenciam o modo dos indivíduos de pensar, sentir e agir de maneiras determinadas, impulsionando para respostas criativas às exigências sociais existentes. Nessa dimensão, os agentes atuam sendo orientados pelo ambiente social, ao mesmo tempo que o influenciam. No que diz respeito às instituições e aos agentes socializadores, tais relações podem existir como aliadas ou adversárias.

Em nossa investigação, essa discussão assume relevância no sentido de que analisamos a maneira como os sujeitos pensam e agem sobre determinado tema: na “Educação em saúde” tendo como elemento de análise o “Autocuidado”.

Retomando nosso problema de pesquisa, buscamos compreender quais os conceitos que os profissionais de saúde possuem sobre “Autocuidado”, bem como conhecer as mediações que eles realizam nas ações educacionais com a

comunidade. Também procuramos saber se esses profissionais estabeleciam alguma relação entre os conhecimentos popular e científico nessas ações educacionais.

Nossa hipótese é de que o conceito sobre “Autocuidado” que os profissionais de saúde possuem, interfere nas práticas de “Educação em saúde” que realizam com a comunidade e que esse conceito está fortemente fundado sobre o campo da saúde. Com isso, essas ações acabam por se circunscrever numa perspectiva curativa, diretivista e pouco integrada às problemáticas experiências da comunidade.

Passaremos a seguir a descrever a metodologia utilizada na pesquisa de campo.

5 METODOLOGIA

A presente pesquisa se caracteriza como Qualitativa e Descritiva. Segundo Flick (2004), a Pesquisa Qualitativa, tem encontrado dificuldades devido às mudanças contextuais que acontecem no ambiente onde ocorre a pesquisa e isso traz dificuldades para o pesquisador. Assim, a sua familiarização com o objeto nas circunstâncias da vida, onde o mesmo se encontra, é de importância capital.

Os estilos de vida em franca multiplicação exigem uma postura empírica que colaborará com a sensibilização do pesquisador. Como as situações são novas devido a diversificação dos vários contextos, as metodologias tradicionais e cartesiana não conseguem abarcar a complexidade dos contextos reais, as quais derivadas de modelos teóricos os quais uma vez posto à prova, sucumbem ante a diferenciação dos objetos. Na forma de ver de Flick (2004) as teorias são desenvolvidas sobre as bases de estados empíricos, o conhecimento e a sua devida prática são abordados no estudo, como sendo conhecimento e prática pontuados, isto é, locais.

Flick (2004) descreve alguns aspectos da Pesquisa Qualitativa, dos quais dois se destacam para esta pesquisa: a) a perspectiva dos participantes e sua diversidade; e b) a reflexividade do pesquisador e da pesquisa. Na primeira, ele fala da variedade de perspectivas dos sujeitos envolvidos sobre os seus objetos, tendo como ponto de partida os seus significados subjetivos e sociais a eles conectados. A Pesquisa Qualitativa, então, estuda o conhecimento e a prática dos sujeitos participantes, levando em consideração os pontos de vista e as práticas *in loco*, no campo, que são diferentes, decorrentes das perspectivas subjetivas dos sujeitos e os ambientes sociais onde estão inseridos.

Quanto à reflexibilidade do pesquisador e da pesquisa, Flick (2004) complementa dizendo que em oposto à pesquisa Quantitativa, a Qualitativa leva em consideração a relação do pesquisador, por meio de sua comunicação com o campo e os seus sujeitos, como parte evidente da produção de conhecimento, ao invés de descartar sua participação. Ambas as subjetividades, tanto as do pesquisador, quanto as dos sujeitos são partes integrantes deste processo. O pesquisador por meio das suas reflexões a respeito das ações e observações, impressões, reações como a irritabilidade, sentimentos e correlatos, são transformados em dados em si mesmos, tornando-se parte integrante da interpretação.

A Pesquisa Qualitativa não está fundamentada em uma base teórica e metodológica unificada, monolítica. As abordagens dos seus pontos de vista subjetivos são o ponto de partida. As várias abordagens distintas da pesquisa são provenientes do desenrolar da história da própria Pesquisa Qualitativa, cujo desdobramento ocorreu em parte, tanto de forma paralela, como de maneira sequencial (FLICK, 2004).

No que se refere a abordagem Descritiva, esta é caracterizada por relatar e descrever, não estando diretamente ligada ao teste da hipótese da relação causal, porém pode sugerir (JORGE e RIBEIRO, 1999).

Embora a Pesquisa Descritiva mostre características de um determinado grupo ou acontecimento, expõe as relações entre as variáveis e a sua procedência, mas pode também apreender o contexto de uma situação, não tendo o compromisso da explicação sobre os acontecimentos descritos, mas que podem servir de fundamento para a explicação (OLIVEIRA, 2011).

Nossa pesquisa utilizou esse referencial para definir os procedimentos da pesquisa. Inicialmente foram feitas um aprofundado levantamento de literatura sobre os temas da pesquisa (“Promoção da saúde”, “Autocuidado”, “Educação em saúde” e “Saúde escolar”) na Base de dados BIREME (2015). Também foi consultado o DeCs (BIREME, 2015) para que pudéssemos compreender como esses temas eram tratados pela área da Saúde. Dessas leituras, surgiu a possibilidade de recortar a pesquisa empírica com os profissionais da saúde que atuam nas ações de “Educação em saúde”. Para tanto, foi definido que utilizaríamos as entrevistas com os profissionais da saúde ligados ao Programa Saúde na Escola (PSE) que atuam com alunos de uma escola pública municipal, de ensino fundamental. Com base nas leituras também elaboramos o roteiro das entrevistas semiestruturadas (**APÊNDICE B**) as quais foram gravadas em áudio e depois transcritas na íntegra. Definimos também que os profissionais selecionados para a pesquisa seriam aqueles em exercício há pelo menos um ano como profissionais, (independente do vínculo institucional, fosse estatutário, residente etc.). Que tivessem formação superior ou médio (técnico), em instituições públicas ou privadas, na área da Saúde.

As entrevistas foram feitas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (**APÊNDICE A**) e realizadas no espaço da Clínica da Família Victor Valla (v. subseção 5.2), pois ao serem contatados, os profissionais da saúde nos informaram que não realizavam mais atividades na

escola em função das dificuldades pela violência frequente (tiroteios entre polícia e traficantes e entre grupos de traficantes) que aquela comunidade estava sofrendo. Essa pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ – IESC – com o registro CAAE: 57936516.1.0000.5286. Número do Parecer: 1.867.923, em 15 de dezembro de 2016.

A “Análise de conteúdo” foi escolhida, como técnica de tratamento dos dados, e para análise das categorias teóricas utilizaremos a “Características associadas ao tema central” (BARDIN, 2011) visando encontrar as categorias empíricas. Nas “Características associadas ao tema central”, a composição se deu por meio dos significados e das associações, que estivessem na órbita da importância do tema principal (“Autocuidado” vinculado à “Promoção da saúde”), com abordagem qualitativa. Quando se dirige a atenção ao tema central, é dada a oportunidade de extrair os significados que estejam ligados ao mesmo, que foram relacionadas pelos sujeitos nas entrevistas.

No conteúdo das entrevistas, realizamos uma análise para identificar em suas falas o modo como atuam os profissionais de saúde com os alunos. Também, examinamos outros tipos de manifestos, como o seu caráter e a pluralidade de significados no texto, dando condições de uma aproximação, que favoreça o manuseio do material encontrado, dos pronunciamentos simbólicos e latentes, que muitas vezes, não estão evidentes de forma clara, no comportamento.

Na primeira fase, após a construção do *corpus*, ocorreu a exploração e análise pela leitura do material, que permitiu o levantamento e a organização preliminar, com a intenção de observar o contexto, obtendo uma ideia geral e os principais pontos, que viabilizaram as etapas subsequentes. Na segunda, foram elaboradas as unidades de análise, onde constam frases, palavras ou sentenças orientadas para a análise comparativa com parâmetros conceituais pré-estabelecidos. Na terceira etapa, foi realizada a construção das categorizações, que são concebidas a partir da importância que um ou mais termos possuem com os elementos constituídos pelos parâmetros, presentes no *corpus*. Tais categorias viabilizaram uma apreciação das características preponderantes e de interesse no conteúdo, colaborando nas observações e análises, próprias ao contexto da pesquisa (BARDIN, 2011; CAMPOS, 2004; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; MINAYO, 1998; ROSANA, 2013).

Para analisar a concepção e representação sobre o tema do autocuidado dos profissionais que iríamos investigar, definimos como estratégia identificar na literatura da área da saúde os artigos que tratassem do tema. Para o levantamento dessa literatura e por ser uma investigação envolvendo a educação relacionada à saúde, a escolha da base de dados recaiu sobre a LILACS, por ser da área da saúde, coordenada regionalmente pela BIREME/OPAS/OMS e o seu acesso pode ser feito integralmente pela BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). São descritos e indexados teses, dissertações, monografias, livros e capítulos, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos, artigos de revistas etc.

Para a pesquisa utilizamos os descritores. O descritor é uma palavra que também é conhecida como: “descriptor de assunto”, “termo” ou “unitermo”. É semelhante à denominação “palavra-chave”, porém, esta é da livre escolha do autor ou usuário. Enquanto que o descritor é a referência oficial e encontra-se disponível dentro de critérios catalográficos, no catálogo dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Ambos, descritor e palavra-chave, podem ser usados em pesquisas bibliográficas. A vantagem de se utilizar um descritor para realizar um levantamento bibliográfico é que o resultado pode vir mais aproximado com uma pesquisa mais elaborada e criteriosa, com um rastreamento mais eficaz quanto à quantidade de referências, guardando a devida convergência com os objetivos pesquisados (GISMONDI, 2016).

Como critério de inclusão foram selecionados apenas artigos, dissertações e teses. Em uma visão resumida estão dispostas as estratégias sobre a recuperação da bibliografia no **APÊNDICE C**.

5.1 DO TRABALHO DE CAMPO

A escola selecionada está entre as dez escolas municipais no Bairro de Manguinhos, além de outras duas federais (uma creche e uma escola politécnica de saúde) (ESCOL.AS, 2017a). Ela possui educação de jovens e adultos (supletivo), ensino fundamental e o especial. Possui 22 salas de aula, 63 funcionários, quadra de esportes coberta, biblioteca, sala de leitura, cozinha, refeitório, dispensa, almoxarifado, banheiro com adequação para alunos com deficiência ou mobilidade reduzida e banheiro com adequação para educação infantil (ESCOL.AS, 2017b).

Vinculada ao PSE e ao Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2011), com 1100 alunos matriculados no nível fundamental.

A escola foi visitada, por mim, durante o segundo semestre de 2016, conhecendo suas dependências. Acerquei-me da direção, e estava acordado oficialmente a atividade, no local. Porém, deve-se dizer, de passagem, que ao final do período letivo, ocorreram mudanças nos cargos, e houve a necessidade de conseguir outra autorização, devido a anterior não mais ter validade. Assim, devidamente explicado à nova direção, a respeito do nosso objetivo, junto aos profissionais da saúde, obtivemos nova permissão para prosseguirmos. Ainda restava a autorização o Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ – IESC, o que nos foi concedido, nos meados do mês de dezembro.

Ao retornarmos ao estabelecimento de ensino, logo no início do primeiro semestre (março), deste ano (2017), tivemos a seguinte constatação: as atividades relacionadas com “Educação em saúde” passaram a ser feitas na Clínica da Família Victor Valla, mencionado anteriormente. Os profissionais da saúde passaram a atender os alunos, praticando as mesmas atividades. Essa mudança foi decorrente das condições de segurança na área terem sido afetadas de maneira significativa pelos confrontos entre os grupos de traficantes e a polícia. O espaço que era de grande vulnerabilidade, ficou mais frágil ainda. O que fez com que as atividades de “Educação em saúde” com às crianças no ambiente escolar fossem alteradas. Sendo assim, as entrevistas foram transferidas.

As entrevistas foram feitas durante o mês de março, com os profissionais que de forma voluntária, se propuseram a colaborar com a pesquisa. Todos leram as perguntas antes de serem submetidos às mesmas, para esclarecimento de qualquer dúvida. Leram também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como também o assinaram. O tempo de fala era dado pelo próprio entrevistado, que em média foi de 40 minutos. As palavras ou expressões foram trazidas na íntegra às transcrições.

5.2 A LOCALIDADE ADJACENTE À ESCOLA MUNICIPAL

O bairro de Manguinhos está localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro, margeando a Baía da Guanabara. Sua história de ocupação transcorreu o séc. XX através de moradias populares, oriundas de movimentos individuais, de grupos e políticas habitacionais, envolto pelo descaso dos governantes e lutas intensas dos

seus moradores. A denominação Manguinhos é pela a área ter sido de manguezal, e que devido aos aterramentos sucessivos, aterros provenientes da própria cidade, por lixo ou das grandes obras do processo de urbanização, daí que pouco resta das suas características originais (FERNANDES e COSTA, 2013).

Os aspectos socioeconômicos juntamente com mudanças sócio espaciais, políticas públicas e um grande movimento de ocupação, como também obras nos setores marginais da Baía da Guanabara, alteraram o cenário devido ao aterramento de enseadas, praias, ilhotas, manguezais e rios. Essa ocupação formou um conjunto bem diversificado de habitações com tipos fora dos padrões tidos como moradia. É uma região com grandes problemas ambientais devido aos dejetos *in natura* provenientes das fábricas e moradias, além da proximidade com a Av. Brasil e do complexo da Refinaria de Manguinhos (FERNANDES E COSTA, 2013).

Na **Figura 1** é possível observar como as Comunidades estão distribuídas no Complexo de Manguinhos:

de emprego, áreas desocupadas, mão de obra de baixo custo, surgindo as condições para que tal processo de ocupação do espaço acontecesse dessa maneira, criando locais de moradia sem as mínimas condições de habitação.

Nas décadas de 1940 e 50, segundo Fernandes e Costa (2013), por intermédio de políticas populistas e controladoras, foram realizadas uma série de ações coordenadas por entidades tais como: Departamento de Construções Proletárias (DCP); o Departamento de Habitação Popular, em 1946; A fundação Leão XXIII, em 1947 - criada pela Igreja Católica, com a atenção voltada para os grupos comunistas, que atuavam com os moradores das favelas-; a cruzada de São Sebastião, em 1955; o Serviço Especial de Recuperação das Favelas e Habitações Anti-higiênicas-SERFHA, 1956. Nesse período construíram habitações populares destinadas a determinado público. O Conjunto Manguinhos, como Centro de Habitação Provisória e o Parque São José, tiveram financiamento das Pioneiras Sociais, atendendo aos funcionários da limpeza pública. Foram construídos também, destinados aos ex-combatentes e aos funcionários da Casa da Moeda, o Conjunto Tiradentes.

Na década de 1970, houve o Projeto Rio e o Programa de Erradicação de Favelas (Promorar). As favelas não foram extintas, ou erradicadas. Algumas, principalmente as de palafitas, foram enquadradas em processos de urbanização. Ao final desta mesma década, através dos processos de redemocratização, algumas reivindicações populares encaminhadas e acatadas através de programas de obras urbanísticas e regularização fundiária, o que provocou o aumento na densidade populacional, e as mesmas condições jurídicas de antes permaneceram, com relação à regularização de terras. Em 1983, o governo estadual apresentou projetos urbanísticos, como o “Cada família um lote”, para as favelas, o que ocasionou a substituição dos barracos por construções de alvenaria (FERNANDES e COSTA 2013).

Na última década do século XX, houve um movimento contrário ao ocorrido no final da década de 50, com respeito à industrialização. Houve a desativação de várias empresas devido às condições econômicas, por um lado, e por outro, aos conflitos intensos e constantes de grupos armados, por conta do tráfico de drogas, na região, além de outras questões relacionadas também à criminalidade. A partir do

final de 2006, com a implantação do PAC-Manguinhos, ocorreu um novo aumento das habitações na região, por conta dos novos moradores, na expectativa de conseguirem moradia nas novas unidades habitacionais (FERNANDES e COSTA, 2013).

De acordo com os dados da Prefeitura do Rio de Janeiro (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2017) todas as comunidades e conjuntos no Bairro de Manguinhos têm uma população estimada em 44 051 habitantes (v. **Tabela 2, APÊNDICE F**). No **GRÁFICO 1**, no **APÊNDICE G**, (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2017) são observadas as diversas faixas etárias que compõe a população, da região das UPPs de Manguinhos, tanto masculina, quanto feminina. Interessante relatar que a grande parte de ambas as populações estão situadas na faixa entre 6 e 34 anos, caracterizando uma população jovem, a faixa de maior número está entre as idades de 10 a 14 anos, pré-adolescentes e início da adolescência, onde nesse trecho da vida, muitas questões são conflitantes, para esses jovens.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Social (IDS), (CAVALLIERI; LOPES, 2008), dispôs uma lista de 158 bairros, no município do Rio de Janeiro, e nela, o bairro de Manguinhos ocupa a 150ª colocação. Segundo Fernandes e Costa (2013), as comunidades em Manguinhos foram sendo incorporadas em blocos sucessivos de ocupação, de acordo com as épocas onde ocorreram programas políticos, movimentos individuais, mobilizações em grupo, políticas públicas, onde tudo isso vem gerando um processo de consolidação dessas comunidades, com as respectivas conexões e identificações peculiares e os seus focos de tensão.

Sobre a Clínica da Família Victor Valla, ela está situada no território vinculado ao Teias Escola Manguinhos, que por sua vez é uma iniciativa, na área da saúde, através de um contrato entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), desde dezembro de 2009 (FIOCRUZ, 2017 b).

O Teias Escola Manguinhos é um programa que gerencia a atenção primária de saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, dentro do sistema de saúde da região. Com isso ocorre a expansão da cobertura da Saúde da Família para toda a população de Manguinhos, proporcionando a humanização e qualidade com respeito aos cuidados em saúde (FIOCRUZ, 2017 b).

Opera com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da Universalidade, Integralidade, Equidade, assim como a Descentralização e a Participação Social. É por um modelo de atenção saúde, que permite reconhecer as características próprias locais do território, fazendo com que as redes de atenção à saúde sejam formadas e desenvolvidas, com o objetivo das eficiências sistêmica e organizacional do SUS, além da participação social ser melhor estruturada e fortalecida. São trabalhos que abrangem ações de Vigilância, Saúde coletiva, Promoção da saúde e atuações intersetoriais, fundamentadas no modelo participativo na saúde, que permita o desenvolvimento de um ambiente saudável. O Teias Escola Manguinhos não só busca uma integração da rede, nos seus serviços e ações ligadas à atenção, promoção e prevenção em saúde. Traz consigo elementos, conhecimentos científicos e tecnológicos, bases de ensino e pesquisa vinculados com a missão institucional da FIOCRUZ, para colaborar quanto ao enfrentamento dos desafios, não poucos, do SUS no Brasil (FIOCRUZ, 2017 b).

A Clínica da Família Víctor Valla dispõe em sua capacidade 11 consultórios e mais 3 de Odontologia. Escovário, Farmácia; para vacinação conta com 1 sala, além de outras para: curativos, coleta de exames, procedimentos, reunião de grupos, administração e gerência, os agentes comunitários. Espaço para educação permanente, que é composto por sala de reuniões e laboratório de informática, com 12 computadores. A Clínica ainda possui a recepção e espaço de acolhimento. Quanto aos serviços, possui 6 equipes de Saúde da Família; 3 equipes de Saúde Bucal e um consultório de rua. Ainda há a participação de alunos da pós-graduação e da graduação nos serviços (FIOCRUZ, 2017 a).

5.3. OS SUJEITOS DA PESQUISA

Foram entrevistados seis profissionais de saúde (**PS**). Cinco do gênero feminino e um do masculino. Todos residentes na Cidade do Rio de Janeiro. Cinco naturais deste município, apenas um de cidade do nordeste brasileiro, distribuídos nas seguintes formações profissionais: dois Técnicos de Enfermagem; um em Educação Física; um em Enfermagem; um em Odontologia e um da Assistência Social. Quatro fazem especialização e no regime da CLT, um é residente, outro bolsista. A experiência profissional variou de período mínimo de um ano e o máximo de sete anos de atuação no cargo atual, com a média de 2,88 anos. A idade variou entre 25 e 47 anos, com a média de 37,33 anos (**Quadro 2**).

Quadro 2 - Relação dos Profissionais de Saúde (PS) entrevistados

Profissional de Saúde (PS)	Gênero		Idade (Anos)	Formação Profissional	Condição profissional CLT ou F.Público	Tempo de atuação (Anos)	
	F	M				Profissão	Cargo atual
1		•	25	Ed. Física	Bolsista	3	1
2	•		47	Téc. Enfermagem	CLT	6	3
3	•		32	Enfermagem	CLT	11	4
4	•		41	Téc. Enfermagem	CLT	12	7
5	•		41	Odontologia	CLT	1	1
6	•		38	A. Social	Residência	1	1

Passamos no próximo capítulo a apresentar os dados da pesquisa.

6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

Iniciamos a entrevista pedindo que os profissionais falassem a respeito do conceito sobre o “Autocuidado” e a sua importância no ambiente da escola. Os Profissionais de Saúde (**PS**) abordaram como o cuidado de si, nas relações interpessoais de forma geral com alguma ênfase nas questões familiares, ambiente e nas atuações com relação ao aspecto social, sob a forma de reciprocidade no trato. Alguns mencionaram o conceito com alguma restrição à saúde do corpo físico. Mas entendem, de alguma forma que o conceito transcende este espaço, que é mais abrangente, falando sobre a própria vida, dos direitos e da comunidade:

“Eu acredito que o autocuidado é aquilo que a gente traz consigo, né? Da nossa trajetória de vida. Aquilo tudo que envolve o nosso meio, como a gente convive nas nossas relações.” (**PS1**)¹

“É o cuidado consigo mesmo.” “...cuidar do próprio corpo, cuidar do ambiente que a gente vive.” (**PS2**)

“O cuidado que você tem consigo, melhorando a qualidade de vida de cada indivíduo.” (**PS3**)

“ Bem, o que entendo por autocuidado, nesse ano de residência que estou na “Saúde da Família”, que vai além do cuidado individual, mas do cuidado integral do indivíduo...” “...nessa integralidade você vê o indivíduo na sociedade, na comunidade, você em outras áreas e outros campos para além do conceito de saúde. “...” Ou então do autocuidado mesmo do acesso a direitos que esses usuários não têm. Tenho para mim que o autocuidado vai em todos os campos seja saúde jurídico, acesso a outras políticas. O autocuidado não está só num campo, está num campo muito mais abrangente.” (**P6**)

Também mostraram entender o conceito numa perspectiva mais ampla, do cuidado do outro em relação à posteridade:

“Ali elas têm que se cuidar e cuidar da outra...” “Tem a questão desse conceito de levar até a maior idade, né, a questão do autocuidado”. (**PS4**)

“...passar para elas a questão do como se cuidar, para levar para o resto da vida delas...” (**PS4**)

Sobre a relação da importância do conceito de “Autocuidado” para pessoas em idade escolar, entendem que o ambiente escolar acaba por propiciar espaços em que podem tratar de temas polêmicos e importantes para eles.

1 Para facilitar a leitura e o entendimento do texto transcrito das falas das entrevistas, decidimos não aplicar o item 5.3, da norma NBR 10520 (ABNT, 2002), relativo aos dois pontos seguintes: 1) sobre as falas dos entrevistados, mesmo tendo menos de três linhas, foram tratadas como se tivessem mais, para que ficassem todas com a mesma formatação; 2) a respeito das aspas (”) optamos por usá-las, porque em alguns blocos dos textos, existem descontinuidade, e desta forma, seria mais fácil perceber a fragmentação.

“É importante o autocuidado para a criança e o adolescente.” (PS1)

“Acho que é muito importante para a criança ou adolescente. Eu falo criança como um todo, mas o adolescente também, conhecer o próprio corpo. Porque daí surge algumas dúvidas sobre eles mesmos. Às vezes ficam tímidos, envergonhados em perguntar e isso acaba deixando um pouco mais distantes do cuidado com a saúde.”

“Eles ficam com vergonha e acham que isso pode ser normal.” (PS5)

Vale aqui assinalar que os profissionais entendem a importância do ambiente escolar, mas também reconhecem que é um espaço de transmissão de doenças, por isso a necessidade de fazer o trabalho de Educação e Saúde.

“Porque dentro da escola é o contato com outras crianças...para que evite a transmissão de algumas doenças.” (PS2)

Outros estendem o autocuidado relacionado aos meios comunitários, falam da melhoria na qualidade de vida que a família acaba sendo beneficiada pelo conhecimento que as crianças podem trazer. Complementa também com a dificuldade dos responsáveis em orientar às crianças, quanto aos cuidados de si, e a escola neste importante papel de orientar:

“Esse conceito na escola é superimportante porque vai ser uma ajuda em relação à família, para aquela criança que está desenvolvendo, está iniciando o desenvolvimento do cuidado de si mesmo.”

“Muitas vezes alguns responsáveis não sabem como passar para essas crianças. Nós entramos com a importância de ajudar a criança a entender o cuidado que ela precisa fazer de si mesma para melhorar a sua qualidade de vida.” (PS3)

O profissional eloquente na sua expressividade, identificando o aluno e a comunidade, simultaneamente, fala da integralidade e de outros campos, além do da saúde. O profissional ainda conecta o autocuidado às questões ligadas à ausência de direitos, o que liga diretamente à precariedade da autonomia:

“ Bem, o que entendo por autocuidado, nesse ano de residência que estou na saúde da família, que vai além do cuidado individual, mas do cuidado integral do indivíduo.”

(...)

“E pensando nesse cuidado integral do indivíduo, a saúde, é um campo que abraça essa integralidade. Aí quando eu penso nessa integralidade você vê o indivíduo na sociedade, na comunidade, você vê em outras áreas e outros campos para além do conceito de saúde.”

(...)

“E aí usam os trabalhos da escola que a gente faz junto ao termo do autocuidado, abordamos várias questões não só de saúde. Tipo na escola, no PSE que a gente foi fazer, a gente trata com questões de saúde mais nesse campo do autocuidado referente a cuidados do corpo, cuidados da higiene. Ou então do autocuidado mesmo do acesso a direitos que esses usuários da escola não têm. (...) No ambiente da escola, nos dois PSEs que eu fiz, entendo que a questão do autocuidado é muito importante justamente por ele levantar e a gente conseguir fazer uma relação com os alunos e com a comunidade. A família na escola para além de questões específicas.” (P6)

Também consideraram com relação às crianças, a importância que elas dão à escola, numa hierarquia ao nível do próprio lar, levando em consideração a repercussão que há do ambiente escolar na comunidade:

“É a questão do conceito, do ambiente da escola na coletividade. Elas estão juntos, né, para elas é como se fosse a segunda casa. Ali elas têm que se cuidar e cuidar da outra. Quando uma fala, repara, ah, você está fazendo errado. Os pequenos têm muito disso...” “... eles são críticos.” (PS4)

O cuidado é algo de expressão do sujeito na relação com o outro e com o mundo (WALDOW, 2008). Esse aspecto foi observado quando um profissional destacou o aspecto do “outro” na relação do autocuidado. Também entendem que a questão do “Autocuidado” vai além da saúde biológica, identificam outros aspectos relacionados, e de importância, os quais devem ser trabalhados juntos às crianças, principalmente na realidade em que vivem em que a violência não poucas vezes é naturalizada:

“Na escola a gente trabalha as questões sociais e elas envolvem o desemprego, o trabalho infantil, a sexualidade. Trabalhamos com questões da pobreza que é muito latente, a violência.” (PS6)

“A gente começa a trabalhar essa população nesse território e é tão frágil em relação a isso. Como a violência acaba infringindo a essa população muito sofrimento além do sofrimento psíquico, físico, moral e de adoecimento mesmo. É basicamente essa questão que acontece no cotidiano.” (PS6)

Freire (2002) na esfera ética, se refere tanto à autonomia, quanto à dignidade que cada um traz em si, e por estarem em processo formativo cabe entender o “Autocuidado” como uma postura de autonomia. Os seres estão, por assim dizer, inacabados. A orientação está disposta na necessidade de encorajar cuidados mútuos, o cuidar uns dos outros. O desenvolvimento no qual a população está inserida e, ao mesmo tempo, é parte dele, fazendo com que todas as ações, nesse sentido, transponham os limites do próprio corpo físico. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1; BUSS, 2009; LOPES; TOCANTINS, 2012).

A convicção que a mudança é possível, e, segundo Freire (1996), é indispensável constar no entendimento dos que chegam às famílias e ambientes vulnerabilizados (favelas, comunidades vulneráveis) o direito de ser, não pensar que a convivência com a violência, com o contexto vulnerável, se naturalize, passando a ideia de inexorabilidade, mas sim visando a possibilidade de mudanças, para isso a autonomia é uma expressão do autocuidado.

Desta forma, a maior parte dos profissionais têm uma percepção orientada neste sentido, mesmo ainda se detendo em algum aspecto no biologicismo, no corpo físico.

O “Autocuidado” apresenta outros aspectos como autorreflexão sobre a atenção à saúde e o cuidado como capacidade de autoconstrução do ser humano (GUIMARÃES; LIMA, 2011). Houve alguma insinuação sobre a autorreflexão, manifestando a autonomia e a cidadania, na questão da ausência dos direitos, que “*os usuários da escola não têm*” (PS6).

A saúde, dentro do âmbito do “Autocuidado”, deve ser percebida como uma dinâmica contínua em processos das ações individuais e coletivas da sociedade, conforme Machado, Leone e Szarfac (2011), contra uma percepção errônea que saúde é ausência de doença. Em relação a essa percepção das questões coletivas, alguns trechos selecionados são expressivos:

“...aquilo tudo que envolve nosso meio, como a gente convive nas nossas relações.” (PS1)

“Eles (os profissionais de saúde) tentam passar para elas a questão do como se cuidar, para levar para o resto da vida delas...” (PS4)

Alguns profissionais (PS1, PS4, PS5) manifestaram parte do conceito, sobre a ação além da ausência de doença, no que diz respeito ao “Autocuidado”, contrariando o que defende Silva et.al (2009) de que “Autocuidado está” como uma prática que permeia situações reais na vida, nas quais o indivíduo atua sobre si ou sobre os determinantes que regulam sua saúde. Essa perspectiva o “Autocuidado” como a materialização de atitudes voltadas para si mesmo (Bub et al, 2006), foram percebidas nas falas de todos os profissionais (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5 e PS6). Ou seja, esses profissionais estão entendendo o autocuidado como próprio existir de acordo com as relações pessoais como interesse da vida, integração e bem-estar, atitudes voluntárias e intencionais, agregando para a integração e desenvolvimento humano.

Quanto às perguntas “c” e “d”, sobre a abordagem do conceito e dos recursos empregados, respectivamente, a maioria deu as mesmas respostas para ambas. Quanto às abordagens e recursos que utilizam nas ações de “Educação em saúde” com as crianças, responderam que utilizam recursos visuais (**PS1, PS3**); ou audiovisuais (**PS2, PS4, PS5**); dinâmica de grupos, palestras, teatro etc. (**PS1, PS2, PS3, PS4, PS5**). Num das respostas quanto à abordagem, o profissional acrescentou o quanto meio social das crianças pode interferir neste processo, afetando à saúde, diretamente:

“Eu acho que ele é levado de uma forma bem tranquila porque você não chega apenas falando vamos falar do autocuidado. Isso vai de acordo com o calendário, porque existem protocolos da saúde para você trabalhar na escola. Aí você usa saúde bucal, a questão da vacinação, mas para além desses, a gente trabalha outras questões porque na escola você é citado pelos professores, pelos alunos e pelos familiares. ” ...”A gente começa a trabalhar essa população nesse território e é tão frágil em relação a isso. Como a violência acaba infringindo a essa população muito sofrimento além do sofrimento psíquico, físico, moral e de adoecimento mesmo. É basicamente essa questão que acontece no cotidiano. Em relação a esse cotidiano esse conceito é abordado de forma bem ampla que passa por várias questões. ” (**PS6**)

Outros profissionais indicaram adotar várias abordagens para tratar do conceito, ainda que com conteúdos mais restritos, mais focado, desvinculado da realidade existente ao seu entorno:

“O autocuidado, às vezes, é levado de forma bem didática. Algumas vezes quando é abordado algum tema em relação ao autocuidado, a gente tenta levar da forma mais prática possível. O autocuidado a gente tenta levar na forma de figuras ou dinâmicas. “ (**PS1**)

“Nós levamos através de palestras. Levamos através de bate papo mesmo que a gente faz para fazer com que eles entendam a necessidade desse cuidado. “ (**PS2**)

“Nós levamos lá como peças de teatro. Eles gostam muito de ver filmes, esses pequenos curtas com a questão do autocuidado. Para eles observarem também e como tudo na mídia, para serem multiplicadores do domicílio deles. A gente lida muito com a parte do teatro e eles participam bastante” (**PS4**).

“Acredito que a melhor forma de levar para os alunos de uma escola é através de palestras, de reuniões, grupo com alunos, com a turma toda junta para que possam tirar dúvidas ou mesmo levar conhecimento para eles. “ (**PS5**)

Em relação à participação das crianças nas atividades propostas, todos os profissionais afirmaram que são receptivos às atividades, respondendo enfaticamente:

“...muito receptivos, participativos também.” (PS1)

“São sempre receptivos.” (PS2)

“São bastante receptivos e querem sempre mostrar que realmente sabem...” (PS3)

“Muito receptivos...” “...eles participam bastante, interagindo, perguntando bastante. Atuam bastante.” (PS4)

“Nas atividades que faço todos são.” (PS5)

“São, são receptivos. As crianças são muito receptivas...” “Eles são muito receptivos...” (PS6)

A maioria dos profissionais empregou o termo “receptivos” existente no corpo da pergunta, além de outros termos que intensificam a convivência: “muito”; “sempre”; “bastante”. Isso caracteriza o grau de interação nas atividades de educação em saúde, o que deve ser aproveitado pelos profissionais e os demais envolvidos, para atingir satisfatoriamente os objetivos do aprendizado. Interessante observar também que isso é visto de maneira positiva pelos profissionais, ressaltando que reconhecem sua importância naquele contexto.

Também procuramos saber se ocorria problemas ou haver algum motivo que impedisse as atividades do Programa Saúde na Escola. Somente um relatou existir problemas, em suas palavras:

“Existe. Normalmente quando não acontece é por conta do território que pode estar em conflito, em alguma operação e acaba impedindo a gente de sair, de ir até lá. Ou então quando acontece algum imprevisto na própria escola.” (PS1)

Os demais não responderam, indicando de maneira subliminar, que pode ter havido impedimentos. Isto nos chamou muito a atenção, pois conhecendo as condições do bairro, seria esperado que indicassem alguns fatores de impedimento, inclusive porque eles estavam realizando as atividades na unidade de saúde e não mais na escola.

Além de tentar compreender o conceito que o profissional de saúde possuía sobre “Autocuidado”, também buscamos saber se os profissionais identificam algum rudimento do conceito de “Autocuidado” que as crianças trazem a partir do que aprendem na escola ou em casa:

“Sim, normalmente os alunos trazem esses rudimentos justamente de casa.” (PS1).

“Alguns trazem experiência de casa.... Eles trazem experiências de casa para serem apresentadas durante essas palestras.” (PS2)

“Sim, é percebido” (PS3)

“Sim. Eles trazem isso bastante...”... “. Aí fala com o outro, eu faço em casa. Eles procuram sempre multiplicar. “ (PS4)

Um dos profissionais considerou que os aspectos mais formais do conceito e afirmou:

“Algumas vezes sim, outras não. É bem difícil todos terem noção de autocuidado.”

Sobre essa questão, um dos profissionais relatou uma experiência vivida pela equipe:

“Fomos numa equipe multidisciplinar que tinha psicólogo, enfermeiro, assistente social, dentista, educador físico. Cada um foi falar um pouquinho de como percebia esse autocuidado e a gente se surpreendeu muito com aquelas crianças. Elas explicaram tudo que faziam para esse autocuidado. Como elas promoviam esse autocuidado. A questão do corpo, da relação do cuidado no banho, porque na clínica veem muitas crianças com problemas na pele. Aí eles têm uma visão para além do autocuidado porque eles moram em um território onde a infraestrutura deixa muito a desejar, eles brincam no esgoto. Consequentemente isso vai causar mais, como posso dizer, a doença de pele aflora mais. Eles vivem falando isso, tia, mas eu brinco no esgoto. Mesmo tomando banho algumas coisas vão surgir na minha pele. E aí nós trabalhamos com eles também a questão do território. Como não há políticas efetivas para que se tenha um cuidado constante na habitação, saneamento, água. Eles tomam água que não é filtrada. Eles têm noção disso, de que lá o poder público não investe nessas políticas para que tenham condições de vida melhor. Isso a gente pode sentir com crianças pequenas e foi muito bacana poder construir com elas. Elas têm consciência muito mais que o autocuidado. **Elas têm consciência que deveriam ter uma condição muito melhor de vida, que são abandonados nesses cantos pelo poder público.**”

As questões trazidas pelo profissional indicam que as crianças tem plena clareza, e ele também, que as questões de saúde estão relacionadas com questões econômicas, ambientais, de políticas que possibilitem uma vida digna, tal como defende as políticas de “Promoção da saúde”, ou seja, aquelas crianças não tem as bases mínimas para alcançar um bem-estar social, ou seja, as possibilidades de praticar ações de autocuidado são praticamente poucas ou nenhuma, porque esbarram obrigatoriamente, nos cuidados preventivos. Como falar sobre autonomia, brincando no esgoto? A preocupação é para um cuidado ao corpo, ao biológico. A infraestrutura, como disse, é precária.

A “Educação em Saúde” deve ser capaz de utilizar elementos importantes dos aspectos socioculturais de uma população e integrá-los aos conhecimentos técnico-científicos da dimensão biológica para explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar novas práticas de cuidados com a saúde. A “Educação em

saúde” tem papel central nas ações de “promoção da saúde” e, a partir de seus princípios e práticas, como estratégia relevante para superar o assistencialismo curativista fundamentado na tecnificação dos procedimentos da saúde enfocados na doença exclusivamente (CÂMARA et al 2012). De acordo com os autores citados e as declarações dos profissionais, compreendemos que eles estão em condições inserir estratégias de promoção da saúde, principalmente as mais críticas para aquela população. Eles identificaram o que foi trazido pelos alunos em relação aos limites e potencialidades para trabalhar com o conceito e as práticas de “Autocuidado” sem desconsiderar os conhecimentos prévios; isso possibilita que diminua a verticalização, já que a participação das crianças iniciaria a partir do conceito que trazem consigo. Além disso elas demonstram bastante interesse, e segundo os mesmos profissionais, são muito participativas. Esses relatos mostram que há possibilidade de encurtar a distância entre os saberes científicos e o cotidiano da população, e esperamos que isso aconteça.

Quando questionados se essa noção previa facilitaria o aprendizado, conciliando o que trazem com o que é ensinado, a posição foi praticamente a mesma:

“Com certeza. Normalmente, esse conceito que eles trazem é aquilo que a gente tem um pouco da nossa experiência...” “...acaba facilitando e promovendo mais diálogo entre profissional de saúde e o próprio aluno”.
(PS1)

“Sim porque procuramos usar uma linguagem bem prática de forma que eles possam entender e com isso há uma interação da parte deles conosco.”
(PS2)

“Facilita bastante. Facilita até no modo como eles mostram para a gente que estão entendendo e mostram também o que o responsável dentro de casa deixa de fazer. Isso eles passam e é uma forma da gente continuar e desenvolver melhor essa interação.” (PS3)

“Sim. A criança é muito mais ativa, se comunicam...”... “Já traz uma pequena informação que a gente só vai evoluir aquele conceito nela.”
(PS4);

“Acredito que sim, acho que tem que ter. São duas coisas que tem que andar juntas: o nosso conhecimento e o entendimento do aluno...” (PS5)

Ainda que reconheçam a importância do conhecimento dos alunos, ainda permanece a compreensão das diferenças entre o conhecimento científico e o popular. Na fala de um dos profissionais (PS5), deixa a sutileza de, talvez, não considerar tanto o conhecimento que o outro possa trazer, quando separa o “nosso

conhecimento” e “o *entendimento do aluno*”. Isso pode indicar ainda indícios de verticalização, que ainda permaneça, quando seria mais apropriado: o conhecimento do aluno.

“Sim. Porque o que a gente discute, eles mesmos falam que levam para a família e acabam discutindo essas questões na família...” (PS6)

O conceito de saúde e doença, nas suas complexidades multifacetárias, estão muito mais ligados a valores sociais. Conceituar doença é saber sua história, consequências e determinantes, como no caso de uma criança, por exemplo, que apreende o conceito porque está ligado a uma experiência por ela vivida. Isto posto, o conceito de doença não é exatamente a sua definição (BORUCHOVITCH; FÉLIX-SOUZA; SCHALL, 1991), assim a maioria dos profissionais correspondeu à expectativa e tentativa, pelo que relatam, ouvir das crianças naquilo que trazem consigo do conceito de “Autocuidado”, e que possa contribuir para a evolução do conceito.

Quase todos os profissionais (PS1, PS2, PS3, PS4, PS6) declararam o quanto é importante atuar a partir do conceito que as crianças trazem, porque evoluem o conceito trazido, e de acordo com Maciel (2009) facilita a interação, aliado ao fato de que elas atuam como elementos difusores na própria família. Há também a valorização dos saberes populares e o respeito à autonomia do indivíduo e do cuidado da sua própria saúde, bem como o estímulo à sua participação no controle social dos processos, no sistema de saúde.

Quanto ao que ensinado sobre o “Autocuidado” ser satisfatório ou não, nos principais aspectos:

“Acho que satisfatoriamente não. Acho que a gente minimamente consegue abranger o mínimo possível para levar o conceito do autocuidado, mas satisfatoriamente, em minha opinião, não. Acho que falta muito para chegarmos a um nível satisfatório elevado.” (PS1)

“De certa forma sim, não é uma totalidade, mas de certa forma. Eu acho que sempre é possível a gente alcançar, no mínimo que seja...” (PS2)

“Então, o que é ensinado abrange os principais aspectos. Realmente, é uma coisa que eu acho que poderia melhorar? Até poderia, porque uma equipe para duas escolas poderia ter muito mais atividades propostas se fosse uma escola só. Você tem que lidar com os atendimentos e as escolas. Poderia ter muito mais atividades naquela escola, porém com essa limitação dificulta um pouco mais.... Às vezes você quer fazer uma atividade um pouco mais intensa, mas acaba tendo dificuldade nesse tempo e no tamanho da comunidade.” (PS3)

“Na parte da criança eu creio que sim, só tem um pouco de dificuldade na questão dos adultos. O adulto por já ter a opinião formada...” (PS4)

“Acredito que sim. A gente espera isso nas nossas ações. Acredito também que sempre tem alguma falha. É normal, né, porque não conseguimos abranger todos os assuntos e todos os itens que a gente precisa abranger “ (PS5)

“Eu não sei se abrange todos os principais aspectos por entender que autocuidado é uma questão muito maior do que só a respeito da saúde...Eu acho que eles acabam tendo uma percepção de autocuidado de forma variável, não é apenas um ponto específico, vai para além. Por mais que eles não tenham isso claro, mas pelo jeito que falam de alguma forma, eles entendem o autocuidado. “ (PS6)

Para a última parte da entrevista, foi pedido que explicassem como a atividade atendia às perspectivas dispostas pelas políticas públicas de saúde:

“Em relação às perspectivas das políticas públicas eu acho que atende desde o momento que a gente chega lá. De acordo com as políticas públicas a gente tem que no mínimo chegar e fazer uma promoção daquilo que eles precisam. Por exemplo, se formos fazer uma campanha sobre a dengue ou zika. As políticas públicas dizem que a gente tem que ir até a comunidade conversar. Será que isso vai atender todas as necessidades da população só levando um folder ou fazendo uma conversa mínima, certo? Será que não falta mais ações das próprias políticas, ações concretas mesmo que vão fazer efeito? Eu acho que não atende. **Atender, eu acho que atende as políticas públicas, mas não a população.** “ (PS1)

Importante assinalar o tom de crítica desse profissional que indica claramente que as ações previstas no programa mais estão preocupadas com as políticas em si do que com as necessidades da população. Isso mostra uma clareza bastante grande em relação aos limites da política do Programa Saúde na Escola.

“De certa forma sim, não é uma totalidade, mas de certa forma. Eu acho que sempre é possível a gente alcançar, no mínimo que seja. “ (PS2)

“Isso até dá continuidade à pergunta anterior. Nós atendemos as perspectivas, as políticas, embora não é considerado satisfatoriamente o que realmente precisa ser feito porque poderia ser muito mais intenso e ter muito mais atenção a vários outros aspectos...” (PS3)

“Essa pergunta é um pouco difícil porque as políticas existem, nós sabemos quais são, só que nós tentamos, realmente ...” (PS5)

“ Eu acho que essa parceria que tem agora entre as clínicas da família, esse protocolo com o Ministério da Saúde de fazer PSE na escola, para que a saúde e a escola estejam trabalhando mais unidos. Eu entendo como uma perspectiva que tem tudo para dar certo. Mas levando em conta que a gente tem **profissionais que tem sobrecarga de trabalho** e às vezes, por ser em um território violento, não conseguimos acessar as escolas desse território. O trabalho fica um pouco dificultoso. Eu entendo que deveria ser uma política para expandir, para ter mais recursos. Continuar o trabalho com parcerias não só entre a saúde, mas entre **outros equipamentos sociais que devem estar na escola pensando nesse autocuidado de todas as**

formas que venho falando......“Eu entendo que as políticas públicas na questão da saúde específica e a política de educação tem tudo para dar certo e para fazer um casamento mesmo. A gente, escola e saúde trabalhando todas as questões, trazendo para os equipamentos e trabalhando juntos. “ (**PS6**)

Também importante ressaltar que os profissionais estão cientes das condições em que realizam sua atividade, em especial as de Educação. Por um lado, a política do Programa Saúde na Escola é mais paliativa do que resolutive, e por outro, nem todos os locais de atuação do profissional de saúde possibilita que tenham condições dignas para realizar sua atividade. Contudo, importante ressaltar que a escola é o espaço apropriado, no desenvolvimento de programas para educação em saúde e para as ações que tratam das relações interpessoais que favorecerão e influenciarão suas atitudes e a interação entre os gestores da saúde com o da educação. Dessa forma, pretende-se promover uma autonomia para que os alunos venham a fazer escolhas saudáveis mediante o desenvolvimento do “Autocuidado” (SILVA, 2012).

Para a maioria dos profissionais (**PS1, PS2, PS3, PS5 e PS6**), sobre o que é ensinado, eles entenderam que abrange o mínimo e que pode melhorar. Sobre atender às políticas públicas as respostas não foram tão objetivas, ou que atendem parcialmente. Divagações como que procurando a base dos problemas, não sendo uma condição tão simples de abordar. Mas essa parceria na EPS, entre saúde e escola segundo a concepção deles “tem tudo para dar certo”, enfatizando a união de esforços, no trabalho em conjunto, o que lhes parece ser promissor.

7 CONCLUSÕES

Sobre o objetivo geral da pesquisa: saber como atuam os profissionais da saúde, em relação às práticas de ensino sobre o “Autocuidado”, com os alunos de uma escola pública de ensino básico.

E sobre os específicos:

Identificar os conceitos que os profissionais de saúde têm sobre “Autocuidado”;

De conhecer as mediações empregadas nas ações educacionais relacionadas ao “Autocuidado” desenvolvidas no ambiente onde ocorrem tais ações;

Conhecer a articulação que os profissionais de saúde empregam entre os conhecimentos popular e científico nas ações educacionais.

O que procuramos a respeito da compreensão que os profissionais têm sobre “Autocuidado”, é que apesar das limitações existentes no território, os resultados foram bem promissores. Foram descritos em boas colocações, como atuações além dos limites do corpo. Cuidados consigo e com os demais. Integralidade na visão do indivíduo e da sociedade. Acesso a direitos, e a outras políticas, com a visão na melhoria das condições de vida e não somente à questão da saúde, com a percepção dos conhecimentos, que se prolongam por toda a vida, revelando a importância e o caráter formativo da “Educação em saúde”. O olhar sobre si e o saber de si. O conhecimento compartilhado com as crianças, na expectativa que sejam multiplicadores no próprio domicílio delas, pondo em prática a solidariedade, no que compartilham o conhecimento alcançado.

Para as conclusões sobre o segundo objetivo específico, quanto as mediações empregadas pelos profissionais nas ações educacionais sobre o “Autocuidado”, ainda que não tenhamos tido oportunidade de observar pessoalmente, os relatos mostraram que utilizam várias estratégias: desde as mais tradicionais (palestras) até mais sofisticadas como o uso do teatro, através de atividades lúdicas, teatralização e debates, todos os profissionais responderam favoráveis quanto à receptividade e vibração que as crianças manifestam, durante as atividades. Expressões como “muito”, “sempre” e “bastante”, sugeriram o grau de interatividade delas com relação à prática educativa.

Como os profissionais articulam os conhecimentos popular e científico com as crianças, fica sugerido que há uma boa abordagem, nesse sentido. Através da declaração dada por alguns profissionais, ficou indicado que, o ponto de partida é o conhecimento popular. É a partir do que as crianças trazem consigo, onde há a possibilidade, não só do compartilhamento, mas também a aproximação entre as partes envolvidas, para o esclarecimento sobre outras questões, que não sejam somente o “Autocuidado”. O compartilhamento é feito através de uma linguagem mais simples. São tentativas de construção conjunta, entre profissionais da saúde e os alunos, do tema que elas gostariam que fosse abordado. O fazem por entenderem que as crianças possuem conhecimento, e através dessas atividades, é passado aos profissionais o cotidiano que elas vivem, a própria realidade delas. Uma realidade apropriada por quem a vive, e não pelas impressões de quem vem de fora. O reconhecimento de que os alunos têm a ensinar, faz da “Educação em saúde” um importante instrumento que repercute na “Saúde escolar”. Fica assim subentendido que a primeira é a causa.

Sendo observado nas respectivas análises entre os conceitos utilizados, conexões são estreitas entre ambos os descritores. Como pode ser visto, na “Educação em saúde”, entre outros tópicos de relevância, está a contribuição direta que valoriza a experiência dos indivíduos e dos grupos, colaborando para encurtar a distância entre os conhecimentos e a sua aplicação na vida diária das pessoas, ultrapassando a barreira do assistencialismo curativista. É um vínculo estreito com a “Saúde escolar”, quando esta estabelece também a conexão entre o que o indivíduo é em potencial e aquilo que pode vir a ser como tal. É uma proposta de caminhos e esperança. A “Educação em saúde” prepara para as perspectivas que surgirão no âmbito da “Saúde escolar”.

Foram abordadas questões sociais como desemprego, trabalho infantil, sexualidade, pobreza e a violência. Porque de acordo com a declaração do profissional, a violência é uma questão implícita no ambiente escolar. A violência em outros sentidos, não só no território, mas familiar também.

Sobre o que e como é ensinado, a maioria relata que envolve o mínimo, mas que pode melhorar. E quanto às políticas públicas, no que se refere à sua congruência com o que é praticado e alcançado nas atividades com os alunos, as respostas foram reveladoras, no que dizem sobre as condições dadas para que essas políticas sejam postas em prática eficazmente. Elas, as políticas existem, os

profissionais as conhecem, mas diante do contexto, das condições para abordar os problemas, da sucessão de determinações emitidas pelos gestores, das cobranças, da sobrecarga de trabalho, da carência de recursos e parcerias tornam o processo algo difícil.

Mas há também uma perspectiva promissora, pois, o Ministério da Saúde ao interagir com o PSE e Saúde da Família, possibilita que se abram possibilidades de articulação entre a saúde e a escola. É uma articulação que tem tudo para dar certo, na visão dos profissionais.

Uma das limitações desse trabalho, foi que em função dos dados obtidos não conseguimos avançar em relação a uma discussão em relação aos *habitus*, tanto por parte dos profissionais com os quais trabalhamos, quanto com as crianças, pois não foi possível uma coleta de dados de cunho mais sociológico. O que podemos afirmar é que existe um conhecimento como uma semente, um protótipo advindo das atitudes dos profissionais, dignas de serem mencionadas neste contexto. Não teria como avaliar se estão ou não agindo, alheios à própria vontade e consciência, com conceitos que não comportam ou pertençam aos novos horizontes da saúde. Estão sendo no mínimo voluntariosos e conscientemente humanos, pelo que se empenham em não deixar que as crianças permaneçam desassistidas, que há caminhos outros, e onde elas estão, não é o único.

Um dos pontos observados na categorização dos quatro temas, foi que há um termo em evidência: o da Autonomia. E que diante das evidências, é improvável ter Autonomia sem o mínimo de cidadania.

A realidade apresentada neste trabalho é referência apenas para o território em questão. Não poderíamos entender que seja uma realidade válida para todo o país. Há lugares com características idênticas, outros com realidades superiores e até piores. No entanto, nosso trabalho serve como alerta, para levar em consideração o quanto deve ser feito para alcançarmos o mínimo, para a partir dele buscarmos uma dignidade social, que contemple um horizonte mais humano, com mais oportunidades e um processo de saúde que não tenha apenas a doença como paradigma.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 10520**. Rio de Janeiro: ABNT, 2002. 7p.

AGUIAR, A. S. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 428-435, abr. 2012.

AGUILERA VELASCO, M. A. et al. Dimensões culturais do conceito de saúde nos trabalhadores aposentados da Guadalajara, México. **Hacia Promoción de la Salud**. v. 15, n. 2, p. 13-27, jul. /dez. 2010.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 895-902, set. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2011.

BEDIN, L. F. et al. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e cuidado das pessoas com feridas crônicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 61-67, set. 2014.

BIREME. **Descritores em Ciências da Saúde-DeCS**, 2015. Disponível em: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NUL&task=start. Acesso em: 16 nov. 2015.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 307-314, abr.-mai. 2007.

BOFF, M. et al. Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino fundamental de escolas públicas. **SALUSVITA**, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA I. C.; SCHALL, V. T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 418-425, 1991.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2006. 60 p. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf. Acesso em 28 jun. 2017.

_____. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2007a.

_____. Presidência da República –Casa Civil, **DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007b**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1726-saudenaescola-decreto6286-pdf&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. Ministério da Educação. **Princípios da Educação de Jovens e Adultos-EJA**. Brasília: Ministério da Educação. [2011 ?] 19 p. disponível em; http://confinteabrasilmais6.mec.gov.br/images/documentos/legislacao_vigente_EJA.pdf. Acesso em: 4 jul. 2017.

_____. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Educação, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola?id=16795><http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola?id=16795>. Acesso em: 29 set. 2015.

BUB, M.B.C. et al. A noção de cuidado e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp, p. 152-157, 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.15-38, 2009.

CÂMARA, A.M.C.S. et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação e saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 40-50, 2012.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CANDEIAS, N. M. F.; MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo, n 13. p. 63-8. 1979.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1986. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>. Acesso em: 1º abr. 2017.

CARVALHO, J. N.; ERDMANN, A. L.; SANTANA, M. E. de. Autonomia do cuidado exercido por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 268-274, abr./jun. 2011.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 24, n.1, p. 13-18, 2014.

CAVALLIERI, F.; LOPES, G. P. Índice de Desenvolvimento Social – IDS: comparando as realidades microurbanas na cidade do Rio de Janeiro. **Coleção de estudos Cariocas**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 1-12, abr. 2008. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf. Acesso em: 28 jun. 2017.

CZRESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da saúde: conceitos reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 39-53, 2003.

ESCOL.AS disponível em: <http://www.escol.as/cidades/3242-rio-de-janeiro/bairros/304595-manguinhos>. Acesso em: 3 jul. 2017a.

_____. Disponível em: <http://www.escol.as/180226-presidente-juscelino-kubitschek>. Acesso em: 3 jul. 2017b.

FIOCRUZ; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Território Escola Manguinhos. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/clinica-da-familia-victor-valla>. Acesso em: 04 set. 2017a.

_____. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/quem-somos>. Acesso em: 04 set. 2017b.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de Promoção da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, dez. 2008.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G. R. As Comunidades de Manguinhos na história das favelas do Rio de Janeiro. **Revista Tempo**. v. 19, n. 34, p. 117-133, jan-jul, 2013.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FURTADO, M.; SZAPIRO, A. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 811-821, out./dez., 2012.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática com conceitos relacionados. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 225-230, jan./mar. 2013.

GISMONDI, R. C. Utilizando descritores e qualificadores em pesquisas bibliográficas via internet. **REVISTA AMF**. 23^a Ed. P. 10-11. Disponível em: http://amf.org.br/revista/ed_23/pag10.pdf. Acesso em: 14 nov. 2016.

GUIMARÃES, J. S.; LIMA, I. M. S. O. Participação juvenil e promoção da saúde: estratégia de desenvolvimento humano. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 3, p. 859-866, 2011.

GURGEL, M. G. I. et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e prática da enfermeira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 610-615, jul. /set. 2011.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Panorama dos Territórios: UPPs de Manguinhos. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.riomaissocial.org/wp-content/uploads/2017/01/1-Panorama-dos-Territ%C3%B3rios-UPPs-Manguinhos.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. **Fundamentos para o conhecimento científico: áreas de saúde**. São Paulo: Balieiro Editores, 1999.

LIBERAL, E. F. et al. Escola segura. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, v. 81, n. 5, supl, p. 155-163, nov. 2005.

LOPES, R.; TOCANTIS, F. R. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface Comunicação Educação Saúde**, v. 16, n. 40, p. 235-246, 2012.

LUCAS, A. J. C. F. **Os significados das práticas de promoção da saúde na infância**: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil. 2013. 298 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MACHADO E. H. S.; LEONE C; SZARFARC, S. C. Deficiência de ferro e desenvolvimento cognitivo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 2, p. 368-373, 2011.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 773-776, out./dez. 2009.

MALTZ, J. C. M. Diagnóstico da doença cárie. In: **Aboprev - Promoção Saúde Bucal**: Paradigma-Ciência-Humanização. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

MELO, J.A.C. Educação e Saúde: dimensão da vida e da existência humana. In: **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 65-69, 1997.

MINAYO, M.C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: HICTEC; ABRASCO, 1998.

MINAYO, M.C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, Z. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAIS N. A. et al. Promoção da Saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicologia e Sociedade** (impr.), v. 22, n. 3, p. 507-518, set./dez. 2010.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA D. X.; ANDREOLI S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006.

NEVES, T. P.; GUILAM, M. C. R. Diminuindo riscos, promovendo vida saudável: o conceito de risco na promoção da saúde. **Salusvita**, v. 26, n. 3, p. 15-32, 2007.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p.185-188, jan./fev. 2011.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica**: um manual para a realização da pesquisa em administração. Catalão: Univ. Federal de Goiás, 2011.

PETERS, G. *Habitus*, reflexividade e neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. **Revista Bras. de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 28, n. 15, p. 47-71, 2013.

ROCHA, D. G.; MARCELO, V. C.; PEREIRA, I. M. T. B. Escola promotora de saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 12, n. 1, p. 57-63, jan./jul. 2002.

ROCHA, P. A. et al. Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** (Impr.), v. 25, n. 2, p. 215-220, jun. 2012.

ROSANA, H. C. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas as organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013.

SANTOS, G. S.; LEMOS, S. M. A. Construção do conceito de Promoção da Saúde: comparação entre estudantes ingressantes e concluintes de fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.16, n. 3, p. 245-251, 2011.

SANTOS, K. F. de; BÓGUS, C. M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 3. p. 123-133, 2007.

SEBOLD, L. F.; RADÜNZ, V.; CARRARO, T. M. Percepções sobre o cuidar de si, promoção da saúde e sobrepeso entre os acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 3, n. 15, p. 536-541, 2011.

SILVA, C. C. R. da. **Comportamento de adolescentes acerca de aspectos relacionados a doenças imunopreveníveis**. 2012. 59 f. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SOUSA, L. B. Práticas de saúde no Brasil: a situação da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 1, p. 55-60, jan./mar. 2010.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. De saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 (sup. 2), p. 39-57. 1998.

VILA, A. C. D.; VILA, V. S. C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil: revisão. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1177-1183, nov. /dez. 2007.

WACQUANT, L. Esclarecer o *Habitus*. **Educação & Linguagem**, v. 10, n. 16, p. 63-71, jul./dez. 2007.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**. Colombia. v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CCS - CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
NUTES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: “As concepções sobre o conceito de “autocuidado”, empregadas pelos profissionais da saúde, nas determinantes da “promoção da saúde”, ensinadas em escola pública municipal de nível básico, na cidade do Rio de Janeiro”

O (A) sr. (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente desta pesquisa, que tem como objetivo, identificar os significados atribuídos ao conceito de ‘autocuidado’, e o seu ensino, pelos profissionais de saúde e de que forma eles são utilizados nas experiências educativas nas escolas. Pretendemos analisar como os profissionais relacionam o ‘autocuidado’ com o conceito de ‘promoção da saúde’, definido nos documentos e políticas públicas.

Ao participar deste estudo o (a) sr. (a) permitirá que o pesquisador faça as perguntas que estejam relacionadas ao tema da pesquisa, conforme roteiro mostrado. O (a) sr. (a) tem a liberdade de se recusar a participar, responder a alguma pergunta ou continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer custo ou outro tipo de prejuízo para o (a) sr. (a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações, ou manter-se atualizado (a) sobre a pesquisa pelo contato com o pesquisador, pessoalmente, por telefone ou e-mail.

O instrumento utilizado será uma entrevista, gravada em áudio e transcrita posteriormente na íntegra, para a análise, dentro das normas que regem estudos envolvendo seres humanos, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/Min. da Saúde / RES. CNS No 466, de 12 de dez de 2012). Somente o pesquisador e sua orientadora terão acesso aos dados. O objetivo da pesquisa é restrito ao ÂMBITO ACADÊMICO. Quando publicados, o SIGILO À IDENTIDADE será mantido. A guarda do material permanecerá também em sigilo durante 5 anos e depois será totalmente destruído. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nenhum dos procedimentos usados oferecem riscos à sua dignidade ou integridade.

CONSENTIMENTO

Afirmo estar devidamente informado (a) sobre a pesquisa, pelas referências citadas no texto acima, e as devidas explicações a seu respeito. Disse da minha decisão em participar ao pesquisador João Miguel Giraldes, e estou devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos do estudo, todos os seus procedimentos e confidencialidade.

Sei que a minha participação ou a retirada do meu consentimento são isentas de qualquer custo ou penalidade. Receberei cópias assinadas e rubricadas, pelo pesquisador e orientadora, dos TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) que permanecerão sob a minha posse e guarda sigilosos, como também eu assinarei outras cópias ao final, e as rubricarei, nas páginas impressas que ficarão sob a guarda sigilosa do pesquisador e da orientadora.

Nome do sujeito da pesquisa

Assinatura

Sônia Cristina Soares Dias Vermelho (**orientadora da pesquisa**)
NUTES - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde
CCS - Centro de Ciências da Saúde - Ilha do Fundão - Bl A - Sala 26
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ, e-mail: cristina.vermelho@gmail.com
Tel: 21 3938-6358 / cel.: 21 99920 0023

João Miguel Giraldez (**responsável pela pesquisa**)
Aluno do Programa de Mestrado
NUTES / CCS / UFRJ
E-mail: jm_giraldez@yahoo.com.br cel.: (21) 98548 4321

Rio de Janeiro, ____/____/ 2016

APÊNDICE B - ENTREVISTA

Perguntas Objetivas Prévias / Dados do entrevistado

NOME (SOMENTE AS INICIAIS): _____

IDADE EM ANOS: _____

GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO

CIDADE EM QUE RESIDE: _____ **NATURAL DE:** _____

ESTADO CIVIL:

- () Solteiro(a) () Casado(a)
() Viúvo (a) () União estável

ATUALMENTE FAZ ALGUM CURSO?

- () Não () Sim, qual? _____

QUAL A FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____

HABILITAÇÕES ACADÊMICAS:

- () Graduação () Especialização
() Mestrado () Doutorado

QUAL O CARGO ATUAL DO ENTREVISTADO: _____

QUAL VÍNCULO EMPREGATÍCIO ATUAL:

- () Estatutário () CLT

HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NO SETOR PÚBLICO/CLT: _____

HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NESTA PROFISSÃO: _____

Perguntas Subjetivas / Atuação do Entrevistado

- a) Fale a respeito do termo/conceito 'autocuidado'.
- b) Explique a importância do conceito, no ambiente da escola.
- c) Quanto à abordagem do conceito, como ele é levado aos alunos? (Em relação ao cotidiano)
- d) Quais são os recursos empregados/aplicados? (Materiais e didáticos)
- e) Eles são receptivos às atividades fim?
- f) Não há atividades por quê?
- g) É percebido, em algum momento, se os alunos trazem consigo alguma noção prévia/rudimentos a respeito deste conceito?
- h) A noção que possuem facilita a interação/aprendizado havendo possibilidade de conciliação entre o que trazem consigo e o que é ensinado?
- i) O sr. (a) avalia se o que é ensinado sobre autocuidado abrange satisfatoriamente os principais aspectos?
- j) Explique como atende às perspectivas dispostas pelas políticas públicas de saúde.

APÊNDICE C - PROCESSO DE SELEÇÃO

Descritor	Processo de seleção					
	(*3) Recuperação simples	(*4) Recursos			Leitura integral	Seleção final
Promoção da saúde	6154	“and” + “conceito”	Palavras “A partir de 2005” e leitura dos resumos		68	12
		209	131			
Autocuidado	866	“and” + “conceito”	Palavras “A partir de 2005”	Palavras “A partir de 2010” e leitura dos resumos	24	7
		23 (*1)				
		“and” + “cuidado”	185	97		
		329				
Educação em saúde	5759	“and” + “conceito”	Leitura dos resumos		28	7
		109				
Saúde escolar	858	“and” + “conceito”	Leitura dos resumos			
		17 (*2)		7	6	

Subtotal	Total final
127	32

NOTAS:

(*1). Como a recuperação resultou em uma quantidade pouca, optamos por usar o filtro "Cuidado", no lugar de "Conceito", por estar ligado a Autocuidado.

(*2). Como as seleções finais resultaram em quantidades próximas, não optamos por um número maior de publicações, para leitura dos resumos. Além disso, os termos se repetiam não poucas vezes pelos descritores entre si. Julgamos então que o resultado para Saúde escolar (7) estaria satisfatório.

(*3). A recuperação simples foi efetivada usando apenas o descritor, no formulário de busca da LILACS.

(*4). Quanto aos recursos, os termos/expressões usados foram os disponíveis no formulário de busca avançada da LILACS (entre aspas).

APÊNDICE D - RELAÇÃO DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PS)**PS1 - Profissional de Saúde Um**

Entrevistador – Dando início ao arquivo um de entrevistas; PS1 - Profissional de Saúde Um.

a) Fale a respeito do termo/conceito 'autocuidado'.

Entrevistado - Eu acredito que o autocuidado é aquilo que a gente traz consigo, né, da nossa trajetória de vida. Aquilo tudo que envolve nosso meio, como a gente convive nas nossas relações.

O Autocuidado vem daquilo que a gente traz da nossa família também. Acredito que é como a gente lida com o nosso próprio corpo. Como que a gente se cuida. Acredito que é isso.

b) Explique a importância do conceito, no ambiente da escola.

Entrevistado - Bom, acredito que o conceito do autocuidado tem uma importância muito grande, primeiro porque as crianças, normalmente, as que a gente lida, não tem muito a noção do autocuidado.

É importante a gente levar para eles esse conceito, explicar qualquer que seja a forma de cuidado. Qualquer forma de autocuidado para que a partir do momento que a gente inicia essa conversa, possam ter consciência do cuidado que devem ter com eles, com o corpo ou até com alguém próximo.

c) Quanto à abordagem do conceito, como ele é levado aos alunos? (Em relação ao cotidiano)

Entrevistado - O autocuidado, às vezes, é levado de forma bem didática. Algumas vezes quando é abordado algum tema em relação ao autocuidado, a gente tenta levar da forma mais prática possível.

O autocuidado a gente tenta levar na forma de figuras ou dinâmicas. Acho que é isso.

d) Quais são os recursos empregados/aplicados? (Materiais e didáticos)

Entrevistado - Através de folders, alguns textos explicativos, alguns mesmo do Ministério da Saúde que encaminha para a clínica e a gente tenta levar isso para o ambiente escolar.

e) Eles são receptivos às atividades fim?

Entrevistado - Geralmente sim. Na grande maioria das atividades que eu participei sempre foram muito receptivos, participativos também.

f) Existe algum motivo para que não haja a atividade?

Entrevistado – Existe. Normalmente quando não acontece é por conta do território que pode estar em conflito, em alguma operação e acaba impedindo a gente de sair, de ir até lá. Ou então quando acontece algum imprevisto na própria escola.

- g) É percebido, em algum momento, se os alunos trazem consigo alguma noção prévia/rudimentos a respeito deste conceito?

Entrevistado - Sim, normalmente os alunos trazem esses rudimentos justamente de casa. Acredito que seja a visão que ele tem de convivência com a família dele e traz essa carga justamente da própria família.

- h) A noção que possuem facilita a interação/aprendizado havendo possibilidade de conciliação entre o que trazem consigo e o que é ensinado?

Entrevistado - Com certeza. Normalmente, esse conceito que eles trazem é aquilo que a gente tem um pouco da nossa experiência. Nada do que chega ali é uma coisa surreal, acaba facilitando e promovendo mais diálogo entre profissional de saúde e o próprio aluno.

- i) O senhor avalia se o que é ensinado sobre autocuidado abrange satisfatoriamente os principais aspectos?

Entrevistado - Acho que satisfatoriamente não. Acho que a gente minimamente consegue abranger o mínimo possível para levar o conceito do autocuidado, mas satisfatoriamente, em minha opinião, não. Acho que falta muito para chegarmos a um nível satisfatório elevado.

- j) Explique como atende às perspectivas dispostas pelas políticas públicas de saúde

Entrevistado - Em relação às perspectivas das políticas públicas eu acho que atende desde o momento que a gente chega lá.

De acordo com as políticas públicas a gente tem que no mínimo chegar e fazer uma promoção daquilo que eles precisam. Por exemplo, se formos fazer uma campanha sobre a dengue ou zika. As políticas públicas dizem que a gente tem que ir até a comunidade conversar. Será que isso vai atender todas as necessidades da população só levando um folder ou fazendo uma conversa mínima, certo?

Será que não falta mais ações das próprias políticas, ações concretas mesmo que vão fazer efeito? Eu acho que não atende. Atender, eu acho que atende as políticas públicas, mas não a população.

X.X.X.

PS2 - Profissional de Saúde Dois

Entrevistador – Dando continuidade, arquivo dois; PS2 - Profissional de Saúde Dois.

a) Fale a respeito do termo/conceito ‘autocuidado’.

Entrevistado – É o cuidado consigo mesmo. É se cuidar, cuidar do próprio corpo, cuidar do ambiente que a gente vive. É isso que eu entendo por autocuidado.

b) Explique a importância do conceito, no ambiente da escola.

Entrevistado – Porque dentro da escola é o contato com outras crianças. É necessário que haja esse cuidado, que já venha desde casa com essa noção de autocuidado para que evite a transmissão de algumas doenças que são transmissíveis pelo contato mesmo, né!

c) Quanto à abordagem do conceito, como ele é levado aos alunos? (Em relação ao cotidiano)

Entrevistado – Nós levamos através de palestras. Levamos através de bate papo mesmo que a gente faz para fazer com que eles entendam a necessidade desse cuidado.

d) Quais são os recursos empregados/aplicados? (Materiais e didáticos)

Entrevistado – Costumamos usar vídeos.

e) Eles são receptivos às atividades fim?

Entrevistado – São sempre receptivos.

f) É percebido, em algum momento, se os alunos trazem consigo alguma noção prévia/rudimentos a respeito deste conceito?

Entrevistado – Alguns trazem experiência de casa, contam que a mãe faz com o irmão, porque meu irmão aconteceu algum fato. Eles trazem experiências de casa para serem apresentadas durante essas palestras.

g) A noção que possuem facilita a interação/aprendizado havendo possibilidade de conciliação entre o que trazem consigo e o que é ensinado?

Entrevistado – Sim porque procuramos usar uma linguagem bem prática de forma que eles possam entender e com isso há uma interação da parte deles conosco.

h) A senhora avalia se o que é ensinado sobre autocuidado abrange satisfatoriamente os principais aspectos?

Entrevistado – De certa forma sim, não é uma totalidade, mas de certa forma. Eu acho que sempre é possível a gente alcançar, no mínimo que seja. Ele vai vendo uma atitude do outro e ele faz lembrar, olha, a tia trouxe para a gente que isso

é errado. Por exemplo, é necessário lavar as mãos, escovar os dentes, manter a cabeça limpinha. Sempre de alguma forma um passa para o outro. Fica na cabeça deles o que foi levado para a necessidade dos cuidados.

i) Explique como atende às perspectivas dispostas pelas políticas públicas de saúde

Entrevistado – Há certa dificuldade de se alcançar porque são muitas mudanças. A gente está iniciando um trabalho e aí aquele trabalho fica meio incompleto porque foi apresentado outro para fazermos.

Então isso às vezes..., porque, geralmente, quando chega uma informação já chega, tem que ser feito isso para ontem, vamos dizer assim, exemplificando. Aí você está fazendo e vem outra novidade, tipo assim, a campanha da vacina, daqui a pouco a campanha do Bolsa Família. Entendeu? Muda o sistema, como agora a gente tem o Prime que é um sistema novo. Para o sistema novo tem toda uma adaptação.

Entrevistador – Como é o nome do sistema?

Entrevistado – Prime. Aí você precisa saber como faz uma coisa e chega outra que você tem que fazer. Vai começar um passo a passo porque não está habituado a trabalhar com aquele sistema fazendo aquele trabalho. Às vezes fica um pouco difícil, mas a gente se esforça bastante.

X.X.X.

PS3 - Profissional de Saúde Três

Entrevistador – Dando continuidade ao arquivo três; PS3 - Profissional de Saúde Três.

a) Fale a respeito do termo/conceito ‘autocuidado’.

Entrevistado - O autocuidado é o cuidado em si que você tem a respeito da..., melhorando a sua qualidade de vida. O cuidado que você tem consigo, melhorando a qualidade de vida de cada indivíduo.

b) Explique a importância do conceito, no ambiente da escola.

Entrevistado – Esse conceito na escola é superimportante porque vai ser uma ajuda em relação à família, para aquela criança que está desenvolvendo, está iniciando o desenvolvimento do cuidado de si mesmo.

Muitas vezes alguns responsáveis não sabem como passar para essas crianças. Nós entramos com a importância de ajudar a criança a entender o cuidado que ela precisa fazer de si mesma para melhorar a sua qualidade de vida.

c) Quanto à abordagem do conceito, como ele é levado aos alunos? (Em relação ao cotidiano)

Entrevistado – A nossa equipe leva esse conceito abordando vários grupos, principalmente grupos de autocuidado.

Até explicando o que eles entendem por autocuidado, o que eles podem fazer por si mesmos para entender, ajudar e passar para os responsáveis.

É feito rotineiramente na equipe com a escola. Na minha equipe, particularmente, eu tento fazer, realmente, nas duas escolas que fiquei responsável agora.

Embora seja uma comunidade altamente vulnerável, ainda caímos em duas escolas e tenho uma boa interação com as duas direções para poder manter forte esse conceito com a direção e com os alunos.

d) Quais são os recursos empregados/aplicados? (Materiais e didáticos)

Entrevistado – Nós utilizamos bastantes banners, adesivos, atividades lúdicas. Temos também uma equipe multiprofissional ajudando a complementar essa equipe para que consigamos fazer várias atividades com vários tipos de assuntos.

e) Eles são receptivos às atividades fim?

Entrevistado – São bastante receptivos e querem sempre mostrar que realmente sabem, conhecem. Até as atividades que eles vão aprendendo, no dia a dia, na escola.

Uma das coisas bem importante que a gente faz e precisa é que essa atividade chegue aos responsáveis para poder dar continuidade aos ensinamentos.

f) É percebido, em algum momento, se os alunos trazem consigo alguma noção prévia/rudimentos a respeito deste conceito?

Entrevistado – Sim, é percebido quando fazemos atividades lúdicas ou até quando colocamos vários alunos, várias crianças sentadas. Eles sentem a necessidade e a emoção de levantar o dedo e tentar responder.

Isso é muito legal e faz essa atividade grupal ser bem interativa.

g) A noção que possuem facilita a interação/aprendizado havendo possibilidade de conciliação entre o que trazem consigo e o que é ensinado?

Entrevistado – Facilita bastante. Facilita até no modo como eles mostram para a gente que estão entendendo e mostram também o que o responsável dentro de casa deixa de fazer. Isso eles passam e é uma forma da gente continuar e desenvolver melhor essa interação.

h) A senhora avalia se o que é ensinado sobre autocuidado abrange satisfatoriamente os principais aspectos?

Entrevistado – Então, o que é ensinado abrange os principais aspectos. Realmente, é uma coisa que eu acho que poderia melhorar? Até poderia, porque uma equipe para duas escolas poderia ter muito mais atividades propostas se fosse uma escola só. Você tem que lidar com os atendimentos e as escolas. Poderia ter muito mais atividades naquela escola, porém com essa limitação dificulta um pouco mais.

Gostaria que fosse dividido melhor para poder dar mais atenção. Às vezes você quer fazer uma atividade um pouco mais intensa, mas acaba tendo dificuldade nesse tempo e no tamanho da comunidade.

i) Explique como atende às perspectivas dispostas pelas políticas públicas de saúde

Entrevistado – Isso até dá continuidade à pergunta anterior. Nós atendemos as perspectivas, as políticas, embora não é considerado satisfatoriamente o que realmente precisa ser feito porque poderia ser muito mais intenso e ter muito mais atenção a vários outros aspectos.

De acordo com o que você faz, você levanta os grupos, você entende que a escola é importante, a educação é importante, mas ao mesmo tempo levantam vários questionamentos e levantam demandas. E aí como você vai conseguir superar essas demandas, fazer uma resolutividade boa em relação às duas escolas, às duas comunidades é mais difícil.

Tem escolas que crianças são de outras comunidades, moram em outros lugares e acaba que essa intersectorialidade sendo prejudicada.

X.X.X

PS4 - Profissional de Saúde Quatro

Entrevistador – Continuando as entrevistas, PS4 - Profissional de Saúde Quatro.

a) Fale a respeito do termo/conceito ‘autocuidado’.

Entrevistado – Como a gente atua nas escolas, são crianças menores de sete anos, não é creche, mas já é educação infantil. Eles tentam passar para elas a questão do como se cuidar, para levar para o resto da vida delas, para a prevenção. A gente trabalha muito a questão do autocuidado pessoal delas.

b) Explique a importância do conceito, no ambiente da escola.

Entrevistado – É a questão do conceito, do ambiente da escola na coletividade. Elas estão juntas, né, para elas é como se fosse a segunda casa. Ali elas têm que se cuidar e cuidar da outra. Quando uma fala, repara, ah, você está fazendo errado. Os pequenos têm muito disso de..., eles são críticos. Tem a questão desse conceito de levar até a maior idade, né, a questão do autocuidado.

c) Quanto à abordagem do conceito, como ele é levado aos alunos? (Em relação ao cotidiano)

Entrevistado – Nós levamos lá como peças de teatro. Eles gostam muito de ver filmes, esses pequenos curtam com a questão do autocuidado. Para eles observarem também e como tudo na mídia, para serem multiplicadores do domicílio deles. A gente lida muito com a parte do teatro e eles participam bastante.

d) Quais são os recursos empregados/aplicados? (Materiais e didáticos)

Entrevistado – A gente faz teatro, usa bastante PowerPoint e depois faz um debate.

e) Eles são receptivos às atividades fim?

Entrevistado – Muito receptivos. Não sei se é por causa da questão da idade, eles participam bastante, interagindo, perguntando bastante. Atuam bastante.

f) É percebido, em algum momento, se os alunos trazem consigo alguma noção prévia/rudimentos a respeito deste conceito?

Entrevistado – Sim. Eles trazem isso bastante. Desde o começo quando a gente começou a trabalhar com eles, os mais antigos recordam, comentam, ah tia, igual aquela vez que a senhora falou para fazer assim, assim, assado. Aí fala com outro, eu faço em casa. Eles procuram sempre multiplicar.

g) A noção que possuem facilita a interação/aprendizado havendo possibilidade de conciliação entre o que trazem consigo e o que é ensinado?

Entrevistado – Sim. A criança é muito mais ativa, se comunicam pela internet, televisão. Usam os meios de contato que tem hoje em dia. Já traz uma pequena informação que a gente só vai evoluir aquele conceito nela.

h) A senhora avalia se o que é ensinado sobre autocuidado abrange satisfatoriamente os principais aspectos?

Entrevistado – Na parte da criança eu creio que sim, só tem um pouco de dificuldade na questão dos adultos. O adulto por já ter a opinião formada...

X.X.X

PS5 - Profissional de Saúde Cinco

Entrevistador – Arquivo cinco; PS5 - Profissional de Saúde Cinco.

a) Fale a respeito do termo/conceito 'autocuidado'.

Entrevistado – Bom, vou falar da minha forma, do meu jeito, que o autocuidado é como se a gente..., é o cuidado próprio nosso. Olharmos para nós mesmos. O que a gente pode melhorar para a gente, saber como somos, questão de saúde. O que a gente tem como saúde, doença. Ver alguma coisa que tem alteração. É o autocuidado, uma prevenção própria.

b) Explique a importância do conceito, no ambiente da escola.

Entrevistado – Acho que é muito importante para a criança ou adolescente. Eu falo criança como um todo, mas o adolescente também, conhecer o próprio corpo. Porque daí surge algumas dúvidas sobre eles mesmos. Às vezes ficam tímidos, envergonhados em perguntar e isso acaba deixando um pouco mais distantes do cuidado com a saúde.

Eles ficam com vergonha e acham que isso pode ser normal. Eles não têm o discernimento. É importante o autocuidado para a criança e o adolescente.

c) Quanto à abordagem do conceito, como ele é levado aos alunos? (Em relação ao cotidiano)

Entrevistado – Acredito que a melhor forma de levar para os alunos de uma escola é através de palestras, de reuniões, grupo com alunos, com a turma toda junta para que possam tirar dúvidas ou mesmo levar conhecimento para eles.

d) Quais são os recursos empregados/aplicados? (Materiais e didáticos)

Entrevistado – A gente pode abordar através de palestras, de fotos, de slides, sou da época de slides, formatos, projeções. Levar modelos que podem esclarecer dúvidas dos alunos de forma mais didática. Para que eles possam interagir melhor.

e) Eles são receptivos às atividades fim?

Entrevistado – Nas atividades que eu faço todos são. A gente tem que trabalhar de uma forma, em uma linguagem mais direta para os alunos. Uma linguagem mais simples, de “brincar”, vamos dizer assim.

Dessa forma eles ficam atentos. Nossa ela está falando o meu linguajar. É mais ou menos assim. É uma ligação direta entre o profissional e o aluno.

f) É percebido, em algum momento, se os alunos trazem consigo alguma noção prévia/rudimentos a respeito deste conceito?

Entrevistado – Algumas vezes sim, outras não. É bem difícil todos terem noção de autocuidado. Eu acho que é interessante a gente, realmente, enfatizar

bastante nas palestras, nos cursos ou nos eventos para que a pessoa possa ter o autocuidado.

g) A noção que possuem facilita a interação/aprendizado havendo possibilidade de conciliação entre o que trazem consigo e o que é ensinado?

Entrevistado – Acredito que sim, acho que tem que ter. São duas coisas que tem que andar juntas: o nosso conhecimento e o entendimento do aluno.

Eu acho que dependendo da forma como vai ter a abrangência do tema e tudo, eles conseguem entender o que a gente quer. Lógico, sabendo falar, sabendo interagir. Sabendo como abordar isso com o adolescente e com a criança.

h) A senhora avalia se o que é ensinado sobre autocuidado abrange satisfatoriamente os principais aspectos?

Entrevistado – Acredito que sim. A gente espera isso nas nossas ações. Acredito também que sempre tem alguma falha. É normal, né, porque não conseguimos abranger todos os assuntos e todos os itens que a gente precisa abranger. A gente faz tudo para nos cercar de todas as informações possíveis sobre o tema que a gente leva para os alunos, para os adolescentes e crianças em geral.

i) Explique como atende às perspectivas dispostas pelas políticas públicas de saúde

Entrevistado – Essa pergunta é um pouco difícil porque as políticas existem, nós sabemos quais são, só que nós tentamos, realmente, ...

X.X.X

PS6 - Profissional de Saúde Seis

Entrevistador – Prosseguimento, PS6 - Profissional de Saúde Seis.

a) Fale a respeito do termo/conceito 'autocuidado'.

Entrevistado – Bem, o que entendo por autocuidado, nesse ano de residência que estou na saúde da família, que vai além do cuidado individual, mas do cuidado integral do indivíduo.

E pensando nesse cuidado integral do indivíduo, a saúde, é um campo que abraça essa integralidade. Aí quando eu penso nessa integralidade você vê o indivíduo na sociedade, na comunidade, você vê em outras áreas e outros campos para além do conceito de saúde.

E aí usam os trabalhos da escola que a gente faz junto ao termo do autocuidado, abordamos várias questões não só de saúde. Tipo na escola, no PSE que a gente foi fazer, a gente trata com questões de saúde mais nesse campo do autocuidado referente a cuidados do corpo, cuidados da higiene. Ou então do autocuidado mesmo do acesso a direitos que esses usuários da escola não têm.

Tenho para mim que o autocuidado vai em todos os campos seja saúde, jurídico, acesso a outras políticas. O autocuidado não está só num campo, está num campo muito mais abrangente.

b) Explique a importância do conceito, no ambiente da escola.

Entrevistado – No ambiente da escola, nos dois PSEs que eu fiz, entendo que a questão do autocuidado é muito importante justamente por ele levantar e a gente conseguir fazer uma relação com os alunos e com a comunidade. A família na escola para além de questões específicas. Na escola a gente trabalha as questões sociais e elas envolvem o desemprego, o trabalho infantil, a sexualidade. Trabalhamos com questões da pobreza que é muito latente, a violência. Eu acho que a violência é uma questão implícita no ambiente escolar e que a saúde junto com a escola tem que trabalhar essas questões. Muitas famílias e alunos chegam com essa demanda por causa da violência que traz outras questões e agravam o problema da saúde.

Então eu acho que o conceito de autocuidado na escola é importante justamente por abarcar todas as questões que acabei de citar.

c) Quanto à abordagem do conceito, como ele é levado aos alunos? (Em relação ao cotidiano)

Entrevistado – Eu acho que ele é levado de uma forma bem tranquila porque você não chega apenas falando vamos falar do autocuidado. Isso vai de acordo com o calendário, porque existem protocolos da saúde para você trabalhar na escola. Aí você usa saúde bucal, a questão da vacinação, mas para além desses, a gente trabalha outras questões porque na escola você é citado pelos professores, pelos alunos e pelos familiares.

São os casos que relatei da questão da violência, do trabalho infantil. Na questão da violência são em todos os sentidos, não só dentro da família, mas desse

território que é muito vulnerável, que é violento. Ele gera violência, produz violência e a gente tem notado, porque estou indo em um território e é justamente isso.

A gente começa a trabalhar essa população nesse território e é tão frágil em relação a isso. Como a violência acaba infringindo a essa população muito sofrimento além do sofrimento psíquico, físico, moral e de adoecimento mesmo.

É basicamente essa questão que acontece no cotidiano. Em relação a esse cotidiano esse conceito é abordado de forma bem ampla que passa por várias questões.

d) Quais são os recursos empregados/aplicados? (Materiais e didáticos)

Entrevistado – Quando eu trabalhei com crianças e aí a gente coloca por faixa etária. Quando a gente trabalhou com crianças de cinco a sete anos, o material didático para trabalhar eram vídeos, levamos algumas cartilhas, fizemos folders. Pedimos para essas crianças desenharem de acordo com o tema. O tema que a gente abordou era o cuidado com o corpo, a importância da higiene com o corpo.

A gente foi levando coisas mais didáticas.

Quando a gente trabalhou com adolescentes, aí já vai mais ou menos dos dez anos. Não é bem o que é proposto. Mas de 10 a 15 anos a gente trabalhou mais conversando com eles, uma troca. A gente levou um tema, falou que era uma roda de conversa e aí fomos debatendo junto com eles.

A partir disso também, porque às vezes a gente leva um tema, mas a gente tenta construir junto com eles o tema que eles gostariam que fosse abordado. Aí a gente vai de novo depois e utiliza também, às vezes, recursos áudio visuais, folders, cartilhas. Basicamente são esses os materiais didáticos que a gente usa.

e) Eles são receptivos às atividades fim?

Entrevistado – São, são receptivos. As crianças são muito receptivas. Às vezes a gente vai, enquanto profissionais, com discurso de achar que aquelas pessoas, crianças ou adolescentes, não tem conhecimento. Ou que a gente vai levar esse conhecimento. Não, eles sabem muito mais que a gente. Eles passam do cotidiano, do que eles vivem para a gente e dali a gente vai tentando abordar de uma forma que seja mais didática. Que tenha a ver com o cotidiano que eles vivem e não a partir do que a gente pensa que deve ser a realidade deles.

Eles são muito receptivos e tem muito que ensinar.

f) É percebido, em algum momento, se os alunos trazem consigo alguma noção prévia/rudimentos a respeito deste conceito?

Entrevistado – É assim, da primeira vez que fui falar sobre autocuidado, a gente sentiu um impacto. Fomos numa equipe multidisciplinar que tinha psicólogo, enfermeiro, assistente social, dentista, educador físico. Cada um foi falar um pouquinho de como percebia esse autocuidado e a gente se surpreendeu muito com aquelas crianças. Elas explicaram tudo que faziam para esse autocuidado. Como elas promoviam esse autocuidado. A questão do corpo, da relação do cuidado no banho, porque na clínica veem muitas crianças com problemas na pele.

Aí eles têm uma visão para além do autocuidado porque eles moram em um território onde a infraestrutura deixa muito a desejar, eles brincam no esgoto.

Consequentemente isso vai causar mais, como posso dizer, a doença de pele aflora mais. Eles vivem falando isso, tia, mas eu brinco no esgoto. Mesmo tomando banho algumas coisas vão surgir na minha pele. E aí nós trabalhamos com eles também a questão do território. Como não há políticas efetivas para que se tenha um cuidado constante na habitação, saneamento, água. Eles tomam água que não é filtrada. Eles têm noção disso, de que lá o poder público não investe nessas políticas para que tenham condições de vida melhor. Isso a gente pode sentir com crianças pequenas e foi muito bacana poder construir com elas. Elas têm consciência muito mais que o autocuidado. Elas têm consciência que deveriam ter uma condição muito melhor de vida, que são abandonados nesses cantos pelo poder público.

g) A noção que possuem facilita a interação/aprendizado havendo possibilidade de conciliação entre o que trazem consigo e o que é ensinado?

Entrevistado – Sim. Porque o que a gente discute, eles mesmos falam que levam para a família e acabam discutindo essas questões na família. Às vezes não é tão discutido porque no território que trabalho, por ser bem vulnerável, as pessoas estão lá para sobreviver. Eles sobrevivem.

É muito difícil sobreviver, ter que se alimentar, na questão da violência, a polícia entra, onde o tráfico está muito presente. Eles utilizam estratégias para levar isso para dentro de casa. Por serem crianças pequenas a partir do que a gente levou para a escola e aí se discute minimamente à maneira deles, naquele território e naquele contexto. Eu vejo muito isso.

h) A senhora avalia se o que é ensinado sobre autocuidado abrange satisfatoriamente os principais aspectos?

Entrevistado – Eu não sei se abrange todos os principais aspectos por entender que autocuidado é uma questão muito maior do que só a respeito da saúde, por exemplo. Mas o autocuidado de ter direito à escola, a direitos básicos de acesso à saúde, que às vezes é difícil também, ter acesso a outros direitos.

A questão do saneamento quando eles colocam como não ter água encanada. Às vezes, eles mesmos falam não ter lanche na escola e ser a única refeição que eles teriam por serem de famílias muito carentes.

Eu acho que eles acabam tendo uma percepção de autocuidado de forma variável, não é apenas um ponto específico, vai para além. Por mais que eles não tenham isso claro, mas pelo jeito que falam de alguma forma, eles entendem o autocuidado.

i) Explique como atende às perspectivas dispostas pelas políticas públicas de saúde

Entrevistado – Eu acho que essa parceria que tem agora entre as clínicas da família, esse protocolo com o Ministério da Saúde de fazer PSE na escola, para que

a saúde e a escola estejam trabalhando mais unidos. Eu entendo como uma perspectiva que tem tudo para dar certo.

Mas levando em conta que a gente tem profissionais que tem sobrecarga de trabalho e às vezes, por ser em um território violento, não conseguimos acessar as escolas desse território. O trabalho fica um pouco dificultoso. Eu entendo que deveria ser uma política para expandir, para ter mais recursos. Continuar o trabalho com parcerias não só entre a saúde, mas entre outros equipamentos sociais que devem estar na escola pensando nesse autocuidado de todas as formas que venho falando.

Outros equipamentos como o CRAS, CREAS, **(inaudível)**, questão da justiça mesmo, porque temos adolescentes que daqui a pouco poderão ter coisas com a justiça, que poderão votar. Esqueci o nome agora, específico.

Eu entendo que as políticas públicas na questão da saúde específica e a política de educação tem tudo para dar certo e para fazer um casamento mesmo. A gente, escola e saúde trabalhando todas as questões, trazendo para os equipamentos e trabalhando juntos.

X.X.X

APÊNDICE E - QUADROS DAS CORRELAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DAS ANÁLISES DE CONTEÚDO

Os quadros estabelecidos a seguir, serviram para dispor as Categorias de Análise de Conteúdo (CATEGORIAS); os Profissionais de Saúde (PS) e o material extraído dos conteúdos das entrevistas (CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS), para podermos efetuar a correlação, de acordo com cada tema, do quadro. Os temas, como já dissemos, são os descritores de assunto, uma das partes que fundamentaram esta pesquisa. No corpo desta dissertação, ao final de cada tema, fizemos a síntese de cada um dos quatro descritores, dispondo em **negrito** as expressões importantes que o categorizam no parecer dos autores. Posteriormente trouxemos aos quadros, somente os termos em **negrito** que são a referência para a análise.

Ao dispormos, então, o material das entrevistas na sua devida coluna, CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS, procedemos de igual modo ao que fizemos com as CATEGORIAS: assinalamos em **negrito** também, para facilitar conexão entre ambas, e estabelecemos a pertinência ao tema central com alguma viabilidade

Embora as Categorias de Análise de Conteúdo, “Educação em Saúde” e “Saúde Escolar” sejam imbricadas de tal forma a se parecerem como uma só, fizemos sua separação, com o objetivo de facilitar o entendimento, sobre alguns conceitos, que por serem sutis, não refletem os limites de uma ideia ou classificação. Apesar de não acusar tanta diferença no resultado final, deixamos dessa forma.

O “Autocuidado”, embora tenha sido referendado pela “Promoção da Saúde”, ele foi o elemento focal para os demais. Por uma razão muito importante e evidente, o que foi percebido ao longo do processo de elaboração deste trabalho, por ele comportar em sua essência o conceito de Autonomia, O alinhamento da atenção foi deslocado então, por ser um ponto em comum e revelador nas quatro Categorias de Análise. Assim o Autocuidado é o ponto central, porque reflete em suas entranhas a Autonomia

CORRELAÇÕES ENTRE AS CATEGORIAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO E O <i>CORPUS</i> DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PS)		
TEMA: PROMOÇÃO DA SAÚDE		
CATEGORIAS	PS	CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS
A “Promoção da saúde” não está subordinada somente ao setor saúde. A comunidade em ações e no controle dos processos que permitam entender a saúde para além do corpo físico, e a saúde como uma condição ligada não apenas às doenças ou ausência delas. Oposição ao biologicismo e a medicalização da saúde. A comunidade é o agente e o sujeito, responsabilização múltipla na forma de atuar. A saúde é vista como um meio e não um fim. O cuidado é desvinculado de uma visão limitadora, ampliando para entender que a autonomia é o poder do sujeito sobre si. Retiram-no da condição de subordinado, para uma posição crítica como cidadão, que deverá ser acolhido e ouvido pelos profissionais de saúde a respeito das suas experiências e conhecimentos. A relação entre os setores da Educação e da Saúde. Solidariedade, equidade, democracia e parceria.	1	Normalmente quando não acontece é por conta do território que pode estar em conflito, em alguma operação (policia) e acaba impedindo a gente de sair, de ir até lá (escola). Ou então quando acontece algum imprevisto na própria escola.
	2	
	3	Embora seja uma comunidade altamente vulnerável, ainda caímos em duas escolas e tenho uma boa interação com as duas direções para poder manter forte esse conceito (autocuidado) com a direção e com os alunos. ...o que é ensinado abrange os principais aspectos (sobre o autocuidado). Realmente, é uma coisa que eu acho que poderia melhorar? Até poderia, porque uma equipe para duas escolas poderia ter muito mais atividades propostas se fosse uma escola só. Você tem que lidar com os atendimentos e as escolas. ... E aí como você vai conseguir superar essas demandas, fazer uma resolutividade boa em relação às duas escolas, às duas comunidades é mais difícil.
	4	
	5	

CORRELAÇÕES ENTRE AS CATEGORIAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO E O <i>CORPUS</i> DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PS)		
TEMA: AUTOCUIDADO		
CATEGORIAS	PS	CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS
O “Autocuidado” é também autonomia, num sentido de que são atitudes voltadas para si e para o ambiente, sobre o existir, visando seus interesses e o bem-estar. Atitudes voluntárias e intencionais para a integração e desenvolvimento humano. A relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo, manifestação de carinho com o outro. O ser humano é em si um projeto inacabado. Fatores como interesse, preocupação e motivação. O ser humano se faz digno de atenção. O compromisso e a responsabilidade com o objetivo de promover o bem-estar, solidariedade e compaixão. Responsabilidade coletiva, dependência mútua, vínculos afetivos, compartilhamento de vivências, a autoestima e respeito de si. Autonomia e consciência crítica sobre saúde e bem-estar. O “Autocuidado” está nas ações reais da vida, com o indivíduo atuando sobre si ou sobre os determinantes da sua saúde. Transformando o sujeito em sujeito de verdade, com autonomia.	1	“Eu acredito que o autocuidado é aquilo que a gente traz consigo, né? Da nossa trajetória de vida”...que envolve o nosso meio...como a gente convive nas nossas relações . “...ou até com alguém próximo.
	2	... cuidar do ambiente que a gente vive.
	3	...ajudar a criança a entender o cuidado que ela precisa fazer de si mesma para melhorar a sua qualidade de vida .
	4	Ali elas têm que se cuidar e cuidar da outra .
	5	... olharmos para nós mesmos . O que a gente pode melhorar para a gente, saber como somos, questão de saúde . O que a gente tem como saúde, doença.
	6	... além do cuidado individual , mas do cuidado integral do indivíduo ...nessa integralidade você vê o indivíduo na sociedade ... do autocuidado mesmo do acesso a direitos que esses usuários da escola não têm. ...o autocuidado vai em todos os campos seja saúde, jurídico, acesso a outras políticas.

CORRELAÇÕES ENTRE AS CATEGORIAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO E O <i>CORPUS</i> DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PS)		
TEMA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
CATEGORIAS	PS	CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS
A “Educação em saúde” é desenvolver nas pessoas a responsabilidade individual, mas com reconhecimento de sua inserção social e histórica. Desenvolvimento da autonomia e da reflexão para atuar sobre os determinantes da saúde, participação do indivíduo nos espaços de poder, de decisão e de resistência, conquistando e lutando para a manutenção de uma participação cidadã na sociedade. Detentor do conhecimento, compartilhamento, foco na autonomia, na cidadania e na interdisciplinaridade. Valoriza a experiência dos indivíduos e grupos, a consciência crítica para a tomada de decisões, individual e coletivamente. Diminuir a distância entre os conhecimentos científicos e sua aplicação na vida diária das pessoas, superando o assistencialismo curativista. Possibilidades de mudar os rumos da História, criando novos destinos rumo a um mundo melhor para todos.	1	
	2	
	3	
	4	Nós levamos lá como peças de teatro. Eles gostam muito de ver filmes, esses pequenos curtas com a questão do autocuidado. Para eles observarem também e como tudo na mídia, para serem multiplicadores do domicílio deles. A gente lida muito com a parte do teatro e eles participam bastante. Muito receptivos. Não sei se é por causa da questão da idade, eles participam bastante, interagindo, perguntando bastante. Atuam bastante. Eles procuram sempre multiplicar.
	5	Nas atividades que eu faço todos são. A gente tem que trabalhar de uma forma, em uma linguagem mais direta para os alunos. Uma linguagem mais simples, de “brincar”, vamos dizer assim. Dessa forma eles ficam atentos. Nossa ela está falando o meu linguajar. É mais ou menos assim. É uma ligação direta entre o profissional e o aluno. São duas coisas que tem que andar juntas: o nosso conhecimento e o entendimento do aluno.
	6	O autocuidado não está só num campo, está num campo muito mais abrangente. Porque às vezes a gente leva um tema, mas a gente tenta construir junto com eles o tema que eles gostariam que fosse abordado. ...a gente vai, enquanto profissionais, com discurso de achar que aquelas pessoas, crianças ou adolescentes, não tem conhecimento. Ou que a gente vai levar esse conhecimento. Não, eles sabem muito mais que a gente. Eles passam do cotidiano, do que eles vivem para a gente e dali a gente vai tentando abordar de uma forma que seja mais didática. Que tenha a ver com o cotidiano que eles vivem e não a partir do que a gente pensa que deve ser a realidade deles. Eles são muito receptivos e tem muito que ensinar.

CORRELAÇÕES ENTRE AS CATEGORIAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO E O <i>CORPUS</i> DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PS)		
TEMA: SAÚDE ESCOLAR		
CATEGORIAS	PS	CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS
Formar cidadãos, desenvolvendo as próprias decisões. Autonomia. A cultura fornece também a conexão entre o que o indivíduo é em potencial e aquilo que pode vir a ser como tal, não estando dependente somente dos profissionais da saúde. Os profissionais da saúde, em atuação, devem se colocar como mediadores na reformulação e construção de conceitos e práticas. “Autocuidado”. Integrar saberes de ordem científica e popular. Solidariedade, democracia, cidadania e participação, com responsabilidade múltipla.	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	Na escola a gente trabalha as questões sociais e elas envolvem o desemprego, o trabalho infantil, a sexualidade. Trabalhamos com questões da pobreza que é muito latente, a violência. Eu acho que a violência é uma questão implícita no ambiente escolar e que a saúde junto com a escola tem que trabalhar essas questões. Muitas famílias e alunos chegam com essa demanda por causa da violência que traz outras questões e agravam o problema da saúde. Os casos que relatei da questão da violência, do trabalho infantil. Na questão da violência são em todos os sentidos, não só dentro da família, mas desse território que é muito vulnerável, que é violento. Ele gera violência, produz violência... porque estou indo em um território e é justamente isso. A gente começa a trabalhar essa população nesse território e é tão frágil em relação a isso. Como a violência acaba infringindo a essa população muito sofrimento além do sofrimento psíquico, físico, moral e de adoecimento mesmo. Em relação a esse cotidiano esse conceito (autocuidado) é abordado de forma bem ampla que passa por várias questões.

ANEXOS

ANEXO A - DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE MANGUINHOS

Tabela 1 - A.P., R.A., Bairros e Nome dos Conjuntos Habitacionais e dos Complexos das Comunidades nas UPPs de Manguinhos – 2013

Área de planejamento	Região administrativa	Bairros	Nome do Complexo	Comunidades/Conjuntos
1	VII - São Cristóvão	Benfica	Vila Arará	Parque Herédia de Sá
				Parque Horácio Cardoso Franco
				Vila Arará
3	X - Ramos	Manguinhos	Complexo de Manguinhos	Vila União (RA- São Cristóvão)
				Parque João Goulart
				Vila Turismo
				Chp-2
				Parque Carlos Chagas
				Vitória de Manguinhos
				Mandela de Pedra
				Conjuntos Ex-Combatentes e Suburbana
		Bonsucesso	-	Conjunto Nelson Mandela
			-	Conjunto Samora Machel
			-	Parque Oswaldo Cruz
			-	Vila São Pedro
			-	Comunidade Agrícola de Higienópolis

Fonte: INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2017.

ANEXO B - DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE MANGUINHOS

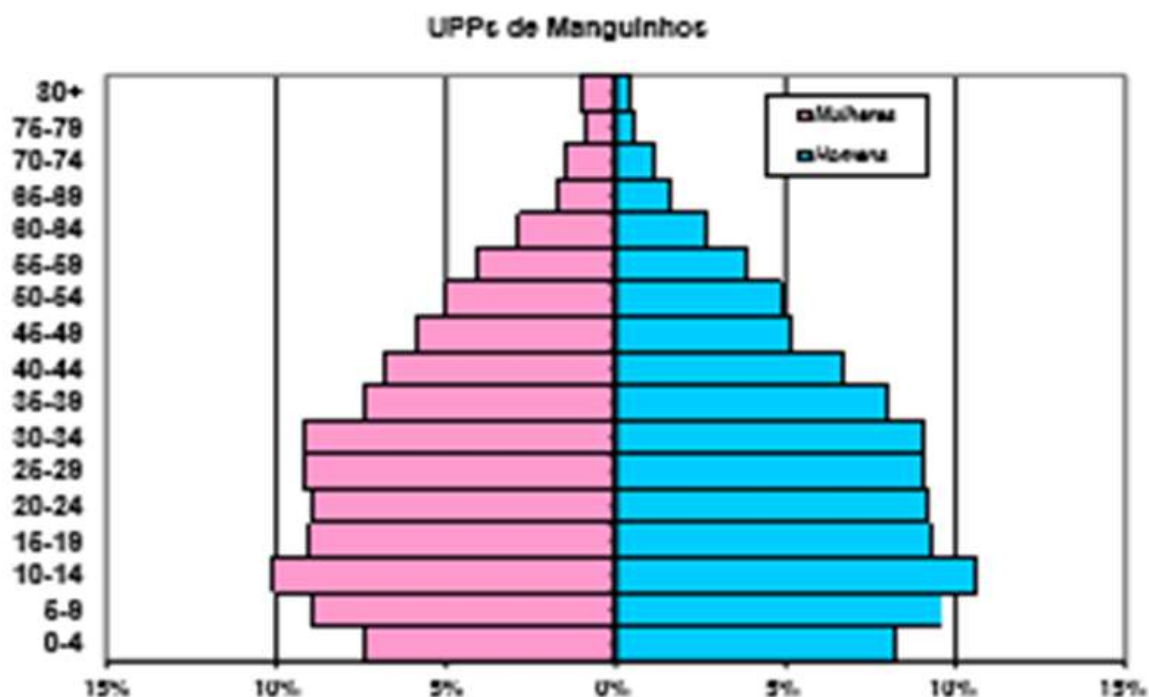
Tabela 2 – População, Domicílios, Habitantes por domicílio, Área e Densidade Demográfica segundo as Comunidades e Conjuntos nas UPPs de Manguinhos e Município do Rio de Janeiro - 2010

<i>Comunidades/Conjuntos</i>	<i>População ⁽¹⁾</i>	<i>Domicílios ⁽²⁾</i>	<i>Habitantes por Domicílio</i>	<i>Área (m²) ⁽³⁾</i>	<i>Densidade demográfica (hab/ha)</i>
Parque João Goulart	3.758	950	3,96	32.177	1167,9
Vila Turismo	4.748	1.604	2,96	74.906	633,9
Chp-2	3.908	1.136	3,44	71.979	542,9
Parque Carlos Chagas	1.152	353	3,26	24.250	475,0
Vila União (RA- São Cristóvão)	994	324	3,07	24.308	408,9
Vila São Pedro	1.003	330	3,04	11.681	858,7
Comunidade Agrícola de Higienópolis	1.209	390	3,10	19.550	618,4
Parque Oswaldo Cruz	4.776	1.232	3,88	63.687	749,9
Parque Herédia de Sá	2.919	921	3,17	48.873	597,3
Parque Horácio Cardoso Franco	742	244	3,04	10.625	698,4
Vila Arará	5.119	1.567	3,27	81.434	628,6
Vitória de Manguinhos	1.277	368	3,47	22.976	555,8
Conjuntos Ex-Combatentes e Suburbana	1.389	463	3,00	33.065	420,1
Conjunto Nelson Mandela	3.121	965	3,23	64.013	487,6
Conjunto Samora Machel	3.740	1.134	3,30	38.935	960,6
Mandela de Pedra	4.196	1.162	3,61	69.253	605,9
Total	44.051	13.143	3,35	691.712	636,8
<i>Rio de Janeiro ⁽³⁾</i>	<i>6.320.446</i>	<i>2.146.340</i>	<i>2,94</i>	<i>570.917.463</i>	<i>110,7</i>

Fonte: INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2017.

ANEXO C - DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE MANGUINHOS

Gráfico 1 – Pirâmide Etária das Comunidades e Conjuntos nas UPPs de Manguinhos – 2010



Fonte: INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2017.

ANEXO D - DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE MANGUINHOS

Tabela 3 - Índice de Desenvolvimento Social por bairros – Município do Rio de Janeiro-2000

Bairro	Posição	Índice Geral	Bairro	Posição	Índice Geral	Bairro	Posição	Índice Geral
Lagoa	1	0,854	Zumbi	29	0,684	Vila Cosmos	57	0,610
Leblon	2	0,809	Rocha	30	0,683	Eng. de Dentro	58	0,610
Ipanema	3	0,801	P. da Bandeira	31	0,679	Ramos	59	0,610
Humaitá	4	0,798	Cachambi	32	0,670	Santa Teresa	60	0,608
Urca	5	0,795	Riachuelo	33	0,669	Taquara	61	0,608
Barra da Tijuca	6	0,795	Cocotá	34	0,668	Inajá	62	0,606
Jardim Botânico	7	0,787	Vila Valqueire	35	0,665	Quintino Bocaiúva	63	0,605
São Conrado	8	0,787	Vila da Penha	36	0,663	Água Santa	64	0,604
Gávea	9	0,787	Catete	37	0,663	Olarina	65	0,603
Laranjeiras	10	0,779	Pechincha	38	0,662	Piedade	66	0,602
Flamengo	11	0,775	Freguesia (16RA)	39	0,651	Jardim Carioca	67	0,601
Leme	12	0,761	Praia da Bandeira	40	0,650	Bancários	68	0,600
Maracanã	13	0,758	Maria da Graça	41	0,648	Praça Seca	69	0,598
Copacabana	14	0,753	São Franc. Xavier	42	0,638	Saúde	70	0,598
J. Guanabara	15	0,745	Anil	43	0,635	Tanque	71	0,595
Botafogo	16	0,743	Higienópolis	44	0,631	Vila Militar	72	0,594
C. dos Afonsos	17	0,730	Vista Alegre	45	0,629	Campinho	73	0,594
Tijuca	18	0,729	Portuguesa	46	0,629	São Cristóvão	74	0,594
Grajaú	19	0,725	Centro	47	0,629	Paqueta	75	0,594
Meier	20	0,719	Jardim Sulacap	48	0,628	Penha Circular	76	0,593
Moneró	21	0,715	Abolição	49	0,628	Oswaldo Cruz	77	0,591
Cosme Velho	22	0,713	Rio Comprido	50	0,625	Jacaré	78	0,591
Joá	23	0,713	Engenho Novo	51	0,618	Bento Ribeiro	79	0,590
Todos os Santos	24	0,701	Freguesia (20RA)	52	0,615	Cascadura	80	0,588
Glória	25	0,700	Encantado	53	0,615	Brás de Pina	81	0,588
Andaraí	26	0,696	Bonsucesso	54	0,615	Madureira	82	0,586
Ribeira	27	0,689	L. de Vasconcelos	55	0,612	Pilares	83	0,585
Vila Isabel	28	0,687	R. dos Bandeirantes	56	0,612	Vaz Lobo	84	0,584

Bairro	Posição	Índice Geral	Bairro	Posição	Índice Geral	Bairro	Posição	Índice Geral
E. da Rainha	85	0,584	Engenheiro Leal	110	0,549	Cidade de Deus	135	0,498
Penha	86	0,580	Del Castilho	111	0,549	Caju	136	0,498
Cacuaia	87	0,578	Galeão	112	0,548	Gardênia Azul	137	0,497
Pitangueiras	88	0,575	Guadalupe	113	0,548	Maré	138	0,497
Marechal Hermes	89	0,572	Alto da Boa Vista	114	0,547	Senador Camará	139	0,496
Tomás Coelho	90	0,572	P. de Guaratiba	115	0,546	Santíssimo	140	0,491
Sampaio	91	0,570	Realengo	116	0,545	Barros Filho	141	0,490
Estácio	92	0,568	Magalhães Bastos	117	0,544	Costa Barros	142	0,490
Santo Cristo	93	0,564	Colégio	118	0,543	Cosmos	143	0,486
C. Universitária	94	0,564	Padre Miguel	119	0,542	Paciência	144	0,482
Cavalcanti	95	0,560	Parque Anchieta	120	0,540	Inhoaíba	145	0,478
Jardim América	96	0,559	Pavuna	121	0,540	Sepetiba	146	0,477
Tauá	97	0,559	Gamboa	122	0,537	Santa Cruz	147	0,476
Inhaúma	98	0,559	Vidigal	123	0,528	Jacarepaguá	148	0,476
Benfica	99	0,559	R. de Albuquerque	124	0,525	C. do Alemão	149	0,474
Catumbi	100	0,558	Bangu	125	0,525	Manguinhos	150	0,473
Cordovil	101	0,558	Mangueira	126	0,523	Rocinha	151	0,458
Rocha Miranda	102	0,556	Parque Columbia	127	0,522	B. de Guaratiba	152	0,448
Coelho Neto	103	0,556	Anchieta	128	0,519	Acari	153	0,443
V. de Carvalho	104	0,555	Campo Grande	129	0,518	Guaratiba	154	0,433
Deodoro	105	0,555	Vigário Geral	130	0,514	Vargem Pequena	155	0,425
Cidade Nova	106	0,553	S. Vasconcelos	131	0,506	Vargem Grande	156	0,408
Curica	107	0,552	Jacarezinho	132	0,501	Camorim	157	0,369
Honório Gurgel	108	0,551	Itanhangá	133	0,501	Grumari	158	0,277
Tunaçu	109	0,550	Parada de Lucas	134	0,501			

Fonte: CAVALIERI; LOPES, 2008