

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARINA LEMOS VILLARDI

**A Equipe da Saúde da Família e a atenção à saúde da
criança em idade escolar: um desafio social**



Botucatu-SP

2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARINA LEMOS VILLARDI

**A Equipe da Saúde da Família e a atenção à saúde da
criança em idade escolar: um desafio social**

Dissertação de Mestrado Apresentada à
Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP,
para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva. Área de Concentração: Saúde
Pública

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eliana Goldfarb Cyrino

Botucatu-SP

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Villardi, Marina Lemos.

A Equipe da Saúde da Família e a atenção à saúde da criança em idade escolar: um desafio social / Marina Lemos Villardi. - Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino

Capes: 40602001

1. Saúde escolar. 2. Educação. 3. Saúde pública.

Palavras-chave: Escolarização; Estratégia de saúde da família; Saúde escolar.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARINA LEMOS VILLARDI

A Equipe da Saúde da Família e a atenção à saúde da criança em idade escolar: um desafio social

APROVADA POR:

Profa. Dra Eliana Goldfarb Cyrino - Orientadora

Profa. Dra. Márcia Cristina Argenti Perez

Profa. Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

Botucatu / SP
2011

*Aos meus pais,
Anelise e Dante, por tudo que representam para mim,
por cuidar e semear com dedicação e carinho meu crescimento
pessoal e profissional.*

*Ao Ronan, minha vida, por me acompanhar em todas as etapas de minhas
realizações e aplaudir minhas conquistas. Sem ele
nenhum sonho valeria
a pena.*

*À minha irmã Isabel, Pitú, pelas atitudes compreensivas e palavras de coragem
que tornaram pequenos os oito anos de diferença de idade entre nós.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Eliana Goldfarb Cyrino, com quem tive o prazer de conviver em momentos que marcaram minha vida, agradeço todas as oportunidades e generosidade de compartilhar tantas experiências que me amadureceram e me estimularam à busca incessante pelo conhecimento.

À toda minha família pela torcida e vibrações positivas, sempre.

À Cássia, pela troca de saberes sempre muito enriquecedora e por sua disposição em ler e discutir as questões metodológicas da dissertação.

Ao pessoal da Seção de Pós Graduação, em especial à Regina, Nathanael e Janete, por todo auxílio e, principalmente, por toda paciência na reta final da dissertação.

Ao pessoal do Departamento de Saúde Pública, ao Wagner pela sua competência na formatação do trabalho e a Lucilene pela eficiência em atender minhas dúvidas.

À CAPES- Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa concedida.

Ao NAP- Núcleo de Apoio Pedagógico- em especial à Renata pelas aflições e conhecimentos compartilhados.

Ao pessoal da biblioteca pela correção das referências e organização da ficha catalográfica.

À Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, pelos dados do SIMIS, sobre os atendimentos das Unidades de Saúde da Família e pela autorização para realizar a pesquisa nas USF.

Às Unidades de Saúde da Família, em especial aos seus Agentes Comunitários de Saúde, Médicos, Dentistas e Enfermeiros que colaboraram para o sucesso da pesquisa.

Aos membros da banca, agradeço a disponibilidade e as valiosas críticas e sugestões que me fizeram entender ainda mais os resultados e as contribuições do estudo.

Às diretoras das escolas da área de abrangência das USF pela simpatia e seriedade em fornecer informações sobre os escolares e a comunidade local.

À Renata Pardini, pelas correções e sugestões ortográficas.

À todos os colegas e professores da Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo convívio e aprendizado.

*"(...) mire, veja: o mais importante e bonito do mundo é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram
terminadas, mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou."*

Grande Sertão: Veredas, João Guimarães Rosa

RESUMO

VILLARDI, M.L. **A Equipe de Saúde da Família e a atenção à saúde do escolar: um desafio social.** 2011. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

O presente estudo tem por objetivo identificar a percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a atenção à saúde da criança em idade escolar no trabalho realizado por equipes da Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem interpretativa na qual foram entrevistados integrantes de duas Equipes da Saúde da Família de Botucatu, Município do interior de São Paulo com implantação da ESF em 2003. Como procedimentos para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada com questões abertas sobre a percepção do processo de escolarização e seus determinantes, o trabalho com a demanda e as necessidades de escolares na ESF e a interação entre saúde e escola. As entrevistas foram gravadas e tiveram duração, em média, de 40 minutos. Após a transcrição das entrevistas, foi feita escolha de trechos significativos e análise geral das mesmas articulando-as também e com o referencial teórico. As seguintes categorias foram identificadas: O cuidado ao escolar: família, escolarização e suas necessidades; o discurso da ação multiprofissional e intersetorial: a prática desarticulada no cuidado ao escolar; o lugar da escola no ensino sobre saúde; a prática do atendimento a escolares e o trabalho com grupos de educação em saúde nas unidades: a percepção da precariedade do cuidado ao escolar; o planejamento das práticas nas USF nas ações desenvolvidas aos escolares, o outro lado da moeda: o olhar valorizado ao escolar e ações que o entende como ser transformador da sociedade; a formação do profissional de saúde sobre a saúde escolar e as reflexões despertadas com a pesquisa. Os resultados permitem identificar que os profissionais de saúde tem conceitos sobre o adequado cuidado à atenção a saúde do escolar, porém a prática identificada mostra-se bastante limitada, quando não nula, seja ela no cuidado individual, seja ela em ações coletivas. Percebe-se uma diferença entre a percepção de agentes comunitários de saúde (ACS) e os profissionais com curso superior, na qual os ACS colocam-se mais sensíveis à inserção social da escola no desenvolvimento comunitário e a necessidade de maior interação das unidades da ESF com as escolas. Já os profissionais com curso superior têm uma maior tendência a “medicalização” e a “culpabilização” da família e da criança sobre o processo de escolarização e seus determinantes. Reconhecendo-se que a faixa etária escolar não está tão vulnerável a graves problemas de saúde quando comparada a outros grupos populacionais com prioridade de ação na ESF como conclusão, foi possível identificar que, embora o escolar tenha livre acesso ao serviço de saúde, suas demandas e necessidades específicas não são identificadas ou percebidas pelas unidades da ESF. Assim, observou-se que a esse grupo populacional não foram incorporadas práticas ou ações individuais e/ou coletivas ou mesmo atividades intersetoriais permanentes, dificultando ações que possam efetivamente transformar a realidade e qualificar o cuidado à saúde do escolar.

Palavras-chaves: Saúde Escolar, Estratégia de Saúde da Família, Escolarização.

ABSTRACT

The Family Health Team and the attention to school-age children : a social challenge

This study aims to identify the perception of professionals of the Family Health Strategy (FHS) towards the school-age child health care in the study conducted by Family Health teams. This is a qualitative research with an interpretative approach in which it was interviewed members of two Family Health Teams from a mid-sized city of São Paulo with the deployment of the ESF in 2003. As procedures for data collection it was used a semi-structured interview with open questions on the perception of the educational process and its determinants and worked with the demands and needs of students in the FHS and the interaction between health and schooling. The interviews were taped and lasted on average 40 minutes. After transcribing and analyzing some significant portions of the interview they were linked to the theoretical concepts. The following categories were identified: the school-age child care : family, schooling and needs, the discourse of multidisciplinary and intersectoral action: a disjointed practice in the care of school, the role of the school in teaching about health care, the attendance to school-age children and the work with groups of health education teams in the units: the perception of precariousness of health care towards the school-age child, planning practices at USF in the actions undertaken at school, the other side of the coin: the valued look towards the school-age child and actions which understand this child as a transformative being of society, formative of health professionals on school health and reflections sparked by the research. The results suggest that health professionals have concepts about the appropriate care towards school-age health care , but the practice identified appears to be quite limited if not nil, whether in the individual care, or in the collective action. A difference was noticed between the perception of community health agents (CHA) professionals and academics, in which the CHAs were more sensitive to the social status of school political role into the community development and to the need for a greater interaction between the units of ESF with schools. Yet professionals with higher education tend to medicalize the child in their difficulties in school, blaming his family and social determinants. Recognizing that the school age is not so vulnerable to serious health problems compared to other population groups with priority action in the ESF, in conclusion, it was identified in this study that although school may have free access to the health service demands and specific needs are not identified or perceived by the FHS units. Thus, it It was noticed that this population group were neither incorporated themselves into practices nor permanent intersectoral activities, complicating therefore actions that can effectively change reality and qualify the health care towards the school aged children.

Keywords: School Health, Strategies for Family Health, Schooling.

LISTA DE ANEXOS

Anexo I –	Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu.	134
Anexo II –	Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu para a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família.	135
Anexo III –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da Pesquisa.	136
Anexo IV –	Modelo de Entrevista realizada com os profissionais das Equipes de Saúde da Família.	137
Anexo V –	Entrevista realizada com um dos participantes da pesquisa.	141
Anexo VI –	Artigo submetido à revista Interface	152

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSI	Centro de Saúde I
CSE	Centro de Saúde Escola
EPS	Escolas Promotoras da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PSE	Programa Saúde na Escola
PSEB	Programa Saúde Escolar de Botucatu
SIMIS	Sistema Municipal de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade da Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
A. INTRODUÇÃO	25
O tema	25
Políticas Públicas no cuidado à criança de seis a 14 anos.....	26
O que é saúde do escolar?	32
A saúde do escolar no Brasil: a trajetória do atendimento prestado à criança em idade escolar	34
A “medicalização” do fracasso escolar: a dimensão da área da saúde na educação.....	37
O ensino da saúde no contexto escolar: a dimensão da área da educação na saúde	40
O cuidado à saúde da criança em idade escolar	42
Atenção à saúde do escolar no Sistema Único de Saúde (SUS)	43
A pergunta e o objeto deste estudo	44
A Estratégia da Saúde da Família (ESF) e suas intervenções na atenção à criança em idade escolar.....	45
Contextualizando o cenário da pesquisa: breve histórico do desenvolvimento de Saúde Pública no Município de Botucatu	48
O Programa de Saúde Escolar de Botucatu.....	49
B. PROCESSO METODOLÓGICO	54
Plano de trabalho	55
A escolha das Unidades de Saúde da Família	56
Análise dos dados.....	57
Aspectos Éticos	58
Sobre o cenário da pesquisa: As Unidades de Saúde da Família escolhidas	58
Um pouco da história dos entrevistados e sua escolarização	61

C. RESULTADOS	71
Impressões sobre as Unidades de Saúde onde se realizou a pesquisa.....	71
Descrição, análise e discussão das categorias identificadas.....	72
Categoria 1 - O cuidado ao escolar: a família, a escolarização e suas necessidades	72
Categoria 2 - O discurso da ação multiprofissional e intersetorial: a prática desarticulada no cuidado ao escolar	84
Categoria 3 - O lugar da escola no ensino sobre saúde.....	91
Categoria 4 - A prática do atendimento aos escolares e o trabalho com grupos de educação em saúde nas unidades: a percepção da precariedade do cuidado ao escolar	94
Categoria 5 - O planejamento das práticas nas USF nas ações desenvolvidas aos escolares	100
Categoria 6 - O outro lado da moeda: o olhar valorizado ao escolar e ações que o entende como ser transformador da sociedade	105
Categoria 7 - A formação do profissional de saúde sobre a saúde escolar e as reflexões despertadas com a pesquisa-	112
D. CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
E. REFERÊNCIAS	125
ANEXOS	134

APRESENTAÇÃO

Desde muito pequena minha brincadeira preferida era ser professora das minhas bonecas, com direito a provas, lição de casa, bronca e tudo! Lembro-me que muitas vezes eu brincava de ensinar com os próprios conteúdos que aprendia na escola e acredito que, sem perceber, estudei por muito tempo assim. Meu processo de escolarização foi bem tranquilo já que adorava a escola, aprender e fazer novas amizades, pois fui filha única durante muitos anos e via nos colegas de escola um meio de não me sentir tão sozinha.

Minha principal dificuldade em aprender era a “temida” matemática que rendia boas dores de cabeça à minha mãe que vivia procurando novos professores particulares que me ensinassem o confuso mundo dos números. Por outro lado, em português, modesta à parte, eu arrasava! Participava sempre de concursos literários, feira de livros e festival de redação da escola. Tinha uma imaginação muito fértil, o que sempre me ajudou a escrever e a colocar no papel tudo o que se passava na minha fantasia.

Sempre estudei em escola particular com métodos apostilados e bem tradicionais. Com o passar dos anos fui entendendo que tudo isso tinha por si só um único e complexo objetivo: passar no vestibular! E assim fui entrando nesta luta, na busca de uma vaga na faculdade.

Sinceramente, pedagogia nunca esteve nos meus planos, apesar de sempre gostar de ensinar, queria mesmo era nutrição, pois seria uma profissão que, ao meu ver, me traria mais “status” e estabilidade financeira. Porém, o que pode parecer até estranho, um sonho, muito real nesta fase de decisão de profissão e faculdade, me sensibilizou sobre a área da educação a ponto de mudar totalmente meu caminho e a buscar o que realmente queria dentro do meu coração: ser pedagoga!

A partir de então, prestei pedagogia na Unesp de Bauru e passei, para a minha surpresa! Foram quatro anos de graduação, estudava no período noturno e a tarde fazia estágios e trabalhos que os professores nos passavam. Foi uma época em que amadureci muito, pois além de toda transformação cognitiva que um curso de graduação proporciona tive que aprender a me “virar”, pois minha família morava em outra cidade.

Em relação aos conteúdos trabalhados na minha graduação não tive contato com o tema “o escolar e necessidades de saúde”. Os mesmos eram referidos a questões sobre o desenvolvimento infantil baseado em teóricos da psicologia e em estágios de desenvolvimento sobre cada faixa etária. Tínhamos conteúdos de educação física sobre movimentos e capacidades a serem trabalhadas na escola, além de prática de ensino de ciências que se limitavam a como abordar questões didáticas sem voltar-se à individualidade e necessidade do

escolar. Observo, então, uma lacuna sobre a saúde escolar na minha graduação que foi abordada no Aprimoramento Profissional em Saúde Escolar.

Quando terminei a faculdade fiquei sabendo que estavam abertas inscrições para o Aprimoramento Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, e fiquei surpresa ao notar que tinham vagas destinadas a área da pedagogia no curso de Saúde do Escolar. Fiz o Aprimoramento durante um ano em Botucatu que completou minha formação no sentido da prática pedagógica, pois meu trabalho consistia em oferecer apoio pedagógico às crianças com dificuldade de escolarização por meio de atividades lúdicas, orientação a professores e familiares sobre a situação do aluno e encaminhamentos, quando necessários, aos serviços de saúde por meio da triagem de alfabetização e observação das necessidades trazidas ao trabalho de apoio pedagógico aos escolares.

Assim, desenvolve-se minha capacidade crítica e reflexiva sobre as necessidades dos escolares e os serviços destinados aos mesmos, pois à medida em que levantava as necessidades dos alunos observava que estas eram complexas não sendo contempladas nos serviços de saúde, prevalecendo uma lacuna de ações quando se apresentavam necessidades de saúde não “aparentes”, ou seja, silenciosas, fora da questão biológica ou de doença. Desta forma, fui impulsionada a buscar respostas sobre os “porquês” que circundam a vida do escolar procurando ajudar no cuidado a esta faixa etária (dos seis aos catorze anos) e lutando pela valorização das necessidades de saúde destas crianças e na elaboração de ações a este grupo populacional, justificando a escolha em se trabalhar esta temática no Mestrado em Saúde Coletiva.

Introdução



Menino segurando carneiro, Cândido Portinari, 1954

A. INTRODUÇÃO

O tema

A atenção à saúde da criança em idade escolar é uma questão bastante discutida, tanto pelo setor saúde quanto pelo da educação. Entre outros elementos, discute-se a necessidade de órgãos específicos de atendimento à saúde do escolar e se ligados à área da Saúde ou da Educação. Trata-se de uma questão polêmica com envolvimento técnico e político (CYRINO, 1994).

É necessário esclarecer qual a faixa etária considerada escolar, com duas perspectivas de criança em idade escolar: do ponto de vista educacional e da divisão etária da população brasileira.

Como determinação legal (Lei nº 10.172/2001) as crianças de seis anos de idade são incluídas no Ensino Fundamental de nove anos. A opção pela faixa etária dos seis aos 14 para o Ensino Fundamental segue o modelo dos sistemas de ensino (BRASIL, 2004b).

A adoção de um ensino obrigatório de nove anos iniciando aos seis anos de idade pode contribuir para uma mudança na estrutura e na cultura escolar, levando a uma escolarização mais construtiva. Para o Ministério da Educação, a inclusão mediante a antecipação do acesso é uma medida contextualizada nas políticas educacionais focalizadas no Ensino Fundamental. O objetivo de um maior número de anos de ensino obrigatório é assegurar a todas as crianças maiores oportunidades de aprender (BRASÍLIA, 2004b).

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) do IBGE de 2010 a faixa etária dos seis aos 14 anos é denominada como escolar, ou seja, são crianças que frequentam o ensino fundamental.

Assim, por base nas informações acima, no presente estudo a criança em idade escolar é aquela que deve estar na escola (processo de escolarização), no Ensino Fundamental, e que possui idade entre seis e 14 anos.

Em relação à atenção à saúde do escolar e as prioridades de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que o sistema prioriza àquelas dirigidas a grupos populacionais com maior vulnerabilidade, com ações estratégicas específicas para minimizar os danos. São prioridades no SUS, entre outros, os seguintes grupos populacionais: gestante, puérpera, recém-nascidos, a criança menor de cinco anos, a criança portadora de deficiência e aquelas egressas de internações (BRASIL, 2004a).

“ (...) definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população. Nesse aspecto, a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas” (BRASIL, 2004a, p.13).

Ayres (1990) e Cyrino (1994) destacam a ausência de apreensão dos serviços de saúde às necessidades destes grupos populacionais de escolares. Os autores explicam que a faixa etária escolar dos seis a 14 anos utiliza pouco o serviço de saúde, pois são poucas as necessidades interpretadas pelos mesmos, não sendo prioridade pela questão da equidade, vulnerabilidade e risco comparado a outras faixas etárias.

Cabe ressaltar nesta questão da falta de mobilização nas ações aos escolares que, segundo Demarzo e Aquilante (2008), os serviços de saúde priorizam atendimento às evidências de maneira biológica e que por serem estas menores em escolares não impulsionam ações de caráter preventivo nesta parcela da sociedade, já que seus problemas se situam na esfera psicossocial.

Neste sentido, as problemáticas de origem pedagógica ou psicossocial enfrentadas pelos escolares se “moldam” no que é oferecido pelos serviços de saúde, ou seja, as reais necessidades são camufladas por demandas aparentes e solucionáveis do ponto de vista biológico, médico. A profundidade das necessidades, bem como ações direcionadas aos escolares que incorporem-nas é substituída por ações pontuais de finalidade restrita ao campo biológico, visível, deixando de considerar as causalidades reais e complexas no cuidado a este grupo populacional.

Entende-se assim que a criança em idade escolar não tem sido uma prioridade do setor saúde, pela questão da vulnerabilidade e riscos maiores de outras faixas etárias, entretanto a saúde do escolar precisa estar contemplada nas ações em saúde em decorrência das diversas necessidades que os escolares apresentam.

Políticas Públicas no cuidado à criança de seis a 14 anos

Políticas públicas são para Hofling (2001) o “Estado em ação”, ou seja, é o Estado implantando um projeto de governo por meio de programas e ações para setores específicos da sociedade.

As práticas sociais (entendidas como as de educação, saúde, previdência, habitação, saneamento entre outros) são ações que determinam a proteção social implementada pelo Estado com o objetivo de redistribuir os benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades sociais (HOFLING, 2001).

Desta forma, compreende-se que as práticas sociais são frutos das políticas públicas com a função de solucionar problemas de origem estrutural da sociedade por intervenções do Estado.

Os fatores que interferem na definição de uma política pública dizem respeito aos fatores socioeconômicos e culturais que são historicamente construídos sobre representações, aceitação, rejeição e incorporação das necessidades sociais por parte de uma determinada sociedade (DEMO, 1987).

As ações governamentais e sociais que focalizam-se em políticas compensatórias, ou seja, são voltadas àqueles que não usufruem do progresso social, as classes populares e não alteram as relações estabelecidas na sociedade (HOFLING, 2001).

“O Estado é que resolve acabar com a pobreza do pobre e a pobreza se resolve sem o pobre. Já isto bastaria para colocar uma crítica fundamental. É impossível imaginar uma superação da pobreza sem a participação do pobre. Ou seja, o pobre continua objeto de cuidados” (DEMO, 1987, p. 60).

Uma das críticas que Demo (1987) coloca é que o Estado centraliza suas práticas no assistencialismo, sendo que o “objeto” é somente receber cuidados, porém não resolve nenhum problema, pois se trata de políticas compensatórias, descontínuas que visam a efeitos paliativos sem alterar a estrutura e organização de todo o sistema.

Mais do que oferecer “serviços” de cunho social, como a educação e a saúde, as práticas sociais teriam que estar articuladas com as demandas da sociedade, já que se trata de uma sociedade extremamente desigual e heterogênea com necessidades diferenciadas. Ações direcionadas a soluções de curto prazo ou soluções superficiais e compensatórias podem desvalorizar a estrutura social que envolve os indivíduos e que favorece uma série de questões difíceis que não conseguem se extinguir com este tipo de conduta política.

Especificamente em relação às políticas públicas direcionadas à infância no Brasil para Cruz, Hillesheim e Guareschi (2005, p.42) “ao mesmo tempo que se relacionam com o conhecimento que é produzido sobre infância por uma determinada construção histórica, também produzem essa infância que se pretende conhecer”.

Historicamente, a preocupação com o sujeito infantil, entre o fim do século XIX e início do século XX, passa a se instituir como problema econômico e político. Neste cenário, surgem as ações de prevenção que buscam a vigilância do que pode ser considerado prejudicial ao desenvolvimento de uma dada sociedade.

“ Esta preocupação estava relacionada com o inchaço das cidades e os riscos que o aumento da população urbana ocasionava à saúde. Com isto, há uma reorganização da Medicina, que desloca seu foco da doença para a saúde, aumentando sua entrada na sociedade, bem como sendo utilizada como apoio técnico-científico ao exercício do poder do Estado e de diferentes micro-poderes” (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005, p.43).

Apoiadas pelo discurso científico, as questões sociais passam a se deslocar para aspectos individuais, ou seja, são naturalizadas questões de origem social como inquestionáveis.

“ O discurso científico vem produzir subjetividades desqualificadas colocando os sujeitos em uma posição de tutela em relação ao conhecimento dos especialistas. (...) constituem uma infância tida como ideal, desejável, normal, produzem assim uma verdade sobre determinados modos de ser e viver a infância (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005, p.46).

Para igualar as infâncias desiguais, as políticas sociais são formuladas a partir de práticas descontínuas baseadas no modelo hegemônico com o intuito de recuperar e reintegrar as crianças das classes populares na sociedade (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005).

No contexto das políticas educacionais, no Brasil, segundo Sampaio (1989), citado por Cyrino (1994), no período da década de 1980, com a democratização da sociedade, houve a ampliação do acesso ao ensino público, porém junto com ela a deterioração dos salários dos professores que prejudicou a qualidade do ensino oferecido.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconhece a educação como um direito. A escolarização como um direito visa a garantir a presença de todas as crianças do Ensino Fundamental na escola, entretanto, os processos realizados no sentido de ampliar o acesso à escola e de nela garantir a permanência dos alunos não expressam o compromisso com a qualidade da educação oferecida (BRASIL, 1988).

“Para a sociedade ela se caracteriza como um bem comum, que representa a busca pela continuidade de um modo de vida que, deliberadamente, se escolhe preservar. Para que a comunidade participe de forma ativa, a LDB (1996), em seu artigo 14,

estabelece que os sistemas de ensino definam as normas de gestão democrática do ensino público na educação básica, de acordo com suas peculiaridades e princípios de participação da comunidade escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes” (ROSSI; HOFLING, 2009, p.273).

No âmbito da lei, a escola permite a melhoria da qualidade da vida de seus alunos, potencializa a produção de conhecimentos.

“A escola não escapa das tramas históricas e dos jogos do micro e do macropoder, ou seja, das antinomias constitutivas do mundo moderno e contemporâneo envoltas em teorias, normatizações e práticas educativas que pretendem libertar e, ao mesmo tempo, moldar o indivíduo, segundo padrões sociais de comportamento, tornando-o produtivo e integrado” (ROSSI; HOFLING, 2009, p.273).

Para Moysés e Lima (1983), nas escolas públicas a criança com baixo nível sócio - econômico depara-se com seus próprios valores (do seu meio) e os valores da escola (de outra classe social) e esse choque de valores e concepções de mundo gera tensão, preconceitos e julgamentos vivenciados pelo escolar que são considerados os únicos responsáveis por seu rendimento escolar.

Esse abismo entre a cultura escolar que advém da cultura dominante e a cultura popular gerada pela herança familiar dos escolares, significa para Bordieu (2001) a chamada exclusão branda que “disfarça” a exclusão social já presente fora da escola, passando a responsabilizar seus alunos por seu fracasso escolar.

Segundo Bordieu (2001), a educação serve para manter a desigualdade social, ou seja, reproduz a estrutura de relações de poder e de relações simbólicas entre as classes sociais. Isto porque as classes dominantes controlam, segundo autor, os significados culturais mais valorizados socialmente e o legitimam, quando estes significados são incorporados na educação são aceitos pelos grupos subordinados, classe popular. O autor explica que as relações de poder são mediadas por significados simbólicos, ou seja, a cultura expressa conteúdos políticos que carregam em si a desigualdade social (BORDIEU, 2001).

Por meio “do exercício da cidadania que massas amorfas (ou a sociedade fragmentada)” poderiam “constituir novos vínculos e identidades sociais, redefinindo formas inovadoras de solidariedade”, podendo-se introduzir de forma definitiva, “a junção entre as condições de igualdade política e social” (BODSTEIN, 1997, p, 191).

“Cidadania, democracia e direitos, mesmo quando confrontados com desigualdade, miséria e exclusão social, revelam o caminho possível da luta política e da busca de autonomia. Não há processo de desenvolvimento de direitos sem compromissos democráticos explícitos em torno da redução da iniquidade social, o que certamente implica o fortalecimento da sociedade civil” (BODSTEIN, 1997, p. 191).

A valorização das classes populares na escola é possível através do estudo do cotidiano das escolas públicas, bem como o diálogo constante com os sujeitos que compõem as classes populares reconhecendo-os como capazes de transformação social e de construção de conhecimento por meio da valorização de suas experiências e do que necessitam aprender.

Neste sentido a democratização da escola pública exige valorização e reflexão sobre a incorporação das classes populares à escola tornando a escola pública uma escola de educação popular e não somente para as classes populares como destaca Esteban (2007).

Uma escola pública democrata é aquela que entende o coletivo como espaço de relações solidárias que contribua para a ampliação do conhecimento de todos os envolvidos no processo de aprendizagem, é aquela que valoriza a educação popular e busca conteúdos que sejam significativos aos sujeitos deste processo.

“A democratização da escola pública, portanto, deve ser entendida como ampliação das oportunidades educacionais, difusão de conhecimentos e sua reelaboração crítica, aprimoramento da prática educativa escolar visando à elevação cultural e científica das camadas populares, contribuindo, ao mesmo tempo, para responder às suas necessidades e aspirações mais imediatas (melhoria de vida) e à sua inserção num projeto coletivo de mudança da sociedade” (LIBÂNEO, 1987, p.12).

Segundo Libâneo (1987) para caminhar em busca da democratização da escola pública é imprescindível trabalhar uma pedagogia que parta da compreensão da educação como prática social e ajude a instituição escolar no trabalho com as classes populares. O autor destaca a Pedagogia Crítica Social dos Conteúdos, a qual leva em conta os determinantes sociais e que favorece a crítica da organização da sociedade, além disso, o saber escolar é entendido como o conjunto dos conhecimentos selecionados entre os bens culturais da sociedade.

Trata-se de não reduzir a reflexão de uma situação imediata do indivíduo, ou seja, como ele é, mas de conceber a possibilidade de vir a ser, as possibilidades socialmente existentes de desenvolvimento da autonomia humana (DUARTE, 2001; SAVIANI, 2001).

A Pedagogia Crítica Social dos Conteúdos valoriza a escola como agência difusora de conteúdos vivos, concretos, inseparáveis da realidade social, integrada no todo social e, por

isso, condicionada histórica, social, econômica e politicamente e capaz, por outro lado, de trabalhar visando à transformação social, já que está a serviço dos interesses populares. É um ambiente propício à síntese entre a participação ativa e pessoal do aluno e a necessária intervenção orientadora do professor, para que se consiga superar a visão sincrética do real, chegando-se à síntese da realidade local em que divergências e convergências possam ser conhecidas e trabalhadas cientificamente e que, baseada nos valores da coletividade, esteja sempre ambientada para a vivência e alargamento das experiências coletivas (SILVA, 1988).

Atualmente, se os problemas da educação brasileira não são a reprovação ou a evasão dos alunos, estes revelam-se nas práticas pedagógicas e na falta de formação dos professores, na medida em que é proposto ao aluno a possibilidade de aprender, a cada ano, conhecimentos com continuidade e progressão nos anos escolares seguintes, porém, não há uma garantia da apropriação dos novos conhecimentos e pode estar ocorrendo uma acentuada defasagem de conteúdos, quando não bem trabalhados pelos docentes, que impede o escolar de se apropriar do ensino oferecido na série que está cursando (PEREZ, 2007).

Em relação às políticas públicas em saúde, em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde, define-se a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde com a criação do SUS, por meio de uma ampla Reforma Sanitária (CYRINO, 1994).

Dentre as metas estabelecidas pela VIII Conferência Nacional de Saúde, definiu-se saúde como:

" (...) a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida" (CYRINO, 1994, p.12).

Este conceito de saúde enfatiza “a lógica das políticas do setor, sua historicidade e as vincula a outras políticas de outros setores todas elas tendo como referência, em última instância, a reprodução do capital e da força de trabalho” (CYRINO, 1994, p.13).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), em seus artigos 2º e 3º, define como papel do Estado a garantia da saúde como um direito fundamental do ser humano e que deve ser expressa pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos mediante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

“Além do caráter democrático, a legislação do SUS pretendeu estabelecer uma condição de gestão para o setor de saúde que desafiasse a ação intersetorial na formulação de todas as suas políticas e projetos. O que se tem visto, entretanto, é que a fragilidade existente nas instâncias colegiadas do SUS traz como conteúdo político o desgaste da representatividade popular, muitas vezes, prestando-se para contemplar interesses de grupos dominantes ou do poder constituído” (MENDES, 1996, p. 53-59 citado por ZAGOURY, 2003).

Diferentes autores como Mendes (1996) e Zagoury (2003) apontam que a maior parte das atividades do SUS está voltada para ações assistenciais e não são desenvolvidas ações intersetoriais de promoção da saúde. Constata-se, no entanto, que estas ações intersetoriais são necessárias para um projeto de desenvolvimento local sustentável.

“Tendo em vista que a saúde-doença implica, realmente, um processo dinâmico, no qual a causalidade biológica é englobada e contida pela causalidade social, a noção de que a saúde-doença é um processo sociohistórico, respalda o ato de educar em saúde, baseado no princípio de que podem ocorrer mudanças na conduta das pessoas que as ajudem a permanecer saudáveis, a buscar a saúde e a participação no setor de saúde. Portanto, a transformação social como mecanismo estruturante dos cidadãos no mundo, possibilita e funda a própria prática do educar em saúde, na medida em que aceita a possibilidade da mudança política e das práticas individuais, coletivas e sociais” (BERCHT, 1998, p. 15-19).

Assim as ações estratégicas são buscadas para a efetivação de ações intersetoriais nas escolas, como o Programa Saúde na Escola – PSE, que em articulação com o Ministério da Educação foi instituído no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde com a 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 do escolar (BRASIL, 2008 b).

O que é saúde do escolar?

Não é tarefa simples encontrar uma definição de saúde escolar, pois a maior parte dos textos que foram buscados não expõe definições objetivas. Lima (1985) aponta essa questão sobre o conceito de saúde escolar:

“(…) discursam sobre a importância da saúde nas escolas e uma breve resenha de nomes e idéias envolvidas na história desta disciplina ao exame de programas específicos ou de tópicos que interessam à saúde da criança em idade escolar (p. 29)”.

Segundo Valadão (2004) saúde escolar são políticas e programas de saúde que se concretizam na escola, além de voltar-se às questões de saúde das pessoas na faixa etária convencionada para a educação fundamental (dos seis aos 14 anos).

Para Collares, Moysés e Lima (1985), o papel da saúde na assistência ao escolar tem-se dirigido à atenção médica e odontológica à criança em idade escolar. Significa garantir, tanto no nível de prevenção, como de recuperação, medidas dirigidas a questões coletivas e a problemas individuais. Segundo estes autores, tanto a prevenção como promoção da saúde fazem parte das metas da saúde escolar, entretanto, pode-se perceber que o que é priorizado são as questões médicas e de saúde bucal, o que é tradição quando se fala em saúde escolar já que tais áreas são consideradas essenciais e suficientes no cuidado ao escolar.

Já Moraes (1978) define saúde escolar como parte da medicina que estabelece condições de promoção, proteção e recuperação da saúde física, mental e social da criança no período que frequenta a escola e tem por objetivo instruir a criança quanto aos cuidados e conservação da saúde a fim de favorecer o seu desenvolvimento normal. As considerações deste autor sobre saúde escolar centralizam-se nas questões sobre “normalidade” do estado de saúde do escolar, sendo este estipulado como igual para todas as crianças por meio da vigilância nas suas condições física, mental e social do escolar.

Neste sentido de normalidade, Lima (1985) coloca não ser possível estabelecer regras à vida, mas é possível ensinar valores pela educação, pela pedagogia da saúde, ensinando os meios em que a saúde pode ser mantida em relação às condições de vida.

“Se a vida pode conservar alguma normatividade mesmo quando dentro de um estado patológico, isto é, restringindo suas possibilidades de luta contra o meio, escolhendo os meios em que pode continuar a “vida”, o homem normal pode alterar sua normatividade pela educação, ampliando os meios em que sabe poder continuar a ser normal. Essa é a possibilidade de uma pedagogia da saúde, não por ensinar o que seja saúde, mas por ensinar como a saúde pode ser mantida, conquistada ou perdida em relação a todos (ou a alguns) meios possíveis de vida. Uma pedagogia da saúde não é, contudo uma pedagogia de todas as possibilidades, pois, ao se situar em sociedades históricas, ao ser articulada obrigatoriamente por intelectuais, é uma ideologia, um conceito de mundo, ou de estar no mundo, obrigatoriamente relacionada ao estar no mundo organicamente, como indivíduo de uma classe social” (LIMA, 1985, p. 49).

Segundo este autor, a saúde escolar se expressa também como o ensino de saúde, isto é, auxiliando na construção do conceito de mundo pela educação e nas possibilidades de ação no meio de como a saúde pode ser mantida e conquistada diante das condições de vida.

Na presente pesquisa, assume-se que a questão da atenção à saúde do escolar precisa envolver tanto os profissionais de educação como da saúde e de outros setores de modo a articularem suas ações, buscando condutas e caminhos que promovam vida e qualidade de saúde, levando-se em conta a ilimitada energia, curiosidade e grande atividade corporal, intelectual e afetiva que caracterizam a faixa etária e que favoreçam maior autonomia dos escolares. Admite-se assim a prática da integralidade do cuidado que envolve tanto ações de assistência quanto de promoção e prevenção, o que significa no caso do cuidado ao escolar, olhar suas reais necessidades e estruturar maneiras de abordá-las (MATTOS, 2004).

A discussão sobre a saúde escolar tem sido atravessada por inúmeros questionamentos que permitem observar encontros e desencontros nos conceitos dos autores. Essas formulações estão ligadas à história da saúde do escolar no Brasil e sua trajetória que se constrói no confronto com a prática.

A saúde do escolar no Brasil: a trajetória do atendimento prestado à criança em idade escolar

Para compreender o modo como a saúde interferiu no pensamento dos educadores e nas suas condutas sobre saúde escolar é necessário explorar a trajetória das práticas sanitárias no Brasil articulando-as com o histórico da saúde escolar e com o da educação.

Segundo Zioni Gomes e Adorno (1990), o período colonial no Brasil (de 1500 a 1822) significou um período de autoritarismo e descompromisso social com a saúde porque a assistência médica era restrita, permitida apenas aos trabalhadores livres, que representavam um pequeno número. Essa população não escrava e escassa recebia assistência religiosa. As questões de saúde eram relacionadas aos problemas de higiene e de responsabilidades locais que se limitavam ao sanitarismo de ruas, por meio de medidas saneadoras em atenção às pestilências (cólera, peste, febre amarela, tuberculose e lepra) (FERRIANI; GOMES, 1997).

Até o início do século XVIII, a saúde era vista como meio de limpeza das cidades a fim de eliminar a proliferação de doenças que poderiam prejudicar o comércio dos produtos, não havendo políticas públicas voltadas à saúde da criança. No final do século XIX e início do século XX a prática de Saúde Pública tinha por finalidade controlar ambientes públicos de maneira autoritária através da polícia sanitária (ZIONI GOMES; ADORNO, 1990).

Sobre a preocupação da saúde do escolar do final do século XIX, Sucupira (2003) destaca que o objeto central era a criança na escola.

Lima (1985) contribui com seus estudos sobre a constituição histórica da saúde escolar explicando que a higiene escolar, isto é, a inspeção do ambiente escolar, foi a primeira característica voltada ao saneamento do ambiente escolar para impedir a propagação de doenças transmissíveis.

A higiene escolar previa uma escola adaptada ao aluno desde a altura dos degraus e ângulo das escadas até a redução da extensão de currículos, com o uso de ginástica recreativa e restauradora. A população alvo da higiene escolar eram as crianças das classes proletárias, nas quais as condições de alimentação, e moradia deixavam a desejar sendo, nestes casos, importante a contribuição do médico para assegurar a eficiência do ensino, ou seja, indicando as condições da escolaridade mais adaptáveis ao grau de sua dificuldade mental ou física, conforme Lima (1985).

Segundo Lima (1985), as primeiras interferências do Estado brasileiro em relação à questão da saúde nas escolas ocorreram a partir de 1850 por meio de tentativas das elites do poder em controlar as diversas epidemias no Rio de Janeiro, e a escola era “apenas mais um lugar onde se reunia gente que precisava ser fiscalizado igualando-se a tantos outros locais onde isso acontecia sem nenhuma primazia” (p.88).

O pensamento dominante no início do século XX também influenciou a educação já que considerava a falta da mesma responsável pelas adversidades da sociedade negando as consequências das desigualdades sociais que acarretavam condições de vida precárias (SUCUPIRA, 2003).

Assim, a puericultura, conforme destaca Sucupira (2003), passa a incentivar a educação neste período defendendo a “necessidade de impor regras de vida para os grupos sociais que estavam em risco e que colocavam assim em risco toda a população (p.35)”.

A educação, ou a instrução de condutas, é vista como solução dos males que atingiam a sociedade, entretanto, desconsideravam a desigualdade social e toda estrutura da sociedade que dificultava oportunidades para as classes menos favorecidas. Esta postura reduzia questões sociais ou as camuflava como simplistas, não favorecendo a alteração da ordem social, o que também pode ser identificado nos dias de hoje.

Na década de 1920, o movimento da Escola Nova surge no intuito de renovar o sistema educacional brasileiro e, desta forma propõe a transformação do espaço escolar, do papel do educador, dos métodos e técnicas de ensinar e aprender (CYRINO, 1994).

Com o movimento da Escola Nova, a partir da década de 1950, propunha-se uma transformação nos métodos e técnicas de ensinar-aprender e na natureza dos programas, o que “psicologizou” o campo pedagógico, pois centralizou o processo de ensino na aprendizagem

na criança. Com isso, a educação tornava-se “higiênica” de acordo com as capacidades da criança. A higiene escolar tinha por principal objeto o corpo “biológico” de sua ação, transformando a escola em meio de produção da medicina, era a escola que deveria transformar as pessoas por meio da pedagogia (LIMA, 1985).

“A higiene escolar se constituía em conhecimento essencial à nova educação, orientando a pedagogia pelo desvendar da fisiologia do educando, pelo delinear de suas capacidades e fraquezas, pelo caracterizar do potencial de cada um, que devia ser investido por uma didática circunstanciada, que respeitasse os limites e que norteasse o avanço do aprendizado sem ferir a natureza da criança” (LIMA, 1985, p.102).

Os princípios higienistas são incorporados neste movimento visando alcançar um ambiente saudável por meio da valorização de indivíduos considerados “sadios”, excluindo os vistos como “doentes” ou fracos e os que não aprendem, sendo a exclusão a marca da escola e da assistência à saúde do escolar (SUCUPIRA, 2003).

A seleção dos indivíduos aptos a aprenderem somados aos princípios valorizados pela Escola Nova acaba por conferir à área da saúde a estigmatização e preconceito sobre os que possuem ritmo ou rendimento inferior. A concretização disso é a influência sobre o processo de ensino e aprendizagem livrando a responsabilidade da escola sobre a transformação das práticas e de um ensino de qualidade.

Lima (1985) destaca que com a redemocratização do país na década de 1980 surgem novas discussões, novos posicionamentos sobre a saúde escolar entre sua rejeição e sua valorização, porém, estas discussões não foram suficientes para contemplar uma efetiva ação direcionada às necessidades de saúde do escolar.

A partir década de 1990, os serviços públicos de saúde do país vêm recebendo uma demanda crescente de problemáticas da criança escolar sobre as quais não têm se organizado para dar respostas efetivas (CYRINO, 1994).

No final do século XX e no presente século XXI, a saúde da criança em idade escolar experimenta, em diversos países e no Brasil, avanços em sintonia com a evolução técnicocientífica sob um discurso de múltiplos olhares que são consequência de mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de integralidade da saúde ao contexto do cuidado ao escolar (BRASIL, 2006).

O cuidado ao escolar possui na sua essência concepções sobre a influência da área da saúde na educação, resultando na “medicalização” do fracasso escolar.

A “medicalização” do fracasso escolar: a dimensão da área da saúde na educação

O fracasso escolar ainda é um grave problema da realidade educacional brasileira, com frequência nos primeiros anos de escolarização, e é definido pela repetência e evasão das crianças matriculadas no Ensino Fundamental. As questões que cercam o fracasso escolar requerem destaque sobre o histórico das suas concepções de diversos autores.

Os anos de 1930 abrem espaço aos conceitos psicanalistas, valorizando o comportamento infantil como sendo influenciado pela afetividade. Arthur Ramos introduz a mudança de foco da hereditariedade difundida para o contexto da criança para a dimensão familiar na qual encontravam-se as causas das dificuldades de aprendizagem (PATTO, 1990).

Mergulhada nos pressupostos da integração dos negros nas escolas norte americanas, a teoria da carência cultural surge na década de 1960 apresentando como pressuposto a ideia de haver uma diferença entre a elite da sociedade e as classes populares sendo, esta última, desprovida de cultura em relação à classe dominante, enfatizando as divergências culturais, familiares e ambientais (PATTO, 1997).

A falta de estímulo das crianças das classes populares provenientes do ambiente em que vivem era a justificativa da teoria da carência cultural. Segundo Patto (1990), a “biologização” do ambiente o reduz a estimulação sensorial, de valores e habilidades consideradas inferiores ou menos adequadas do que as desenvolvidas nas classes dominantes.

A visão “medicalizante” apoiada na inferioridade intelectual das classes populares ainda está presente nos setores da educação e de saúde, dificultando intervenções que busquem na composição social o ponto de partida para a qualidade de ambos os trabalhos.

As explicações do fracasso escolar têm demonstrado a relação entre o discurso científico, o qual está relacionado com as elites dominantes, só obtendo sucesso os mais aptos, os mais capazes, culpando os alunos pobres e suas famílias, justificando a desigualdade social e ignorando os determinantes escolares e políticos das dificuldades de escolarização. Dentre as explicações para o fracasso escolar se destacam aquelas que atribuem “patologias” às crianças que não aprendem ou não se comportam conforme a expectativa da escola, ou seja, explicações “medicalizantes” e “patologizantes” (PATTO, 1990).

“Medicalizar” o fracasso escolar é interpretar o desempenho escolar do aluno que contraria aquilo que a instituição espera dele em relação a comportamento ou rendimento como sintoma de uma doença localizada no indivíduo (COLLARES; MOYSÉS 1994).

“O termo “medicalização” refere-se ao processo de transformar questões não-médicas eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A “medicalização” ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista” (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p.25)

Segundo as autoras Sucupira, Moysés e Novaes (1986), ao partir de uma postura médica sobre o fracasso escolar assume-se a postura reducionista, acentuando o caráter de doente para a criança que vai mal na escola, pois se procura justificar uma causa orgânica desvalorizando as condições de vida que influenciam na vida da criança.

Collares e Moysés (1994) destacam, sobre o reducionismo, que esse processo representa a “biologização” dos conflitos sociais por meio do reducionismo biológico em que a situação de vida dos indivíduos é explicada por características individuais. Assim, por essa visão de mundo, as circunstâncias sociais, políticas, econômicas e históricas terão pouca importância sobre a vida das pessoas, já que o indivíduo é considerado o único responsável por sua condição de vida sendo o sistema sóciopolítico não responsabilizando.

Para Moysés e Lima (1983), a “biologização” da sociedade traz consigo a mesma ideologia que circula o sistema de preconceitos da vida cotidiana dos homens, incorporado com facilidade pelo pensamento humano. A “biologização” da área educacional faz com que sejam pouco questionados o cotidiano da escola, sua política educacional e sua prática social.

Com a ampliação de campos do conhecimento novas áreas e profissionais adotaram o modelo médico, o que levou as autoras Collares e Moysés (1994) a sugerirem a substituição do termo “medicalização” por outro mais abrangente, a “patologização” das dificuldades de escolarização.

A “patologização” do fracasso escolar se ilustra em duas principais versões: o fracasso escolar considerado como consequência da desnutrição (atribuído às crianças das classes populares) e o fracasso escolar como resultado da existência de disfunções neurológicas, tais como distúrbios de aprendizagem, hiperatividade e dislexia (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

A difusão de “patologias” que provocariam o fracasso escolar rotula as crianças absolutamente normais fazendo com que a criança estigmatizada incorpore os rótulos passando a ser identificada como “criança doente” (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Moysés (1985), explica que não existem causas médicas reais para o fracasso escolar, o que se observa é a construção artificial destas causas, pois se trata de um grave problema

educacional de origem sócio pedagógica que utilizando a questão médica tenta encontrar em cada criança uma doença que justifique seu mau rendimento.

Estudos de Moysés e Lima (1983) discutem que fatores biológicos, por exemplo, a desnutrição não afeta a inteligência da criança, na verdade, essa dificuldade em escolarização decorre da impossibilidade de se isolar no homem os efeitos da desnutrição dos efeitos de outros fatores ambientais (econômico, culturais e sociais) que influem no indivíduo e não se pode considerar um aspecto biológico como fator causal, único e isolado, mas analisá-lo ao lado de variáveis todas partes do complexo da doença social.

O processo saúde-doença é determinado por vários fatores que agem na qualidade de vida dos indivíduos. Considerando que uma nova “morbidade” surge em relação a problemas sobre educação e socialização, o profissional de saúde passa a ser requisitado por problemas de natureza complexa e múltiplas determinações, como a dificuldade escolar. Buscar na área da saúde questões de origem pedagógica e social remete à ideia da falta de crítica da sociedade, uma vez que é descartada qualquer possibilidade de se repensar nas práticas educacionais desenvolvidas na escola, bem como a organização social e suas desigualdades. Um exemplo desse comodismo quando se pensa em dificuldades escolares é que os profissionais da educação encaminham os alunos considerados fracassados ao serviço de saúde e este, por sua vez, aceita sem nenhuma repulsa, formando um ciclo vicioso de encaminhamentos, busca de solução e centralização da visão individual no rendimento escolar.

A esse respeito Sucupira, Moysés e Novaes (1986) explicam que toda dificuldade de aprendizado é rotulada como “distúrbio” e a criança é encaminhada ao profissional de saúde para a investigação de problemas orgânicos e prescrição ou tratamento medicamentoso.

Em relação ao encaminhamento feito pela escola aos serviços de saúde, parte do “diagnóstico” é feito pelos professores que julgam como necessário transferir a responsabilidade aos profissionais de saúde para que busquem as soluções efetivas naquele caso. Os profissionais que recebem estas crianças não hesitam em atribuir as mesmas uma deficiência intelectual (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

A postura de encaminhamento e “medicalização” do fracasso escolar corresponde a uma abordagem médica que trata o processo saúde-doença como individual, quer dizer, buscando no próprio organismo as causas da doença ou complicação, colocando o social como uma variável imutável, o que gera a “medicalização” das questões sociais. Entretanto, contrapondo-se a este ponto de vista outras perspectivas podem ser apontadas:

“É a partir somente do complexo criança-família-escola e da sua inserção no sistema social que podemos entender as várias facetas do fracasso escolar. Nesta perspectiva não se pode pensar em dificuldades escolares de forma abstrata, apenas listando as diversas causas que podem levar ao fracasso escolar” (SUCUPIRA, MOYSÉS; NOVAES, 1986, p.25).

Buscar elementos que justifiquem o desempenho insatisfatório dos alunos, como os de origem médica, criam um raciocínio artificial que auxilia o sistema político vigente a reforçar mitos e preconceitos que deformam a realidade e o olhar crítico sobre as políticas públicas educacionais, não tocando em questões complexas e urgentes de cunho social e desigual.

Collares e Moysés (1994) consideram que o espaço escolar transforma-se em espaço clínico, priorizando diagnósticos de erros e distúrbios, afastando-se da sua prática social voltada para o ensino de conteúdos significativos que carreguem em si a cidadania e a autonomia dos escolares.

O ensino da saúde no contexto escolar: a dimensão da área da educação na saúde

Para Moura et al. (2007), os impactos de mudanças política, social, econômica e tecnológica da sociedade provocam nas ações na área da educação um novo pensar no contexto educativo.

A Promoção da Saúde no contexto escolar deve partir de uma visão integral, multidisciplinar do ser humano, considerando a pessoa em seu contexto familiar, comunitário e social (OMS, 1996; PELLICIONI; TORRES, 1999).

As práticas educativas na escola devem possibilitar transformações individuais e sociais contribuindo assim para a formação de sujeitos éticos em busca constante de uma vida melhor (MOURA et al., 2007; PÁCIOS; ROSSA, 2002).

Neste sentido, as propostas que interessam à educação são as ligadas à formação de uma cidadania transformadora e à criação e promoção da cultura da sustentabilidade em que o ensino da saúde se faz essencial para o estabelecimento destas.

A aproximação entre os setores da saúde e educação é uma preocupação das autoridades no desenvolvimento do ensino sobre saúde na escola o que tem proporcionado a inserção do ensino sobre saúde no meio escolar.

A busca de novos paradigmas para a saúde da criança em idade escolar foi solidificada, em 1997 com propostas dos Novos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's). Os PCN's são um referencial de qualidade para a educação no ensino fundamental com a

função de orientar o sistema educacional e suas preposições que devem responder à necessidade do país respeitando as diversidades sociais para que a educação possa atuar no processo de construção da cidadania (BRASIL, 1997 b).

Os PCN's são um conjunto de temas integrados das áreas saúde e educação e um compromisso das relações escolares com as questões que estão envolvidas nos temas transversais, a fim de fazer sentido nas experiências que a escola propicia aos alunos (BRASIL, 1997 b).

As problemáticas sociais foram integradas nos PCN's como temas transversais em 17/05/2001 e por meio da assinatura de Portaria Interministerial foram elaborados os temas transversais dos PCN's (pacto entre o Ministério da Educação e Saúde). Como exemplo disso compõe os temas transversais dos PCN's: Ética, Saúde, Meio Ambiente, Pluralidade Cultural, Orientação Sexual, Cidadania e trabalho como base no cotidiano da população. Nessa estratégia estão sendo agregados instâncias políticas de ambos os setores (saúde e educação) para a formulação de conteúdos e execução das práticas pedagógicas (BRASIL, 2002).

A elaboração coletiva dos PCN's é o início de uma aproximação entre educação e saúde sobre a integralidade do escolar em que a educação e a saúde resultam em projetos de vidas saudáveis. Entretanto, trabalhar com questões de saúde e educação considerando os PCN's, ou somente eles, é um desafio, pois a complexidade da realidade exige uma abertura no repertório ensinado pela escola, sem se limitar a conteúdos específicos propostos, já que a necessidade do escolar e sua busca pelo conhecimento deveriam ser pontos de partida no estabelecimento de conteúdos.

Com a aprendizagem de noções de saúde e saneamento ambiental, prevenção de acidentes, tolerância e solidariedade permite-se o exercício da cidadania e do direito, valorizando a escola como lugar saudável e também seguro, onde seus alunos podem aprender, brincar e se relacionar.

São necessários que se incorporem compromissos entre os profissionais da educação despertando-os para questões profundas e complexas de origem social passíveis de mudanças e que merecem ser discutidas e trabalhadas no contexto escolar, seja por meio dos PCN's, ou por meio de estratégias educacionais. O importante é favorecer a autonomia dos alunos por meio da aprendizagem significativa.

Reconhecer as necessidades dos escolares e o modo a serem trabalhadas na busca da autonomia dos mesmos permite visualizar as inter-relações de condições de vida e seus impactos na saúde que fortalecem a integralidade do escolar.

O cuidado à saúde da criança em idade escolar

Segundo Mattos (2004), a integralidade do cuidado significa a apreensão ampliada das necessidades do sujeito que engloba ações de assistência voltadas para a promoção da saúde e prevenção de sofrimentos futuros oferecendo aos indivíduos uma articulação entre assistência à saúde (uma “solução” imediata para a dificuldade aparente) e ações de prevenção e promoção da saúde (capacitando os indivíduos a refletirem e agirem sobre os determinantes da sua condição de vida evitando agravos sobre a mesma) atingindo, desta forma, o cuidado ampliado às necessidades de saúde.

O cuidado integral voltado à criança se faz presente na grande maioria dos documentos oficiais que delineiam as políticas públicas de saúde. Nos ambulatórios, nas Unidades de Saúde ou em instituições hospitalares o atendimento deve ser prestado com uma abordagem holística, lembrando e respeitando a condição do "ser criança". O cuidado dispensado à criança deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos e os conhecimentos a respeito de sua doença e dos tratamentos clínicos que devem ser realizados. As necessidades emocionais e sociais da criança devem ser consideradas (RIBEIRO, 1997).

A complexidade do meio em que as crianças vivem, o perfil dos problemas apresentados por elas e seus grupos familiares (problemas de escolaridade, separação dos pais), ao lado de algumas temáticas necessárias em uma abordagem social e a demanda crescente para uma atenção resolutiva e de qualidade reforçam o enfoque intersetorial que agregue saberes diversificados para compreensão da situação da criança na busca da sua integralidade do cuidado (CYRINO, 1994).

Assim, as intervenções precisam voltar-se sobre as reais necessidades destas faixas etárias escolares e sobre o ambiente em que as crianças estão inseridas (ROCHA et al., 1998).

Neste sentido, Costa e Brigas (2007) destacam também em seus estudos que a multiplicidade de mecanismos que interferem de forma positiva e/ou negativa para o adequado crescimento, desenvolvimento e integração social dessa população demandam interdisciplinaridade.

Deste modo, o trabalho voltado à proteção e promoção da qualidade de vida para o escolar deveria englobar articulação setorial e profissional nas intervenções com a finalidade de melhorar o impacto das propostas e ações em atendimento às necessidades desta população infantil (OJEDA, 1997).

Rocha et al. (1998) apontam que a atenção à saúde da criança deve considerar de maneira geral:

“As necessidades de assistência, estendendo-se do período neonatal à adolescência, convergem para a apreensão da criança em sua dimensão biológica, social e em sua subjetividade; o envolvimento dos pais e da família no processo de promoção, prevenção, diagnóstico, terapêutica e reabilitação; a organização do processo de trabalho em equipes multiprofissionais e multidisciplinares; a compreensão das instituições de saúde como espaços de produção de serviços nos quais estabelecem-se relações sociais complexas, tendo o poder como um dos principais determinantes” (p.7).

Atenção à saúde do escolar no Sistema Único de Saúde (SUS)

Segundo estudos desenvolvidos por Sucupira (1994), a proposta de atenção à saúde do escolar no SUS emergiu diante do processo de reorganização dos serviços de saúde pela descentralização e democratização. Essa proposta, segundo a autora, baseava-se: no ensino de saúde como parte das ações desenvolvidas pela Saúde e pela Educação; nas ações coletivas de saúde que deveriam ser de responsabilidade conjunta com a equipe das Unidades Básicas de Saúde e da escola ou creche e na atenção à saúde do escolar como parte integrante da atenção à saúde da criança e do adolescente.

É interessante notar que a mesma autora contextualiza as propostas de ações voltadas aos escolares dentro dos princípios do SUS de forma a ampliar o trabalho em saúde direcionado ao escolar não só nas escolas com educadores, mas abrangendo os profissionais da saúde e suas Unidades, bem como a participação da família e da comunidade neste processo do cuidado para o escolar.

Além disso, Sucupira (1994) explica que com a construção e consolidação do SUS ocorrem mudanças na organização dos serviços de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, abrindo-se um espaço para o atendimento à criança em idade escolar.

A partir da década de 1980, em diferentes países a percepção sobre o conceito e a prática de saúde escolar tem mudado, conforme explicam Demarzo e Aquilante (2008), pois a educação em saúde baseada no modelo biomédico focalizado no controle de doenças é pouco efetiva para estabelecer mudanças nos hábitos de vida em relação à saúde dos escolares, sendo importante, para estes autores, a superação de modelos pontuais que buscam responder às demandas emergenciais. A saúde do escolar, como defendem estes autores, tem como fundamento ações de controle e prevenção das doenças a partir da mudança de hábitos na

escola e intervenção por parte dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF) da área da abrangência da escola. As definições dos autores se pautam na defesa da formação de estilos de vidas saudáveis dos escolares, por meio das ações intersetoriais da saúde com a educação de modo a favorecer o desenvolvimento de habilidades pessoais a partir do contexto escolar, sendo prolongado às famílias dos alunos, bem como a toda sua comunidade tendo o escolar como multiplicador da saúde.

Em documento oficial, o Ministério da Saúde propõe ações aos escolares pelo Programa Saúde na Escola relacionadas à saúde no cenário da escola, sejam de natureza educativa, preventiva ou assistencial, com os profissionais de saúde e tem por objetivo produzir práticas positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes da saúde dos escolares (BRASIL, 2008 a). Pode-se identificar que as ações em saúde voltadas aos escolares, segundo este documento, ocorrem no ambiente escolar juntamente com os profissionais da saúde que trabalham tanto a prevenção, como a parte assistencial a fim de favorecer práticas positivas em relação à qualidade de vida dos escolares.

As faixas de idade que compreendem o escolar possuem problemas situados na esfera psicossocial e psicopedagógicas, como afirma Cyrino (1994). Considerando esses problemas, a Estratégia de Saúde da Família tem grande importância, pois dirige o cuidado à saúde do escolar por meio do olhar integral utilizando o trabalho em equipe e se aproximando das reais necessidades da criança em idade escolar sob um enfoque intersetorial.

A pergunta e o objeto deste estudo

Desta forma, surge o questionamento central deste estudo: qual a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família sobre a atenção à saúde do escolar?

Assim, os objetivos gerais da pesquisa são compreender a percepção dos profissionais de duas das Equipes de Saúde da Família de Botucatu sobre a saúde da criança em idade escolar e como estes lidam com a demanda de escolares na Estratégia de Saúde da Família. Para atingir estes objetivos, utilizou-se como metodologia entrevistas gravadas que continham perguntas sobre qual a visão destes profissionais em relação às influências na escolarização, seus entendimentos sobre a intersetorialidade entre saúde e educação.

O referencial teórico utilizado na análise dos dados foram documentos oficiais, autores que discutem sobre a saúde do escolar, sobre o SUS, sobre a Estratégia da Saúde da Família e sobre necessidades de saúde tendo por base a integralidade do cuidado e autores da educação

embasados na Teoria da Pedagogia Crítica Social dos Conteúdos, de modo a compreender os fenômenos encontrados na pesquisa e nos discursos das entrevistas.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) e suas intervenções na atenção à criança em idade escolar

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como modelo coletivo de atenção básica o que tem como uma de suas funções integrar ações preventivas e promocionais com os outros níveis de atenção (DIAS et al., 2005).

Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) vem tentando priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto para adultos quanto para crianças, sadias ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1997 a).

A Estratégia de Saúde da Família contém em sua essência características como: ênfase na atenção à família e não apenas ao indivíduo, visão ativa da intervenção em saúde, integração com a comunidade e enfoque multiprofissional e interdisciplinar, o qual é fundamental para a construção de conhecimentos sobre a criança atingindo assim esse segmento populacional e suas complexas necessidades (MENDONÇA, 2002).

Nesse modelo assistencial, a atenção à criança resulta de trabalhos interdependentes e complementares, nos quais o atendimento emerge como espaço para apreensão mais global das necessidades de saúde individuais, pressupondo a existência de profissionais integrados no processo.

A abordagem integral da criança e de sua família, em uma sociedade complexa e em constantes e rápidas mudanças exige da Estratégia de Saúde da Família o olhar interdisciplinar, ou seja, a busca para “superar a atomização e a fragmentação do conhecimento em disciplinas, assim como romper o aprisionamento do conhecimento em áreas circunscritas” (CORRÊA et al., 2005, p.11).

“Os problemas que afetam as crianças parecem ser muito mais complexos do que a Estratégia da Saúde da Família possa indicar, embora uma aproximação talvez possa garantir a eficácia, eficiência de seu trabalho perante as comunidades facilitando a articulação com órgãos e instituições, ampliando seu leque de intervenções e melhorando seu desempenho” (MENDONÇA, 2002, p.119).

Neste sentido, a fim de visualizar a integração entre escola e serviços de saúde valorizando as necessidades de saúde dos escolares e conseqüentemente sua qualidade de vida

destaca-se como ocorrem as intervenções em saúde da ESF sobre a criança em idade escolar. Inicialmente, coloca-se a questão das Escolas Promotoras da Saúde, para que a partir de então, compreenda-se qual o papel do profissional de saúde da ESF no diálogo entre saúde e escola.

As ‘Escolas Promotoras de Saúde’ constituem uma iniciativa de caráter mundial, que foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na região da América Latina e do Caribe, em 1995, para fortalecer a colaboração entre os setores de saúde e educação nas práticas de saúde escolar, incluindo apoio e cooperação dos pais e da comunidade a fim de facilitar a execução de programas na escola, abrangendo educação em saúde e capacitação em habilidades para estilos de vida (CERQUEIRA, 2002).

Dentre as características das Escolas Promotoras da Saúde, destacam-se:

- “Combinação de Educação em Saúde, Promoção da Saúde e conjunto de ações que a escola realize para proteger e melhorar a saúde;
- Assegura que a Educação em Saúde esteja presente no currículo formal por meio de programas;
- Envolve serviços de saúde a fim de que desempenhem um papel significativo nos alunos e famílias;
- Nas aulas se dá a mesma importância aos conteúdos e ao processo de trabalho ou às experiências de aprendizagem;
- Oferece situações estimulantes para os alunos terem ganhos pessoais e;
- Reconhece a visão integradora sobre saúde e o meio ambiente, aprendizagem que envolva o cognitivo, o social, o ambiental, o emocional” (PELICIONI; TORRES, 1999, p. 5-6).

Harada (2003) afirma que o profissional de saúde tem papel importante na Escola Promotora da Saúde (EPS), pois pode realizar vários tipos de ação como promover nas ações de educação para a saúde o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção de estilos de vida mais saudáveis de forma que as pessoas possam modificar ativamente o ambiente e melhorar a qualidade de vida e atuar na reorientação dos serviços de saúde que ultrapassem o atendimento para oferecer uma atenção básica e integral aos pacientes e comunidades.

As EPS possibilitam a visão integral da criança em idade escolar, pois têm como base suas necessidades de saúde reconhecendo-as como frutos do meio social em que estão inseridas. Trabalham com o intuito de permitir a autonomia dos alunos de forma a incorporar nos seus currículos conteúdos significativos que favoreçam a reflexão de suas condições de vida para provocar mudanças nos hábitos, costumes e formas de atuar na sociedade, desenvolvendo a cidadania. Vão além de memorização sobre o que pode ou o que não pode fazer sobre a saúde, mas partem das necessidades de aprendizagem de conteúdos dos alunos

juntamente com a união com os profissionais da Equipe de Saúde da Família da área de abrangência da escola.

Uma das formas de se concretizar ações propostas pelas EPS é através do Programa Saúde na Escola (PSE) o que foi instituído no Brasil em 2007 no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde para contribuir na formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2008 b).

No foco do PSE, devem estar incluídas medidas de educação e promoção da saúde, como orientações em relação à nutrição, à prevenção do uso de drogas, aos cuidados com os dentes, à prevenção de violências (física, sexual e *bullying* ou assédio moral, como ficou reconhecido no Brasil), à alimentação saudável e à prática de atividade física, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao aconselhamento contraceptivo, à cultura da paz entre outras ações de educação em saúde nas escolas com os integrantes das Equipes de Saúde da Família do território onde está inserida a escola (BRASIL, 2008 a; BRASIL 2008 b).

Tais medidas do Programa Saúde na Escola permitem ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, além de contribuir para a construção de condições de formação integral de educandos, ou seja, colaboram na promoção da cidadania e nos direitos humanos.

Segundo o Ministério da Saúde, o período escolar é fundamental para se trabalhar na promoção da saúde, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção, pois nas escolas as crianças vivem momentos que hábitos e atitudes estão sendo criados e revisados (BRASIL, 2002).

A escola é um espaço que interfere diretamente na produção social da saúde onde se encontram diferentes sujeitos que produzem modos de agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado.

Neste sentido, é importante que se programe ações integradas da escola com as Unidades de Saúde da Família para que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudáveis e promovam mudanças individuais incluindo neste diálogo intersetorial a conscientização e autonomia dos escolares.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família deveria procurar realizar avaliação das condições de saúde dos escolares inseridos em seus territórios adstritos (BRASIL, 2009).

Frente às necessidades de saúde identificadas, as ESF devem se articular com toda a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com outros setores existentes na

comunidade para a elaboração de ações articuladas para a resolução das necessidades e dos problemas detectados.

A educação e a saúde são indispensáveis para o processo evolutivo de qualquer sociedade porém, para a efetividade de ambas, na prática, faz-se necessária uma articulação entre estas. Esta articulação é compreendida como diálogo de saberes e experiências na identificação participativa de problemas coletivos e nas decisões, tanto da saúde como da educação (AERTS et al., 2004).

Contextualizando o cenário da pesquisa: breve histórico do desenvolvimento de Saúde Pública no município de Botucatu

O Município de Botucatu está localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo. Está distante a 240 Km da capital e é ligado pelas Rodovias Castelo Branco e Marechal Rondon e pela linha férrea da antiga Fepasa. Botucatu tem uma população de 123.426 habitantes e deste total, 18.983 são crianças na faixa etária dos seis aos 14 anos, totalizando, 15% do total. (CARANDINA; ALMEIDA, 2010).

Possui um importante setor ligado a serviços, mais especificamente na área da Educação e Pesquisa, com destaque para o Campus da UNESP com seu Hospital Universitário. No centro da cidade, observam-se construções antigas do início do século XX, mescladas com novas edificações (resquícios de uma historia marcada pelo progresso dos dias atuais) (GONÇALVES; SOARES; TROLL, 2007).

Segundo informações da Prefeitura Municipal, até 1983 as atividades de assistência à saúde eram desenvolvidas em dois Centros de Saúde (um Centro de Saúde Escola e uma unidade rural municipal inoperante), quatro hospitais (dois gerais filantrópicos, um especializado em Saúde Mental e o Hospital das Clínicas da UNESP), ambulatórios e consultórios médicos conveniados com a Previdência ou associados à UNIMED. A Prefeitura Municipal não dispunha de estrutura formal na área da saúde, limitando sua atuação à prestação de assistência médica aos seus funcionários por um médico contratado (GONÇALVES; SOARES; TROLL, 2007).

Durante esta época, a maior parte do atendimento público à população realizava-se na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) que iniciou suas atividades no ano de 1963 e inaugurou, em 1968, o Hospital das Clínicas (HC). O HC da FMB sempre se caracterizou como hospital de ensino; nos últimos anos foi aprovado no processo de certificação de

Hospitais de Ensino do Brasil, passando por mudanças de gestão e assumindo os princípios e diretrizes do SUS. (GONÇALVES; SOARES; TROLL, 2007).

A partir da década de 1980, inicia-se em Botucatu o processo de municipalização da saúde e passam a ser criadas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) inicialmente localizadas em áreas definidas por estudos a partir de determinantes sociais e epidemiológicos. Assim, as primeiras unidades de saúde localizaram-se na periferia da cidade. Toda a organização da Secretaria Municipal de Saúde Pública que foi realizada com a participação de docentes da FMB (GONÇALVES; SOARES; TROLL, 2007).

No ano de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu iniciou a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em algumas regiões periféricas da cidade.

Em relação ao número de atendimento das oito USF de Botucatu estas somaram juntas em 2009, 64.036 atendimentos sendo que destes 6.558 (10,24%) são relacionados ao atendimento dos escolares (BOTUCATU, 2009).

Em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde cobriu cerca de 28% da população com a ESF e aponta a falta de expansão da Estratégia de Saúde da Família no município desde a primeira fase de implantação.

Atualmente, o município de Botucatu conta com oito USF sendo compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, além de serem auxiliadas pelas equipes de apoio, como a de saúde mental.

O Programa de Saúde Escolar de Botucatu

O Programa de Saúde Escolar (PSEB) em Botucatu tem sua programação voltada para a saúde da criança em idade escolar desenvolvida junto à Coordenadoria de Saúde do município e que até hoje enfrenta desafios para sua implantação efetiva junto à educação.

No final de 1985, teve início o Programa de Saúde Escolar (PSEB) de Botucatu a partir da reivindicação de uma escola estadual da periferia da cidade. Segundo os professores, o ambiente escolar era o local onde se mostravam os problemas de saúde destas crianças e, desta forma, a escola estava sendo procurada para resolvê-los (CYRINO, 1994).

“A proposta, para o desenvolvimento deste Programa de Saúde Escolar de Botucatu, buscava um espaço de atenção integral à saúde da criança em idade escolar, no serviço municipal de saúde de Botucatu, levando-se em conta as especificidades dos problemas de saúde da faixa etária e a inadequação das equipes de saúde para percepção e interpretação das necessidades deste grupo populacional. Propôs-se assim, desde o início, uma programação em saúde pública, na qual os objetivos

voltavam-se para um atendimento ampliado, promovendo ações de saúde no espaço escolar e no local de moradia, possibilitando ou procurando uma integração entre equipe de saúde, profissionais da educação e família, incluindo portanto no campo da saúde da criança, a qualidade de vida, escolarização e trabalho. Ou seja, trabalhar com um conceito ampliado de saúde” (CYRINO, 1994, p. 48).

Para o desenvolvimento do projeto inicial, formou-se uma equipe de profissionais das áreas saúde/educação com a preocupação de compreender os problemas que envolvem a saúde da criança ingressante no sistema escolar e de construir propostas capazes de responder a esses problemas (CYRINO, 1994).

O grande desafio foi organizar ações efetivas às necessidades dessa clientela. Ao se confrontar com as referidas necessidades, ampliaram-se os objetivos por meio do trabalho interdisciplinar que desenvolvesse ações na saúde e educação, articulando os dois setores. Desta forma, a proposta para o desenvolvimento deste Programa de Saúde Escolar em Botucatu pretendia um espaço de atenção integral à saúde da criança em idade escolar tendo por base suas necessidades de saúde buscando envolver equipes de saúde, profissionais da educação e família a fim de melhorar a qualidade de vida, escolarização e promoção da cidadania (CYRINO, 1994).

De modo geral, o primeiro ano do programa serviu para estabelecer uma avaliação geral e um maior conhecimento por meio das atividades desenvolvidas na escola das condições de saúde dos escolares e possibilitou vivenciar conflitos, decorrentes da estrutura educacional e da integração saúde e educação. Professores e diretores acostumados a reivindicar soluções para questões “medicalizadoras”, depararam-se com uma equipe preocupada em repensar a saúde escolar pela integração saúde e educação, buscando novas formas de interpretar e dar respostas aos problemas extrapolando, muitas vezes, a ambos setores (CYRINO, 1994).

“O P.S.E.B buscou uma nova forma de inserção, dentro das idéias gerais de reformulação do setor saúde, procurando trabalhar a atenção à saúde da criança em idade escolar, num padrão de assistência, no qual o enfoque maior seria dado pela compreensão, orientação e ação ampla sobre o processo saúde-doença e seus determinantes. Procurou-se planejar as ações a partir das necessidades detectadas na escola e seus escolares, propondo-se a um modelo de atendimento que, de certa maneira, conflitava com a solicitação da escola” (CYRINO, 1994, p.188).

Segundo informações da coordenadora e médica do PSEB, desde 2006, a equipe do programa centraliza seus trabalhos em duas Unidades de Saúde de Botucatu: CSI e CECAP.

Os serviços que compõem o trabalho do PSEB são: Unidades Básicas de Saúde do Município de Botucatu, Unidades da Estratégia de Saúde da Família do Município de Botucatu, Policlínica Centro de Saúde I do Município de Botucatu, Centro de Saúde Escola de Botucatu (CSE) da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Escolas da Rede Pública de Ensino Municipal e Estadual de Botucatu e Creches Municipais/ conveniadas. O atendimento no CSI e na CECAP é realizado por meio de encaminhamento das demais UBS/USF, escolas e creches municipais e escolas estaduais. Orientações gerais para os profissionais da rede Municipal de Saúde e professores da rede Municipal e Estadual de Educação sobre o atendimento à Saúde Escolar, suas especificidades, a “medicalização” do fracasso escolar, as necessidades e prioridades de encaminhamento de escolares podem ocorrer para efetivar os serviços. A equipe atual é composta por duas psicólogas, duas fonoaudiólogas e três médicas pediatras e/ou sanitarista e uma oftalmologista, além de estagiários do programa de Aprimoramento Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, estudantes de Medicina e Enfermagem e Médicos Residentes de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu. Há mais de 15 anos não há ampliação no quadro de profissionais do PSEB, o que tem significado a impossibilidade de ampliação do trabalho. Todo o campo da Saúde Bucal é desenvolvido por uma equipe separadamente do PSEB.

Em 2010, o PSEB completou 25 anos de atuação e consolidou-se como espaço de formação e de atenção a saúde da criança em idade escolar, enquanto parceria da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP com a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. Foi fundamental para o sucesso do programa, nestes anos, contar com a participação das Escolas de ensino básico da rede pública de Botucatu e de projetos sociais e apoio da Sociedade Civil. Segundo a coordenação o que sempre moveu e move o PSEB como grupo é não ser indiferente as inúmeras questões que a realidade concreta apresenta e o que caracterizou e caracteriza o trabalho foi a construção de um olhar singular da Saúde para com a criança em idade escolar, dirigido por quem acredita na criança e no seu direito de ser criança, e como criança: estudar, sonhar, festejar suas vitórias e poder construir um futuro viável e ser um cidadão.

Nestes anos, o que vem marcando o trabalho do PSEB é o processo cooperativo e participativo, no qual valoriza-se o saber de cada um, fortalecendo a autoconfiança nas próprias potencialidades, trabalhando com as contradições e encorajando a aceitação da dúvida que possibilita ampliar o conhecimento e superar os próprios limites. Durante a realização da presente pesquisa, em 2009 e 2010, havia no município um esforço intersetorial

de ampliação das ações do PSEB e de revisão do trabalho realizado objetivando maior envolvimento do poder municipal e inclusive maior aproximação com a ESF.

Processo Metodológico



Meninos brincando, Cândido Portinari, 1945

B. PROCESSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a justificativa de se adotar esse tipo de pesquisa está relacionada ao fato de que, segundo Ludke e André (1986), a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada com o trabalho intensivo de campo.

A pesquisa qualitativa possui como finalidade descrever um fenômeno sobre o qual se conhece pouco, de modo a capturar significados tornando a ação compreensível, trabalha com a riqueza de experiências e não com números (FLICK, 2008).

Desta maneira, o interesse do pesquisador é descrever pessoas, situações, acontecimentos ou procedimentos do cotidiano, pois o que importa é o dinamismo que as situações causam com os participantes, já que este tipo de pesquisa aprofunda a complexidade dos fenômenos e fatos de grupos delimitados em extensão capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO, 1992).

O pesquisador interpreta a realidade, reconstruindo a lógica das histórias por meio da interação com os dados coletados que apontam um profundo olhar ao fenômeno da realidade a ser apreendida (FLICK, 2008).

Em sua maioria, os estudos qualitativos são feitos no local de origem dos dados. O pesquisador, a partir da perspectiva dos participantes e das situações encontradas, situa sua interpretação frente aos fenômenos estudados. Quanto à obtenção de dados descritivos estes podem ser fornecidos ao pesquisador na medida em que a pesquisa qualitativa ocorre, ou seja, no contato direto com as situações. Assim, o término dos dados do estudo é construído progressivamente (DEMO, 1993).

Como componente do trabalho de campo Minayo (1992) propõe a técnica de entrevista semiestruturada que caracteriza-se como um conjunto de perguntas em ordem específica e relacionadas à experiência ou comportamento, opiniões ou valores, sentimentos e conhecimentos. Tal entrevista representa uma forma especial de desenvolvê-la, já que os entrevistados possuem reserva complexa de conhecimento sobre o tópico em estudo.

A entrevista representa um dos instrumentos básicos para a coleta de dados. Ao invés de procurar “retratar” sistematicamente todo o processo sob investigação, na entrevista selecionam-se aspectos dele relevantes para o esclarecimento das questões centrais do estudo (ROCHA et al., 1998). Desta forma a entrevista foi escolhida como estratégia para obter informações a respeito da visão de mundo dos sujeitos sobre o objeto de estudo.

Plano de trabalho

O estudo foi desenvolvido em seis momentos:

1. Primeiro momento: Envolveu o levantamento teórico documental com o intuito de realizar uma revisão sobre as temáticas das ações da Equipe da Saúde da Família, processo de escolarização e saúde da criança destacando seus princípios para nortear a análise das respostas das entrevistas.

2. Segundo momento: Envolveu a escolha das unidades que fariam parte do estudo e o contato inicial com os profissionais de saúde que integram as duas Equipes de Saúde da Família escolhidas a fim de conhecê-los e apresentá-los, assinalando de quem são as percepções que irão compor o estudo. Para que a identidade profissional fosse preservada com a finalidade de manter-se o sigilo na pesquisa, os nomes dos entrevistados serão trocados.

3. Terceiro momento: Envolveu a realização da entrevista. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os membros de duas Equipes de Saúde da Família (proposta de entrevista no anexo IV) sobre:

- como foi o processo de escolarização de cada participante da pesquisa;
- como cada profissional compreende o processo de escolarização e sua influência nas crianças atendidas por eles;
- qual sua conduta diante das dificuldades escolares e/ou comportamentos indesejáveis das crianças nas escolas, se encaminham a outros profissionais, se obtém retorno dos mesmos, se buscam material teórico, se vão às escolas verificar o andamento das situações que envolvem a criança, se discutem o caso com outros profissionais e como conversam com a criança e sua família sobre este assunto;
- que visão possui de sobre fatores interferem no processo de ensino/aprendizagem e conseqüentemente nas condutas das crianças;
- o conhecimento do Programa Saúde nas Escolas;
- como entendem a interação entre saúde e escola;
- como compreendem a questão da escola sendo uma promotora de saúde.

As entrevistas tiveram o tempo médio de 40 minutos para cada profissional.

4. Quarto momento: Envolveu escuta, transcrição e organização dos dados gerais das entrevistas. Após as entrevistas gravadas estas foram transcritas para organização dos dados gerais permitindo sua melhor compreensão.

5. Quinto momento: Envolveu escolha e articulação dos trechos significativos. Consequente à transcrição dos dados foram selecionados trechos das respostas dos participantes mais significativos transformando-os em categorias de análises a fim de confrontá-los entre si, relacioná-los aos núcleos de sentido e ao referencial teórico utilizado.

6. Sexto momento: Envolveu exploração da entrevista, análise final e apresentação dos resultados. Foram intensificadas as análises das entrevistas explorando as divergências e convergências das respostas dos participantes às suas práticas e ao referencial teórico. Os resultados serão apresentados por meio de descrição e discussão dos temas. O percurso de análise pretendeu refletir sobre as relações entre a prática dos serviços prestados e os conceitos relacionados à Equipe de Saúde da Família e o processo de escolarização das crianças.

A escolha das Unidades de Saúde da Família

Na presente pesquisa as entrevistas foram realizadas em duas Unidades de Saúde da Família da cidade de Botucatu com os profissionais das equipes de saúde. A escolha destas Unidades de Saúde para o desenvolvimento do trabalho foi realizada de acordo com a possibilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e da percepção de Unidades de Saúde da Família com algum tempo de existência e com profissionais que lá trabalham há certo tempo e que já tinham vínculo com a comunidade. Também foi um critério a existência de escola pública de ensino fundamental nas proximidades da USF. Outro critério foi a possibilidade de a Unidade já realizar alguma atividade com escolas públicas. Além disso, a opção por se trabalhar com duas das oito Equipes de Saúde da Família de Botucatu relaciona-se ao fato de a pesquisa ser considerada como amostra por conveniência, conforme a proposta de Minayo (1992).

Dentro destes critérios, enquadraram-se na presente amostra a Unidade 1 J.P: (5) Agentes Comunitários de Saúde, (2) Enfermeiros, (2) Dentistas, (2) Médicos e a Unidade 2 P.M: (6) Agentes Comunitários de Saúde, (1) Enfermeiro, (2) Médico, (1) Dentista, totalizando a participação de 21 sujeitos sociais nesta pesquisa.

Não se realizou entrevistas com o auxiliares de enfermagem que também compõe as equipes de ESF, pois estes não foram localizados, uma vez que as unidades passavam por reestruturação organizacional, com a troca dos auxiliares.

Um médico e uma enfermeira também foram realocados em outras unidades, mas optou-se por mantê-los na pesquisa, pois os mesmos estavam dentro dos critérios já estipulados e tinham tido grande vivência nas duas referidas unidades pesquisadas.

Foi realizado um piloto em uma Unidade de Saúde da Família que não fez parte da pesquisa para adequação do questionário.

Análise dos dados

De acordo com Bardin (1979), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação a fim de ter (pela descrição do conteúdo das mensagens) indicadores que permitam compreender os conhecimentos relativos às condições de produção e recuperação das mensagens.

A busca por articular o conteúdo das entrevistas com o referencial teórico utilizando a Análise de Conteúdo compõe-se de algumas etapas. A primeira refere-se à escolha de documentos a serem analisados, elaborando alguns indicadores que orientem na compreensão do material e na interpretação final. Este momento é de contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A segunda etapa diz respeito à exploração do material didático que engloba o núcleo de compreensão do texto. Esta etapa consiste em organizar o dados em codificação (identificar palavras, frases, temas ou conceitos persistentes nos dados, extrair elementos que chamam a atenção no discurso, fatos relevantes). Neste sentido o referencial teórico a ser utilizado se faz essencial, pois é com ele que consegue-se verificar e entender os dados mais importantes. A categorização é a segunda parte da segunda etapa e resulta na formação de grupos de dados, possibilitando familiaridade com os dados já codificados, atribuindo então um nome ao significado dos dados. A terceira e última etapa compõe o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, ou seja, relaciona os dados brutos ao quadro teórico ou novas formas teóricas e interpretativas (MINAYO, 1992).

Procura-se estabelecer confrontos entre os diferentes atores sociais envolvidos e destes com os discursos do SUS e da Estratégia da Saúde da Família, escolarização, saúde da criança em idade escolar e a Pedagogia Histórico Crítica que entende a escola como espaço de transformação social e defende que a aquisição do conhecimento deve ser por meio da interpretação da condição social-individual-escolar da criança na possibilidade de

desenvolvimento da sua autonomia e, conseqüentemente, na melhora da sua qualidade de vida.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu- Unesp (Protocolo 3243-2009, anexo I) e todos os indivíduos foram previamente consultados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo III).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra mantida em arquivo pela pesquisadora, declarando seu aceite em participar do trabalho e permitindo o uso dos depoimentos em apresentações científicas futuras, contanto que se garanta o anonimato dos participantes.

A Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu autorizou a realização da pesquisa com os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (anexo II).

Buscando preservar a identidade dos participantes, estes estão identificados por nomes de passarinhos da fauna brasileira juntamente com números que permitem organizá-los dentro de cada categoria profissional a fim de manter o sigilo dos entrevistados.

Sobre o cenário da pesquisa: as Unidades de Saúde da Família escolhidas

USF P. M.

A população atendida na área de abrangência da USF P.M., em 2009, foi de 7.288 pessoas, sendo que deste total 681 eram crianças de seis a 14 anos, correspondendo a 9,34% da população atendida. A faixa etária de seis a 9 anos, correspondia a um total de 10,3% da população da comunidade local (CARANDINA; ALMEIDA, 2010).

A Unidade foi aberta à população em meados de 1990 como uma UBS. A partir de 2003 foi mudada para ESF e, a princípio, duas equipes coexistiram no mesmo espaço físico (alguns profissionais da UBS, outros da ESF). Aos poucos, a equipe da UBS foi sendo diluída na rede de saúde do município, o que gerou certo desconforto e disputa profissional.

A demanda da USF P.M é muito grande e a população muito carente. Entre os principais problemas de saúde da localidade, destacam-se a drogadição e gravidez na adolescência (GONÇALVES; SOARES; TROLL, 2007).

Segundo informações obtidas pelos entrevistados, a USF P.M possui dois médicos, um dentista, um enfermeiro, quatro auxiliares e cinco agentes comunitários de saúde, em exercício. Como trabalho desenvolvido pela USF na escola observou-se a educação em saúde com alunos do ensino fundamental e médio visando à autonomia frente às dificuldades relacionadas a: higiene, sexualidade, drogas, violência e atendimento à saúde bucal dos escolares do primeiro ao quinto ano. A USF possuía também um grupo de caminhada voltado aos idosos, um grupo de artesanato com mulheres em depressão e um grupo de crianças de puericultura até dois anos de idade.

Em relação às características da comunidade na qual está inserida a USF, trata-se de um bairro carente, de periferia, sem área de lazer para escolares (ausência de quadras esportivas, praças).

Segundo informações obtidas pela diretora da escola da área de abrangência da USF P.M, o bairro possui rede de tráfico de drogas, sendo que a instituição escolar encontra-se “protegida” pelos envolvidos com o tráfico, pois a isolam de qualquer envolvimento que possam comprometê-los com a polícia. A violência já se sobressaiu muito mais no passado do que nos dias de hoje, pois com o avanço da cidade há migração das pessoas envolvidas no tráfico para áreas cada vez mais distantes, ressalta a diretora.

Sobre os escolares da área de abrangência da Unidade estes, na maioria, possuem pais que trabalham em construção civil, como servente de pedreiros, ou que trabalham nas fábricas da cidade. Além disso, existem crianças filhas de pais usuários de drogas, que vivenciam diariamente o comércio do tóxico. Muitos escolares moram com as avós e muitos têm mães que trabalham nos motéis próximos da comunidade como faxineiras e diaristas em casas de família.

Ainda com informações recebidas pela diretora da escola, esta observa que os escolares ficam na rua até altas horas devido à falta de limites que os pais exercem sobre os mesmos. Explica que os pais não costumam participar de reuniões da escola nem procuram se envolver no processo de ensino-aprendizagem dos filhos. Os escolares apresentam poucas perspectivas de vida, ou seja, não sonham com grandes conquistas, na verdade, conforme coloca a diretora “sua perspectiva maior é em sobreviver”.

Em relação ao papel exercido pela escola, que possui vinte anos desde sua implantação, na comunidade do P.M a diretora destaca que é a referência do bairro e que procura ajudar no que puder principalmente no que diz respeito a conflitos familiares.

Sobre os encaminhamentos que a escola realiza, estes são dirigidos ao conselho tutelar e aos serviços de saúde, mais especificamente em atendimentos odontológicos e aos

profissionais responsáveis por “dificuldades de aprendizagem”. Entretanto tais encaminhamentos aos serviços de saúde são considerados sem retorno à escola e outro fator que dificulta a assistência ao escolar é a falta de comprometimento dos pais que não levam a criança a Unidade quando solicitada, comenta a diretora.

Os escolares são vistos como “inteligentes” aos olhos da diretora, pois reconhece que os mesmos possuem poucas oportunidades e são influenciados pela condição social que interferem no processo de escolarização.

USF J.P.

A população atendida na área de abrangência da USF J.P., em 2009, foi de 15.068 pessoas, deste total 1.358 foram crianças de seis a 14 anos, sendo 9,01% dos atendimentos. A maior parte da população residente na área de abrangência da USF J.P está na faixa etária de 20 a 24 anos, num total de 10,5 % da população da comunidade local (CARANDINA; ALMEIDA, 2010).

A população desta localidade contava com uma das mais antigas UBS do município datada de 1987. Após trabalho extenso junto à comunidade a UBS fechou para reforma e implementação da ESF durante um ano e, neste período, os usuários passaram a ser assistidos na UBS vizinha, que permaneceu no modelo antigo. A USF J.P contava no momento da pesquisa com duas equipes da ESF para atender a grande demanda populacional. A comunidade está em processo de aceitação da lógica da ESF, e tem como principais problemas a drogadição e a gravidez na adolescência (GONÇALVES; SOARES; TROLL, 2007).

Já na finalização desse estudo a USF J.P passou a compor-se com três médicos, três enfermeiras, dois dentistas e doze agentes comunitários. Dentre as atividades que realizavam estava a saúde bucal com atendimento e acompanhamento de crianças escolares até o quinto ano, um grupo de caminhada com idosos, grupo de crianças até cinco anos e um grupo de gestantes de artesanato com geração de renda.

Sobre as características do bairro do J.P, este possui população que trabalha no comércio da cidade, nas indústrias e em casas de família, entretanto possui moradores usuários de drogas e que comercializam as mesmas. Em relação à violência, este bairro já foi muito perigoso, entretanto, com a chegada da iluminação pública e o asfalto, há oito anos, esta situação vem melhorando, segundo opinião da diretora da escola da área de abrangência da USF. JP.

Em relação ao processo de escolarização, o posicionamento desta escola se pauta na falta de condições familiares em que os pais não auxiliam os filhos e não se interessam pelas atividades escolares. Já o posicionamento dos pais se relaciona ao fato de “igualarem” todos os filhos, ou seja, não respeitam a individualidade e capacidades desenvolvidas pelos mesmos e desta forma, quando não aprendem colocam a culpa no professor, explica a diretora que afirma também que a escola é vista como “solução” de problemas sociais, pois os pais a procuram para resolver conflitos familiares e sociais.

A escola possui uma alta demanda de crianças com dificuldades de escolarização encaminhadas aos profissionais de saúde, mais especificamente os psicólogos que são considerados, assim como os fonoaudiólogos, peça fundamental na aprendizagem e que “deveriam estar inseridos na escola”, destaca a diretora em relação à presença do profissional de saúde na escola. A falta de retorno da Unidade e a culpabilização desta no professor aumenta a crítica observada nas explicações da diretora em relação ao atendimento do escolar.

Percebeu-se também uma “normalização” das composições familiares na visão da escola, que justifica o baixo rendimento escolar na falta de “estrutura familiar”, expõe a diretora. Baseado nisso, a diretora esclarece que a professora tem um papel muito importante na escolarização da criança, pois procura valorizá-la na escola ao contrário da sua família.

A escola possui método de ensino apostilado que dificulta a aproximação de conteúdos aos escolares, já que o trabalhado na apostila refere-se a conceitos distantes da realidade da criança, que a faz se desinteressar em participar da escola, coloca a diretora.

Desta forma entendeu-se que a escola permanece num conflito entre as exigências políticas esperadas, ou seja, os índices elevados nas provas aplicadas pelo governo, e a realidade social dos alunos e sua comunidade que exigem uma adaptação do trabalho pedagógico.

Um Pouco da história dos entrevistados e sua escolarização

ACS 1 - Canário (20-30 anos, feminino)

Trabalha na ESF em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há quatro anos

Morava no sítio na época da escola e acompanhava seu irmão mais novo, pois a mãe só a deixava ir à escola se estivessem juntos. A professora que marcou foi a da primeira série que era muito boazinha e ensinou a ler e a escrever: “tinha métodos antigos, cartilhas, decoreba e tabuada... mas era gente boa”, explica a entrevistada.

ACS 2 - Maritaca (20-30 anos, feminino)

Trabalha na ESF em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há quatro anos.

Morava no Paraná em um sítio da família e conta que lá as crianças iam para a escola com seis anos. Considera o período escolar importante, pois algumas coisas são percebidas quando se está terminando a escola como não ter muita preocupação, ser protegida e poupada de algumas situações.

ACS 3 - Pintassilgo (31-40 anos, feminino)

Trabalha na ESF em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há dois anos e meio.

Relata que nunca foi a melhor aluna da sala, pois nunca foi estudiosa demais. Gostava mais de brincar com os colegas, porém não dava trabalho na escola, era somente preguiçosa mesmo! Fez amizades que mantém até hoje. “É muito gostoso ter amigos de infância, você vai amadurecendo e os amigos se conservam para sempre”.

ACS 4 - Bem-te-vi (31-40 anos, feminino)

Trabalha na ESF há quatro anos e meio, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista trabalha faz três anos.

Sente muitas saudades e tem boas lembranças da escola. Era boa aluna e conta que nunca deu trabalho na escola e nem para os pais. Entrou três vezes na primeira série. A primeira vez seus pais tinham se separado e mudou de escola, porém, não se adaptou. Na segunda tentativa não conseguiu ficar na escola, sua mãe trabalhava fora e não tinha com quem ficar, por isso, ficava com o avó. Depois disso, entrou pela terceira vez na primeira série e finalmente conseguiu se adaptar e acompanhar a sala. Uma situação que lembra bastante foi quando tirou “b” no ditado: “eu chorei muito, estava inconsolável”, conta.

ACS 5 - Periquito (31-40 anos, feminino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há quatro anos e meio.

Gostava de jogar vôlei pela escola, o esporte era bem valorizado na escola. Acha bastante falta daquele tempo, porque só dava risada. Bem diferente dos dias de hoje, segundo a entrevistada. “A gente cresce e junto só vem preocupação, saudades como essas que te conto com carinho”, explica. Adorava português, pois considera como essencial na comunicação que é preciso aprender a entender, sem decorar, para usar na vida inteira. Havia algumas

professoras bem tradicionais e rigorosas que colocavam de castigo. Para ela estudar é sempre bom: “eu adoro estar sempre me atualizando, principalmente com cursos, porque abre portas pra outras oportunidades, é tão bom aprender mais, conhecer mais”, enfatiza quando questionada sobre a importância do estudo na vida de uma pessoa.

ACS 6 - Papagaio (41-50 anos, feminino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há um ano e cinco meses.

Perdeu a mãe muito cedo e o conselho tutelar encaminhou-a para um orfanato onde passou a maior parte da sua infância, lá tinha um tratamento muito rígido e expõe que não guarda boas lembranças. Estudou em escola pública e gostava de matemática, tabuada também. “Acho que gosto desta parte porque tive que aprender de qualquer modo lá no orfanato a fazer contas, resolver problemas de matemática... tínhamos muito reforço escolar”, esclarece quando questionada sobre o apoio dado à escola pelo orfanato. Uma situação que marcou no período escolar foi quando estava fazendo prova e seu colega perguntou durante a prova o que ela iria por na pergunta sobre o mamífero que voa e ela respondeu que ia por mosquito e ele colocou cavalo alado! O resultado disso foi que as provas dos dois parou no mural da escola e rendeu boas gargalhadas!

ACS 7 - Rouxinol (20-30 anos, feminino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há sete anos e meio.

Reconhece a diferença da escola do passado com a de hoje, pois na sua época havia mais respeito com os professores e hoje parece que não tem nenhum. Na sua opinião o professor grita muito na sala de aula e não se interessa pela aprendizagem significativa do aluno. Relata que quando criança, seus pais não gostavam que fosse mal nas provas: “Eu me lembro certinho, para ganhar uma bicicleta tinha que ir muito bem na escola. Deus me livre chegar com nota vermelha na escola, o pai me matava!”. Gostava muito de Educação Física, mas percebe que também isso não existe mais, não é valorizada nas escolas a prática de esportes. Tem bastante amizade, que conserva desde o primário com muito carinho. Conta que fez muitos laços de amizade que pretende levar sempre no coração e compara que hoje também não é muito comum este tipo de relação de companheirismo entre os colegas: “não se respeitam entre eles”, enfatiza.

ACS 8 - Sabiá (20-30 anos, feminino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há quatro anos e meio.

Conta que existia muito respeito pelos professores, pois as crianças viam a escola como algo muito importante o que difere dos dias de hoje em que, na sua opinião, as crianças vão à escola por obrigação: “Era tudo diferente, os professores, as disciplinas, jamais você ia aumentar o tom de voz com o professor”, exemplificando as diferenças. Gostava da época da escola, estudava em Lençóis Paulista, seu pai era alcoólatra e a escola se tornava um refúgio: “lá eu sabia que estava meu futuro”. Considera que o estudo ofereceu muitas oportunidades e apesar do problema do pai, este sempre valorizou os estudos: “eu vejo que sou um orgulho para meus pais e um exemplo para meus filhos”, se emociona. Para ela as crianças não valorizam a escola hoje em dia porque no passado a maioria dos pais não sabia ler nem escrever e quando o filho aprendia a ler e a escrever era uma grande alegria! Sente muita saudade da escola: “de início parece obrigação, depois você entende o significado e importância na sua vida como um todo”, referindo-se sobre a importância da escolarização.

ACS 9 - Tangará (51-60 anos, masculino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há quatro anos e meio.

Revela que no seu tempo de menino era difícil continuar os estudos, pois na quinta série era necessário passar por um exame de admissão para entrar no ginásio e este era bem complicado e, para agravar a situação, muitas escolas do estado não tinham o quinto ano e, logo, deveria procurar uma escola particular o que nem sempre era possível devido as condições financeiras. Conta que continuou até a sexta série, mas foi reprovado na mesma e como precisava trabalhar teve que parar de estudar. Voltou aos 40 anos, fez a sétima e oitava séries e o colegial inteiro, hoje faz faculdade de Pedagogia e está no segundo ano. Seu sonho é unir educação com saúde: “não sei como farei isso, mas que vou tentar eu vou”, explica entusiasmado!

ACS 10 - Tico-tico (20-30 anos, feminino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há cinco anos.

Sempre estudou em Botucatu e ia sozinha para escola sendo a caçula de três irmãos. Lembra que tinha bastante dificuldade financeira para comer, comprar material, uniforme e isso gerou uma certa resistência, pois desde o passado tem alguns “traumas” que não foram

bem resolvidos. Uma professora que marcou foi a do primeiro e segundo ano por causa do jeito de ser, de se vestir e da maneira que explicava as matérias, com muito carinho e cuidado.

ACS 11 - Colibri (20-30 anos, feminino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há um ano e sete meses.

Lembra que começou a escrever e a ler com as cartilhas ba-be-bi-bo-bu que era muito comum na época. A professora que ensinou a ler era bem calma e ensinava com paciência. Gostava de ir à escola e revela que era boa aluna: “ia para escola com o intuito de aprender”. Não tinha muitos amigos, era mais reservada com amizades. Gostava muito de português, pois sempre se interessou por poesia, gibis, contos de fadas e narrativas.

Dentista 1 - Gaiivota (31-40 anos, masculino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há quatro anos.

Sempre estudou em escola pública, não possui muitas lembranças das professoras. Não tinha comportamento exemplar, mas sempre tinha bom rendimento na escola. “Eu era bagunceiro, conversava mas nunca repeti de ano, sempre ia bem apesar de ser muito agitado, conversador”, explica. Gostava de esportes e disputas entre as turmas, competição entre alunos, gincana entre séries: “essa é a parte que mais lembro da minha infância”, conclui de seu período de escolarização.

Dentista 2 - Tucano (31-40 anos, feminino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na mesma Unidade escolhida para a entrevista há três anos.

Tinha preguiça para estudar, tirava boas notas, mas reconhece que não tinha muito capricho com as tarefas. Sua escolarização foi marcada com a presença do seu irmão até a quinta série, pois ele repetiu e passou a estudarem juntos. Conta que a mãe era pedagoga e que começou a trabalhar no banco depois de um tempo, o que diminuiu seu tempo em casa e, com isso, a entrevistada fazia lições sozinha. Quando começou a ler, lembra que estudava com livros de música, música que chamavam mais sua atenção: “brincava na penteadeira da minha mãe, fingia que estava tocando piano, era engraçado!”, brinca. Relata que os professores das séries iniciais não cobravam muita tarefa, apenas notas na hora da prova, e este fato a faz pensar que os mesmos só se interessavam com notas, sem se envolver no processo de

aprendizagem: “eu lembro que eles pegavam o caderno e ‘falava’, ‘ah ta bom!’ ”, conta indignada. Era muito tímida e começou a soltar-se mais depois que seu irmão foi estudar junto com ela, “ele tinha ciúmes, não gostava quando brincava de correr com os meninos”, explica a relação de ciúmes do irmão na hora de brincar.

Dentista 3 - Arara (21-30 anos, feminino)

Trabalha na ESF, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há quatro anos.

Sempre estudou em escola particular e acompanhava seu irmão mais novo e primos mais novos: “era a líder das crianças da família”, brinca. Gostava muito de português e do espaço da leitura que os professores davam durante a aula: “era gostoso porque levava gibis e livrinhos para ler”, explica. Era bastante arteira e conta que, apesar de gostar de ler, escrever histórias e fazer atividades mais tranquilas quando começava a brincar: “pegava fogo com a criançada”, lembra com carinho. Admite que poderia ter se esforçado mais, entretanto, considera que sua escolarização possui um grande destaque na sua vida, porque fez grandes amizades e aprendeu “um mundo fora do meu”. A escola proporciona você enxergar outro mundo, sem ser o da casa ou família, mas a vida real, com pessoas diferentes, rotina, costumes e responsabilidades escolares para cumprir”, exemplifica a importância da escola em sua vida.

Enfermeira 1 - Curió (31-40 anos, feminino)

Trabalha na ESF há sete anos, em Botucatu há seis anos e na Unidade escolhida para a entrevista há um ano e meio.

Ia para escola com sua irmã mais velha e estudou sempre em escola pública. A mãe não ajudava nas tarefas porque trabalhava o dia inteiro e por isso estudava por conta, porém, não tinha dificuldade. Afirma que não gostava de ir para escola quando era mais nova, com sete anos, porque “tinha medo de ficar sozinha, com estranhos, era esquisito para mim”, explica, mas depois acostumou com a situação. Tem uma lembrança engraçada sobre uma professora que nos dias de prova ia de óculos escuros para ninguém enxergar para onde ela olhava! “Isso fazia com quem ninguém colasse, com medo de ser ‘pegado’ no flagra”, brinca. Tem uma única amiga de infância que mantém contato até hoje e o que mais sente saudade era o fato de estar sempre com sua irmã, brincando no intervalo.

Enfermeira 2 - João de Barro (31-40 anos, feminino)

Trabalha na ESF há sete anos, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há três anos e 10 meses.

Sua escolarização foi marcada pela escola pública e particular com a presença das primas e irmã mais nova. Sempre foi boa aluna, “até que gostava de estudar. Revia as tarefas do dia... era meio *nerd*”, lembra. Confessa que não tinha muitos amigos, que sempre gostou de ficar quietinha. Suas professoras das séries iniciais são as que mais guarda recordações: “foram as primeiras. Ensinaram a ler, escrever...”, reforça. Admite que não sente saudades da época da escola, somente boas lembranças porque, para ela, o ser humano necessita de estar sempre em novas fases, buscando novidades e novas situações que o amadureçam: “é preciso seguir sempre em frente, sem se apegar ao que passou, sem viver somente de saudades”, finaliza.

Enfermeira 3 - Andorinha (31-40 anos, feminino)

Trabalha na ESF há nove anos, em Botucatu há sete meses e na Unidade escolhida para a entrevista há seis meses.

Conta que consegue ver o seu período escolar como um momento de transição política, fato este demonstrado pelas atividades patriotas como cantar o hino nacional, da bandeira e estudar bastante a História do Brasil. Lembra que na sua escolarização tinha que ir de uniforme escolar todos os dias e que o respeito pelos professores e responsabilidade dos pais em acompanhar os filhos na escola eram bem marcantes. Faz uma comparação com a escola de hoje em dia e conclui que esta cada vez mais desorganizada, sem respeito ao próximo e os pais não dão muito valor à aprendizagem do filho: “é uma pena, fico triste de ver tudo isso acontecendo, dá um aperto no coração, vontade de gritar e falar que não é assim que se constrói um mundo mais digno”, explica. Conta também que tinha muitos amigos, que brincavam na escola, depois da aula e durante os finais de semana, “éramos vizinhos além de tudo, era uma delícia”, se emociona.

Médico 1 - Calopsita (51-60 anos, feminino)

Trabalha na ESF em Botucatu há sete anos e na Unidade escolhida para a entrevista há quatro anos.

Considera ter sido uma boa aluna porque era esforçada nos estudos e muito dedicada nas tarefas. Sua escolarização foi marcada por parte na escola pública e parte na estadual: “meu pai era militar e morei em vários estados e com isso trocava muito de escola. Quando

dava para pagar uma particular, fazia, senão íamos para a pública mesmo”, conta. Tinha poucos amigos devido a sua timidez, fato que a levou a fazer terapia quando jovem para diminuir tal característica: “a faculdade de medicina também mexeu comigo, aprendi a ser mais eu mesma, ter mais confiança e segurança... isso sim valeu por anos de terapia”, brinca. Tinha facilidade com línguas: português, inglês e francês e uma certa tendência para matérias relacionadas a ciências e biologia: “acho que já sabia o que queria da vida desde novinha”, lembra com carinho se referindo à escolha da profissão.

Médico 2 - Quero-quero (41-50 anos, masculino)

Trabalha na ESF há nove anos, em Botucatu há sete anos e na Unidade escolhida para a entrevista há dois anos e meio.

Sua escolarização foi marcada nas escolas particulares do Paraná em Toledo mais especificamente. Conta que ia junto com sua irmã mais nova porque havia uma diferença de acompanhamento, só existia horário para a idade dela no período da tarde, então tinha que estudar a tarde também. Não apresentava dificuldade e tinha bom rendimento na escola, relata que adorava português e o modo como um professor o ensinava: “ele era ótimo, sabia como envolver o aluno nas aulas, tinha didática e humildade em reconhecer que errou as vezes e era sempre acessível”, se refere a um professor com carinho. Lembra que sua mãe era sempre chamada na escola e que cada vez era uma bronca diferente: “ela dava aqueles sermões de mãe e depois dava castigos do tipo sem televisão, limpar a casa, dormir cedo nada muito pesado; hoje lembro e acho graça”, brinca.

Médico 3 - Tuiuiui (31-40 anos, masculino)

Trabalha na ESF há nove anos, em Botucatu há seis meses e na Unidade escolhida para a entrevista há seis meses.

Se sentia muito bem na escola, estudava em São Paulo onde foi criado e fez o primário e o ensino fundamental em uma escola estadual: “era uma escola ótima, eu adorava. Assim que ‘chegava’ as férias eu desejava que começassem as aulas logo”, conta. Relata que tinha boas notas até a quarta série e na quinta série seus pais, por orientação dos professores mudaram o entrevistado para uma escola particular: “os professores falavam que eu só tirava nota boa e que meus pais tinham que me colocar numa escola particular, mais forte. Só que as minhas notas ‘abaixaram’ demais na nova escola e logo voltei para uma outra escola estadual”, lembra. O primeiro bilhetinho da professora chamando sua atenção foi quando, na explicação de um mapa na aula de geografia, o entrevistado estava desenhando no seu

caderno um time de futebol: “ela me pegou desenhando enquanto explicava, ficou louca da vida e mandou um bilhete para minha mãe”, conta com saudade. Destaca que tem muitas boas lembranças do ensino fundamental, que as professoras desta escola eram ótimas e que adorava estudar lá. Sente que foi uma formação essencial na sua vida, que se recorda com muito carinho desta época que foi especial na sua infância.

Médico 4 - Pardal (20-30 anos, feminino)

Trabalha na ESF há quatro anos, em Botucatu e na Unidade escolhida para a entrevista há sete meses.

Estudou em Goiânia onde teve a oportunidade de frequentar escolas particulares a vida toda. Relembra o modo como a escola era organizada na sua época: “antigamente o ensino era acompanhado por um professor só, independente das outras disciplinas no ensino fundamental, e hoje são muitos professores, mais disciplinas”. Considera mais efetiva a educação sendo desta forma, porque o vínculo professor-aluno era intenso e muito melhor do que hoje em dia. “A minha geração teve um vínculo melhor com o professor, ficávamos mais tempos juntos era uma relação de carinho e confiança e hoje... bem hoje, está bem diferente”, compara e explica que, no seu modo de ver, os alunos não respeitam a escola como espaço de formação, não valorizam de maneira adequada esta fase. Segundo a entrevistada sua escolarização foi marcada por muitas descobertas, conflitos e entusiasmo em aprender. Tinha muitos estímulos dos pais e muita motivação para superar dificuldades escolares, quando apareciam.

Resultados



Meninos pulando carniça, Cândido Portinari, 1958

C. RESULTADOS

Impressões sobre as Unidades de Saúde onde se realizou a pesquisa

Na época da realização das entrevistas a Unidade P.M. estava atendendo em um galpão enquanto sua sede encontrava-se em reforma do prédio. O espaço onde ocorreram as entrevistas era bem grande, semelhante a uma garagem de carros, enorme. As salas eram bem separadas, por tapumes, porém a acústica era muito ruim. Devido à carência de recursos a dentista estava atendendo em outra Unidade, não muito próxima, onde havia mais espaço e maior recursos como os instrumentos odontológicos. De modo geral, tudo estava bem organizado e a comunidade não reclamava do atendimento estar sendo lá. Porém, era muito gelado o estabelecimento “improvisado” e nos dias de frio se tornava muito difícil se aquecer lá dentro. A pesquisadora presenciou o retorno da Unidade e da Equipe para sua sede, um local bem mais apropriado para o atendimento da população.

A impressão da Unidade JP, para a pesquisadora, foi que a mesma estava bastante sobrecarregada, em muitos sentidos, para ter a “resolução de problemas tão complexos”, como os apontados pelos entrevistados. Observou grande fluxo de pessoas das mais variadas faixas etárias, crianças, idosos, gestantes, homens, bebês... Enfim, uma grande diversidade de atendimento era oferecido à comunidade local. Preocupou-se um pouco ao perceber a realidade da população que possuía uma renda muitíssimo baixa, analfabetismo e que a falta de higiene em algumas casas. Por outro lado, achou muito bonita a confiança em que as pessoas da comunidade depositam nos profissionais de saúde, de modo a criar vínculos afetivos bastantes fortes, o que facilita no atendimento. De modo geral, a Unidade é bem equipada, limpa e organizada. As salas são bem acomodadas e distribuídas. A dinâmica de trabalho também é outro ponto forte da Unidade em que realiza constantes reuniões de equipes, que já são duas devido ao grande número de pessoas que atende. Nessa unidade foi observada a presença de CONUS e de participação da população usuária nos problemas vivenciados.

Talvez pela própria condição da unidade P.M. de estar em um galpão, foi possível perceber uma maior integração dos profissionais na unidade J.P. tanto em relação ao trabalho da equipe como no entrosamento com a população e mesmo na organização das tarefas.

Nas duas unidades marcou a pesquisadora a percepção sobre quão integrados são os agentes comunitários com os problemas trazidos pela população e ao mesmo tempo observou-

se a sobrecarga de trabalho desses profissionais. Também foi possível notar o grande interesse dessa categoria em discorrer sobre a questão da atenção à saúde dos escolares.

O contato com os entrevistados aproximou a pesquisadora da história de vida dos mesmos e de suas visões sobre o trabalho em equipe e na comunidade trazendo à pesquisadora novas possibilidades de compreender e articular as percepções encontradas num contexto abrangente e profundo.

Descrição, análise e discussão das categorias identificadas

Tendo como material empírico as respostas das entrevistas, por meio da leitura exaustiva das mesmas e apreciação do conteúdo dos textos, foi possível identificar sete categorias que emergiram das falas dos sujeitos entrevistados.

Categoria 1 - O cuidado ao escolar: a família, a escolarização e suas necessidades

*Para ser grande, sê inteiro:
Nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda brilha,
Porque alta vive.
Para ser grande, Fernando Pessoa*

A percepção de que a família é essencial no entendimento das condições de vida dos escolares é destacada entre os profissionais de saúde participantes, pois por meio do olhar direcionado à família, é possível entender questões a serem abordadas. Para os mesmos por meio do entendimento da dinâmica familiar consegue-se visualizar a condição de saúde da criança.

Acho que me focalizo na família, como que a família vive, porque através da família você vai descartando, resolvendo as coisas. A criança é um reflexo da família, acho que é o resultado do trabalho do pai com a mãe (ACS 10- Tico-tico).

Dentre os fatores que interferem no desempenho da criança em idade escolar na escola, os entrevistados destacam a questão da falta de estímulo dos pais, que acabam desmotivando a criança por meio da não valorização desta no contexto escolar, isto é, os pais não procuram se interessar pelo processo de aprendizagem do filho.

Acho que é um pouco do incentivo dos pais que não dão muita bola para lição de casa fica meio falho no sentido que os pais não participam da vida escolar (ACS 4- Bem te vi).

Na fala do ACS acima percebe-se com clareza que a questão do mau rendimento na escola tem como causa a falta de participação dos pais na escola, não avaliando que os mesmos não compreendem os conteúdos ensinados no contexto escolar, pois não partem da vivência e bagagem dos filhos, mas de um ensino padronizado que escapa da realidade de toda família e também ao fato de possuírem ocupações com o trabalho que dificulta a presença nas escolas.

Para outros profissionais expostos abaixo existe uma explicação mais objetiva e coerente de como os pais poderiam estimular seus filhos na escola com a leitura e um espaço para essa na rotina infantil. Além disso, apontam que o incentivo é importante, pois a criança tem a capacidade, porém faltam apoio e orientação dos pais.

Acho que primeiro é o estímulo mesmo, em casa, os pais valorizassem mesmo, estimular a leitura, a criança já é curiosa e permitir um espaço para isso (Médico 3- Tuiuiui).

Acho que o posicionamento dos pais também interfere, porque alguns pais não valorizam a educação eu vejo algumas crianças que... Um dia aconteceu um caso que eu peguei uma criança e ela queria saber o que estava escrito no computador e não sabia, e eu expliquei para ela que era importante ela estudar e ela respondeu: “não tia não quero aprender, meu pai fica o dia inteiro deitado no sofá de casa, eu quero ser igual ao meu pai...” Então quando escuto isso eu vejo que o incentivo da família é muito importante porque, às vezes, a criança tem a capacidade, mas não tem a motivação, o estímulo (Dentista 3- Arara).

O exemplo que a família passa para os filhos, que os pais ou responsáveis oferecem, se faz condição importante na reprodução de condutas e perspectivas por parte dos filhos, já que no discurso acima, o escolar não tem vontade de seguir os estudos porque seu maior exemplo de vida, seu pai, não demonstra valorização em relação aos estudos. Fato este que sustenta o que Romanelli (1997) explica sobre o significado de família pois, para o autor, família representa o espaço de transmissão dos padrões sociais, seja por meio da troca de experiências entre os membros ou pela educação das gerações. Ainda sobre a função da família, segundo Coll, Palácios e Marchesi (1995), as finalidades desta se referem à transmissão de aspectos culturais básicos (linguagem, costumes, valores, padrões de comportamento) e também à formação da personalidade das gerações mais novas.

Sobre as práticas familiares dirigidas às crianças, os entrevistados, denunciam a falta de estrutura familiar como sendo agravante nas dificuldades de escolarização. Percebe-se abaixo que o modelo de família ideal fortalece o discurso preconceituoso, pois desqualifica os grupos que não apresentam a constituição familiar nuclear em função da diversidade de composições, sendo identificadas como famílias desestruturadas.

Então, eu acho que a criança sente muita falta de uma estrutura familiar. O acompanhamento, o interesse dos pais pela criança pra ver se ela 'ta' indo bem na escola, se 'ta' tendo alguma dificuldade. Essa correria do dia-a-dia, às vezes a mãe nem tem tempo de perguntar para seu filho como ele 'ta' indo, se 'ta' tendo alguma dificuldade, se está sendo bem acolhido na escola (Dentista 1- Gaivota).

A falta de atenção da família voltada à criança, às vezes fala que a criança é rebelde, mas eu acho que é por causa da família desestruturada, às vezes o pai está preso a mãe não liga muito (Dentista 2- Tucano).

Quando o escolar não tem uma família estruturada vai encontrar dificuldades, porque isso interfere no desenvolvimento dele, no aprendizado dele (Médica 2- Quero-quero).

A expressão “família desestruturada” é utilizada de maneira corriqueira pelos entrevistados, de maneira a se referirem a tal como causa das inúmeras complicações vivenciadas pelos escolares. A disposição dos membros e funções dos integrantes da família é vista pelos pesquisados como determinante no desenvolvimento da criança, quando não possui uma família dentro dos moldes tradicionais. No entanto, Perez (2000) nos alerta para as mudanças que vêm ocorrendo na estrutura e nos papéis dos membros da família, devido às complexas alterações sociais que colaboram para a negação de um modelo de família ideal, único. Atualmente, família significa uma série de combinações de relações entre pessoas ligadas por laços de e afinidade (PEREZ, 2000).

Para certos sujeitos da pesquisa o que interfere no rendimento e nas relações escolares da criança são os fatores ligados exclusivamente aos professores e às suas práticas pedagógicas. Segundo os relatos abaixo o professor deve procurar conteúdos e formas de trabalhar com os alunos que despertem o interesse dos mesmos, buscando favorecer um ambiente propício à aprendizagem, trabalhando, quando necessário, de maneira diferenciada com aquelas crianças que possuem mais dificuldades em relação as outras.

Mas acho que a sala de aula como um todo influencia, o professor na sala deve estar enfocando um método que chame a atenção da sala (ACS 7- Rouxinol).

Acho que é pouco explorado também o que a criança gosta de fazer, porque as lições são muitas vezes fora da realidade delas e isto não favorece a participação na aula. Além da diversidade de níveis de aprendizagem que poderiam ser melhor trabalhadas entre os alunos de forma a cada um ajudar o outro no que sentir dificuldade (ACS 4- Bem te vi).

Observa-se que os ACS, os quais pertencem às classes populares, defendem a questão da educação popular de qualidade, uma vez que deixam claro que as práticas pedagógicas deveriam partir das necessidades de produção do conhecimento da comunidade aproximando-se das experiências dos sujeitos e fortalecendo as capacidades emancipatórias da escola.

Tal posicionamento condiz com que Esteban (2007) aponta sobre a redefinição das práticas pedagógicas realizadas pelos professores, a fim de compreenderem o que consideram

válido aos estudantes conhecerem na sala de aula, utilizando para isso suas experiências cotidianas e a reflexão sobre o vivido.

Um destaque se faz necessário a última fala dos discursos acima sobre as “lições fora da realidade” que não possuem significados às vivências dos alunos, justamente o que Saviani (2001) defende em seus estudos, pois esclarece que a educação tem que ter por objetivo a transformação da sociedade, já que a aquisição do conhecimento não deve ser restrita a finalidade de saber por saber, mas sim a possibilidade de que o conhecimento possa ser ferramenta nos processos de transformação e construção de novos conceitos.

Entende-se de acordo com as explicações dadas abaixo pelos entrevistados, que estas “lições fora da realidade” dadas pelos professores podem estar relacionadas a uma falta de capacitação dos mesmos em perceberem o que de fato precisam utilizar como práticas pedagógicas eficazes que despertem a vontade de aprender e a participação dos alunos no processo de aprendizagem.

Outro ponto que acho importante é que não sei se os professores estão capacitados o suficiente porque eu vejo ótimos profissionais, mas temos aqueles bem fraquinhas, não se atualizam, não buscam novos conhecimentos e hoje a criança esta totalmente diferente! Hoje a criança já nasce dentro da globalização, então hoje o professor precisa estar se atualizando que este é o objetivo da educação, mas tem muitos que param, vão ate certo ponto e estacionam (ACS 9-Tangará).

Em relação à defesa do ACS sobre a falta de preparo dos professores com seus alunos pode-se dizer que estão incluídas nesta fala a questão da falta de conhecimento sobre o papel da escola, da educação por parte dos professores.

Sobre a falta de preparo dos professores, estudos de Perez (2010) apontam que as crianças das camadas populares entram na escola com uma bagagem cultural diferente, trazendo para o contexto escolar representações do mundo frutos do seu contexto social e, deste modo, se deparam com os padrões idealizados dos professores que se traduzem no seu despreparo ao enfrentarem a diversidade sócio-cultural de seus alunos. Como mecanismo de defesa transferem a justificativa de dificuldades escolares tanto à criança como ao seu grupo familiar (PEREZ, 2010). Tal afirmação coincide com a fala de um profissional de saúde:

Eu acho que muito desses problemas é a dificuldade do professor em lidar com essas crianças, tudo pra eles é dificuldade de aprendizagem, e eu acho que muitas falhas ocorrem na metodologia de ensino e na formação do professor também
(Dentista 1- Gaivota).

É interessante notar que os profissionais de saúde são críticos na questão da falha da prática pedagógica dos professores, entendendo que os profissionais da educação empurram as causas do fracasso escolar às crianças, isto é, não revêem suas condutas na sala de aula como educadores.

A esse respeito pode-se problematizar a questão da “medicalização” do fracasso escolar, em que o professor, apoiado na ideia de “dificuldades” individuais do educando, acaba por transferir a responsabilidade da aprendizagem ao profissional de saúde, não refletindo no seu trabalho como educador, além de deslocar o eixo de preocupação do coletivo para o particular. Essa postura acomoda o professor que não busca um ensino de qualidade, fortalecendo a reprodução de poder da sociedade e burocratização do trabalho pedagógico que favorece uma prática descompromissada socialmente.

Os entrevistados têm a noção da complexidade das questões relacionadas à escolarização das crianças, pois entendem que diversos e complexos fatores colaboram para o rendimento na escola e que deveriam ser levados em conta na compreensão da situação apresentada pela criança. Entretanto, esta compreensão se mostra diferentemente entre os ACS que compõem a classe popular, e os demais profissionais de saúde que possuem nível superior de escolaridade e que fazem parte de uma classe privilegiada, pois os ACS buscam uma escola de qualidade por meio do ensino como prática social, julgando como fator principal das dificuldades de escolarização a falta de valorização do governo com os professores e a questão da família como incentivadora dos escolares. Os profissionais com nível superior de escolaridade, enfatizam a questão da “medicalização” do fracasso escolar como reflexo da falta de compromisso político dos educadores com sua prática. Interessante notar que a desqualificação da família é muito mais presente nos discursos dos profissionais universitários do que os Agentes Comunitários de Saúde.

Em relação ao cuidado da saúde dirigido ao escolar, os entrevistados destacam como sendo indivíduos que merecem a devida atenção à saúde, assim como as outras faixas etárias da população, pois as condições de saúde neste período da vida influenciam sua qualidade de vida futura.

É um indivíduo que precisa de cuidados assim como todos. Mas eu defino como crianças que precisam de cuidados sempre, evitando preocupações futuras (ACS 1- Canário).

De acordo com a fala de um entrevistado as necessidades de saúde da criança em idade escolar envolvem um leque de aspectos que merecem ser considerados na elaboração de intervenções na área da saúde. Além disso, mais uma vez, reconhecem-se o quanto se faz primordial focalizar tais fatores na busca de melhorar a qualidade de vida deste segmento populacional.

(...) Tanto na parte de higiene, cidadania, meio ambiente, tudo, acho que engloba tudo! Eu acho que são essas necessidades e a necessidade de você ter uma atenção voltada. (Dentista 3- Arara).

Mendonça (2002), Moreira e Goldani (2010) contribuem com seus saberes em relação à valorização das necessidades de saúde apresentadas pela criança em idade escolar na medida em que defendem que o cuidado aplicado a ela deveria ser ampliado de forma a contemplar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, em decorrência do atual contexto epidemiológico e demográfico em que o escolar se insere, o qual se caracteriza com o novo padrão de saúde em que as doenças crônicas e degenerativas se sobrepõem às doenças agudas e infecciosas. Neste sentido, conforme os mesmos autores explicam, tornam-se necessárias o uso de novas abordagens de causalidade para esclarecer associações entre os determinantes de saúde que colaboram para desfechos tardios.

Desta forma, surge à necessidade da visão de um modelo de cuidado para garantir a saúde da criança que está em constante crescimento e desenvolvimento relacionados à promoção da saúde e prevenção das doenças (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Diante das explicações acima sobre a importância de se considerar as reais necessidades de saúde no cuidado ao escolar, inicia-se agora a discussão sobre as principais demandas de saúde dos escolares das Unidades de Saúde da Família escolhidas na pesquisa. Para visualizar melhor esta questão julga-se necessário refletir sobre a questão da demanda versus necessidade de saúde, já que a primeira caracteriza-se como sendo o pedido visível das necessidades mais complexas dos usuários, ou seja, são as necessidades modeladas pela oferta de serviços, o sofrimento aparente.

Tais afirmações colaboram com que Mattos (2001) explica em relação às demandas que são experiências aparentes de sofrimento, e que, por isso, o profissional de saúde necessita relacionar com outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente.

Sobre as demandas de saúde trazidas pelos escolares à Unidade observa-se que, muitas vezes, são expressas como “válvula de escape” de toda situação social e familiar que compõe a vida da criança, de modo que o profissional de saúde precisa ter sensibilidade de voltar seu olhar ao geral, isto é, distanciando-se do particular para atingir questões mais complexas, para não cair na armadilha de queixa-conduta. Isso é exemplificado na fala a seguir de um entrevistados.

Eu acho que deve globalizar o todo, principalmente o ambiente para detectar qual é o ponto, porque muitas vezes a criança ‘parece’ com uma queixa que se o profissional analisar a fundo a queixa dele é só uma maneira de extravasar tudo o que tem por trás, o ambiente que ele vive, as condições financeiras, emocionais da casa, que muitas vezes extravasa numa dor de cabeça, barriga que passa despercebido aí vem a questão de queixa conduta (ACS 4- Bem-te-vi).

Em relação a valorização das necessidades biológicas versus as necessidades sociais tem-se que um profissional de saúde traz a reflexão em relação à percepção do escolar saudável e suas necessidades para os integrantes da Estratégia de Saúde da Família.

Principais procuras pelo posto são quando as crianças que são alérgicas, alergia aumentou muito nesta faixa de idade, doenças alérgicas e só. As crianças mais saudáveis apresentam este tipo de intercorrência (Médico 1- Calopsita).

Por esta fala do médico percebe-se o destaque dado às demandas alérgicas pelas crianças em idade escolar, no entanto, o entrevistado finaliza sua fala explicando que as crianças mais saudáveis apresentam este tipo de complicação. O que de fato merece ser pontuado é a questão de que as Unidades são vistas em relação à saúde do escolar, como local de procura e solução ou cura de problemas relacionados ao corpo das crianças e também é importante ressaltar a percepção dos profissionais de saúde sobre o que é “estar saudável”

pois, fica nítido que estar em boa condição de saúde é não apresentar doenças “visíveis”, desvalorizando o aspecto social e a abordagem de causalidade para esclarecer as ligações entre os determinantes de saúde e as condições de vida apresentadas.

É possível perceber diferenças de concepções entre as necessidades de saúde dos escolares na opinião dos ACS e dos profissionais com nível superior, pois os ACS possuem um discurso amplo que carrega contextualização das questões presentes na vida da criança, já os profissionais com nível superior se prendem ao discurso “saudável” e “visível” das necessidades de saúde.

A escola é considerada para os participantes da pesquisa como objeto a ser investigado, uma vez que quando a criança em idade escolar procura o posto sem queixa ou demanda aparente. Faz-se necessário buscar respostas no contexto escolar de modo a identificar, por meio do seu comportamento e da sua relação com a aprendizagem, novos caminhos para as suas necessidades.

Pergunto também sobre a escola para a criança. Às vezes, eu começo quando não tem queixa “e aí, como ‘ta’ na escola?”, aí eu vejo o aprendizado dela, com os colegas. Consigo ter uma visualização maior porque é o universo, basicamente. Pergunto se gosta, se não gosta, que matéria gosta mais, se ela fica no fundo ou na frente (Médico 4- Pardal).

A abordagem acima sobre o contexto escolar em relação às necessidades da criança em idade escolar está de acordo com o que Sucupira, Moysés e Novaes (1986) explicam sobre a qualidade de vida do escolar que pode ser avaliada, dentre outros fatores, por seu desempenho escolar.

A questão da procura por atendimento dos escolares na Unidade também ocorre por queixas ligadas ao baixo rendimento da criança na escola (dificuldades de escolarização). A procura pelos profissionais de saúde muitas vezes limita-se a buscar nos conhecimentos biomédicos soluções às questões pedagógicas.

A forma dos problemas de escolarização chegarem até a Unidade pode ocorrer através do encaminhamento feito pelas escolas por parte das professoras aos profissionais de saúde. Abaixo uma fala de um profissional de saúde sobre este aspecto.

As professoras encaminham para o posto as crianças com problemas de aprendizagem (Dentista 1- Gaivota).

O encaminhamento de alunos para os serviços de saúde em busca de soluções para supostos problemas de aprendizagem é uma característica do que as autoras Collares e Moysés (1994) denominam de “medicalização” do fracasso escolar, ou seja, a busca de justificativas médicas do indivíduo para os problemas sociais.

Assim, o fracasso escolar é incorporado pelos profissionais de saúde como “problemas de aprendizagem”, entretanto, conforme coloca Collares (1989), deveria ser “problemas de ensinagem”, isto é, que não se produzem exclusivamente dentro da sala de aula, mas um problema social e politicamente produzido.

Esta procura por atendimento nas Unidades de Saúde da Família corresponde ao que Souza (2009) também explica, pois de acordo com o autor, o baixo rendimento escolar é entendido como mau funcionamento fisiológico que acarreta na não aprendizagem o que estimula o mito de que os conhecedores dessa suposta “disfunção” são os profissionais de saúde.

É preciso pensar que o papel do professor modifica-se como mediador da escola para os especialistas de saúde, de modo a se distanciarem cada vez mais da sua análise perante os problemas educacionais e formas de agir sobre o mesmo. Este processo de encaminhar as crianças transfere a responsabilidade da escola para o serviço de saúde.

Souza (2009) e Collares e Moysés (1994), sobre o encaminhamento e “diagnósticos” das crianças consideradas fracassadas, explicam que é uma prática comum entre os profissionais da saúde e da educação, pois se contentam com a concepção organicista como solução dos problemas de escolarização.

Outro exemplo de “medicalização” das dificuldades de escolarização ocorre com a procura dos pais pela Unidade de Saúde alertados pelos professores da gravidade da situação de aprendizagem dos seus filhos que são orientados a pedirem medicamento visando a solucionar este “problema” o que refere-se a comportamento inadequado na escola. Segue o discurso de um pesquisado.

Crianças que as professoras reclamam falam para os pais virem procurar um médico, pra tomar remédio porque a criança não para, porque a criança é agressiva, ou porque ela não presta atenção, às

vezes ela não presta atenção porque não está ouvindo nada, ou porque não 'ta' enxergado nada (Médica 1- Calopsita).

Conforme defende Patto (1990) a escola prioriza a capacidade de seguir normas e regras e aquelas crianças que apresentam rendimento indesejado ou ausência de saberes são caracterizadas como fracassadas para as quais apenas a medicina e áreas afins possui solução. Para ilustrar as atitudes das crianças que “fogem” ao padrão esperado no contexto escolar e, conseqüentemente, são consideradas como “crianças problemas” coloca-se em seguida o relato de um integrante das Equipes de Saúde da Família que enfatiza que a falta de comportamento e o chamado “déficit de atenção” são alvos de reclamações e causas do stress e nervosismo dos escolares na sala de aula.

Eu acho que o comportamento está cada vez pior, as crianças hoje em dia têm muito déficit de atenção, eles acham que não precisa prestar atenção na sala, gostam de conversar durante a aula. Além de stress, nervosismo que cai o desempenho na sala de aula. Recebo mais reclamações de comportamento (ACS 4- Bem te vi).

Fica claro, de acordo com a fala acima, que todo comportamento que se distancia do ideal de aluno construído pelo professor, e porque não falar da sociedade em geral, é uma ideia que está diretamente relacionada ao desempenho escolar, assim sendo, os alunos que apresentam “distorções” em relação aos outros são encaminhados aos serviços de saúde tendo por base a tentativa de homogeneizar as crianças.

Neste sentido Moysés e Lima (1983) esclarecem que o rendimento na escola é constantemente comparado como se não houvesse diferenças e singularidades. Assim, a complexidade do rendimento escolar é omitida, como se o sucesso dependesse unicamente do potencial da criança, ou seja, a questão socioeconômica é entendida como verdade absoluta, sem possibilidade de mudanças.

Vê-se que várias são as demandas trazidas à Unidade de Saúde da Família, entretanto, é preciso atentar-se à questão das reais necessidades dos escolares, pois muitas vezes camufladas em demandas, sofrimentos aparentes e que possuem serviços a serem oferecidos. A procura das Unidades de Saúde da Família e suas causas merecem ser valorizadas na busca de um atendimento integral ao escolar e à sua qualidade de vida.

A Unidade e os profissionais de saúde que nela trabalham procuram intervir sobre as necessidades de saúde do escolar por meio dos encaminhamentos (quando necessários) a outros serviços e profissionais na busca do cuidado a saúde.

A enfermeira faz o encaminhamento, isso marca um dia, a mãe vai e leva a criança ao profissional adequado (ACS 1- Canário).

A gente em equipe encaminha para saúde mental, ou às vezes para fono e ela encaminha para outro psicólogo (ACS 3- Pintassilgo).

Os relatos acima apontam para uma tendência preocupante: a questão da “patologização” do fracasso escolar que se constitui em um processo com a ampliação dos campos de conhecimento em novas áreas, não somente a médica, mas uma extensão desta que gera aceitação geral na sociedade.

Dentre as consequências das “patologias” que provocariam o fracasso escolar estão a estigmatização das crianças que passam a ser vistas como “doentes” ou como “crianças problemáticas” entendidas por “partes” desconectadas de um todo social e político.

De modo geral, os profissionais consideram fundamental atender-se aos indicativos que compõe o círculo de convivência da criança como sua família e seu período de escolarização de maneira a ultrapassar a visão limitada da queixa trazida ultrapassando as questões aparentes, tocando em questões ainda mais complexas a fim de atingir a integralidade do cuidado ao escolar.

“(…) A integralidade da atenção no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (CECÍLIO, 2001, p.113).

Categoria 2 - O discurso da ação multiprofissional e intersetorial: a prática desarticulada no cuidado ao escolar

*O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas (...)
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,
a vida presente.
Mãos dadas, Carlos Drummond de Andrade*

Mattos (2001) critica a prática fragmentada, que reduz a prática profissional a dimensões exclusivamente biológicas sobre as condições psicológicas e sociais. Segundo o autor a prática de saúde precisa priorizar o atendimento integral e deve buscar a qualidade real da atenção por meio da prática multiprofissional articulando ações interdisciplinares com a união de vários saberes.

Dentro desta lógica de trabalho envolvendo diversas áreas do conhecimento, segundo os entrevistados, a abordagem dos casos procura estar dentro da perspectiva multiprofissional, entendida como estar além de saberes individuais de várias áreas ou cada um trabalhando na sua competência.

O que se destaca, a partir do relato abaixo, é o que se refere às formas de expressão dos diversos saberes que acompanham a vida da criança, sendo muitas vezes reduzida à “medicalização” e assim entendida como redução dos objetivos da prática de saúde, voltada à valorização da conduta biomédica de cada competência profissional, o que vai contra a lógica da ESF que busca unir a promoção da saúde com a assistência, na intenção de reconhecer que todo usuário que busca auxílio é bem mais do que um sistema biológico, ou ainda, a prática de saúde é mais do que silenciar um sofrimento aparente do escolar. O que confirma a distância entre o discurso sobre a importância das práticas multiprofissionais e a forma como a mesma ocorre.

Procuramos fazer sempre uma abordagem multiprofissional, para não ter só a visão do médico, do psicólogo, enfermeiro, para não fatiar a criança em várias partes, ou seja, cada um dá um remédio (Enfermeira 3- Andorinha).

Conforme o discurso abaixo, pode-se pensar sobre a questão do envolvimento dos integrantes da Equipe de Saúde da Família com a complexa rede social que envolve o cuidado integral da criança em idade escolar. Isto é, fica claro que não existe inclusão de ações

voltadas aos escolares ou envolvimento direto por parte dos integrantes da Equipe de Saúde da Família quando a necessidade ultrapassa a linha do corpo, a dimensão biológica, cabendo aos profissionais da atenção básica recorrer às equipes de apoio da saúde mental (psicólogos e assistentes social). Fica a reflexão: será que os profissionais da equipe de Saúde da Família não se sentem com atributos para assumir as reais necessidades do escolar e assim intervir, ou entendem que “problemas” sociais devem ser resolvidos por outros órgãos e profissionais da área da saúde mental, não cabendo aos integrantes das Unidades de Saúde da Família resolvê-los? Veja o relato abaixo:

No caso esses problemas de família, problemas sociais, problemas de violência, a gente chama um órgão competente, o conselho tutelar, faz uma denúncia à equipe de saúde mental entra em ação vai a casa, o psicólogo, assistente social pra ver o que está acontecendo (Médica 1- Calopsita).

A forma de discussão de casos, para os entrevistados, valoriza cada ponto de vista dos profissionais que acompanham a criança a fim de, juntos, visualizarem melhor a situação encontrada a ponto de tomar a melhor decisão para o conflito existente. Quando entram em acordo sobre a situação encontrada repassam as informações à mãe da criança a fim de integrar o escolar no processo do cuidado como sujeitos ativos.

Num primeiro momento a gente discute, médico enfermeira, residentes e depois vamos fazendo alguma abordagem com a mãe, com a criança e num segundo momento a gente discute com a saúde mental. (Enfermeira 3- Andorinha)

Conforme a fala acima, a equipe de saúde mental é destacada como sendo uma base na tomada de decisões dos profissionais de saúde da Unidade. O ponto a ser atingido é o fato de que o ganho para a Equipe de Saúde da Família com os conhecimentos trazidos da área da saúde mental é essencial na discussão dos casos, entretanto, ressalta-se para a importância de não jogar a responsabilidade unicamente nas mãos da área de saúde mental, muito menos “forçar” soluções psicológicas para problemas sociais e políticos, pois os profissionais da Unidade precisam ter a consciência do cuidado e responsabilidade diante dos conflitos manifestados pelos escolares.

Sobre a discussão de casos Ceccim e Ferla (2003) explicam que o trabalho do cuidado integral deve ser realizado considerando que há dinamismo de saberes e práticas de cada núcleo de profissões de saúde. Araújo (2003) em relação a este aspecto expõe que a equipe de saúde deve favorecer o diálogo entre os profissionais com o propósito de definir coletivamente a assistência ao usuário, o foco central das ações de saúde. Segundo os autores a integralidade não é atingida com o trabalho individual.

A intersectorialidade, na opinião dos participantes da pesquisa possui grande importância nas ações voltadas à melhora na qualidade de vida da criança em idade escolar, pois para os mesmos, existem questões complexas que não se limitam a serem resolvidas no âmbito da saúde, tendo que serem englobadas por diversas áreas integradas na busca de atender as necessidades reais.

É complicado por tudo da melhor maneira possível, porque nem tudo depende da gente, só da saúde, ou da educação, ou só do âmbito familiar que a criança vive. É o conjunto de tudo que vai favorecer o melhor desempenho da criança na escola, então assim se a gente tem a oportunidade de orientar, de oferecer um apoio tanto na escola, com os educadores, quanto para a família e vice versa, eles também manter um vínculo com a gente (Médica 4- Pardal).

Contudo, para os pesquisados, a intersectorialidade é vista como mal articulada de forma a não haver uma integração efetiva com profissionais de outras áreas, fato este que se refere ao desinteresse, muitas vezes expresso, em aproximar suas práticas. Segundo as opiniões dos profissionais de enfermagem os diversos setores, em geral, não possuem a noção de que o trabalho em conjunto facilita as ações, melhorando a continuidade das mesmas.

Eu sinto falta dessa intersectorialidade... Não tem integração. E se não tiver uma integração, uma intersectorialidade com os outros profissionais das outras áreas isso se perde, não da continuidade (Enfermeira 3- Andorinha).

Muita necessidade da intersectorialidade porque só vai ter ganhos quando a gente trabalha junto (Enfermeira 2- João de barro).

As enfermeiras se expressam mais nesta questão sobre falta de articulação entre as diversas áreas com a saúde de modo que, tradicionalmente, nas Unidades de Saúde da Família a enfermagem está mais ligada às questões burocráticas e organizacionais já que se procuram-se envolver com a administração dos trabalhos dentro e fora da Unidade.

Percebe-se que esta falta de comprometimento em articular diversas áreas do conhecimento a fim de garantir o bem estar da criança em idade escolar (não só da saúde com a educação, mas expandindo-se para as demais áreas) está relacionada, segundo um ACS, à questão do tempo dedicado a estes diálogos, isto é, a aproximação dos trabalhos merece dedicação e responsabilidade de modo a necessitar maior envolvimento com as questões complexas.

Na verdade eu não vejo interesse dos profissionais em aproximar estas práticas. Porque o resultado não é agora, já, é uma questão em longo prazo que precisa de muita dedicação, trabalho e vontade de fazer o bem. (ACS 3- Pintassilgo)

O ACS é direto nas suas conclusões, de modo a enfatizar aspectos que são poucos explorados pelos demais integrantes da ESF que se preocupam em dar explicações técnicas, sem se comprometerem com as questões organizacionais da Unidade. Abaixo um exemplo da diferença em se abordar tal dificuldade de diálogo intersetorial do ponto de vista de uma enfermeira.

Eu acho que tem muito que melhorar a questão da intersetorialidade com outros serviços não só a questão da educação, mas com outros serviços segurança pública de crianças...Este tipo de apoio, estrutura é necessário. (Enfermeira 3- Andorinha)

A enfermeira sinaliza que a questão da intersetorialidade é necessária, porém não vai nada bem, entretanto não se posiciona efetivamente no que causa esta divergência de ações e no que poderia ser modificado para melhorar esta articulação.

Nesse sentido, vale destacar que no Brasil a intersetorialidade é apontada como meio para a mudança da atenção à saúde, porém as iniciativas são difíceis e seus principais obstáculos estão relacionados à governabilidade, ao projeto de governo e ao poder local (FERREIRA, 2000).

Moysés, Moysés e Krempel (2004) explicam em relação ao termo “intersetorialidade” que encontra-se frequentemente inserido no discurso e documentos públicos, mas o mesmo não é absorvido adequadamente pelas práticas dos profissionais das diversas áreas e na área da saúde.

A presença de dificuldades quando ocorrem ações conjuntas entre escolas e Unidades são destacadas nas falas dos dentistas, uma vez que enfatizam que se sentem sozinhos nas ações dirigidas aos escolares sem respaldo dos professores, ajuda da escola ou organização conjunta das atividades a serem desenvolvidas, entendendo a necessidade de parceria em busca de ações efetivas.

Eu acho que tem que ter um incentivo da escola, dos professores, diretores incentivar a fazer parceria de educação/ saúde que facilite esse acesso da criança no serviço de saúde. Eu acho que ainda falta muita integração saúde/ educação para melhorar o atendimento da criança em saúde. Acho que falta integração. Eu mesmo sinto muita dificuldade de apoio mesmo parece que a gente está indo lá para atrapalhar, ou que está indo lá para levar mais função, pra dar trabalho. Falta diálogo mesmo, falta parcerias e objetivos em comum (Dentista 1- Gaivota).

(...), mas eu acho que falta um pouco até da própria escola estar colaborando com a gente. Porque a gente traz a criança aqui, faz orientação, mas muitos professores não deixam a criança fazer a escovação por causa da bagunça que fazem. Eu acho super importante assim tanto a escola ‘estar prestando’ atenção nisso, porque a criança não está indo bem, às vezes tem algum problema... E a gente também estar sempre aberto a ajudar, fazer parceria. (Dentista 2- Tucano)

O fato de os dentistas defenderem que há falta de apoio por parte da escola com os trabalhos da saúde bucal mostra que estes profissionais estão inseridos diretamente e mais envolvidos em comparação aos outros integrantes da equipe de saúde no contexto escolar já que desenvolvem ações dirigidas à saúde bucal do escolar. Esta incorporação e, porque não falar em valorização da escola no trabalho do dentista, refere-se às ações pontuais da política

educacional e que, tradicionalmente, englobam o entendimento de ações de saúde escolar, bem como as vacinas e exames oftalmológicos.

Um outro ponto levantado é a falta de retorno da escola à equipe de saúde mais próxima pois, segundo relatos dos participantes, há tentativas de aproximações da saúde com a escola quando são encaminhados escolares à Unidade com a solicitação, dos médicos à escola de uma carta sobre a situação dos escolares que os profissionais da educação não fazem não compartilhando, assim, experiências, nem saberes.

(...) mas daí a gente encontra uma dificuldade, muitas vezes a gente manda carta para professora e a professora não responde para gente ou elas falam que a criança precisa passar no psicólogo porque é muito levada. A gente precisa ver o que significa ser “levada” se é muito arteira, será que não é uma criança que não para quieta porque é uma criança que aprende rápido ou é uma criança que não aprende mesmo e por um déficit de atenção ela não consegue acompanhar. (Médico 2- quero-quero)

A fala acima revela que, na opinião deste profissional de saúde, as professoras encaminham os alunos aos serviços de saúde sem se preocuparem com o retorno por parte da equipe de saúde. Isto é, para este médico os professores não se sentem responsabilizados pelo mau rendimento da criança e neste sentido não refletem sobre suas práticas pedagógicas e nem sobre o que poderia ser modificado para as crianças das classes populares, assim como defendem Collares e Moysés (1994) e Esteban (2007).

Há uma “falsa ideia” por parte dos professores na opinião dos entrevistados sobre a função da união entre saúde e escola, pois para eles a presença constante de profissionais da saúde na escola é entendida como fiscalização de ações no contexto educacional.

Tem professores que não participam, mas alguns participam sim e aceitam bem a saúde da família lá na escola. No começo a escola tinha um pouco de restrição eles achavam que a saúde iria lá, fiscalizar a escola, e não é...Se os dois se unirem, tudo fica mais fácil (ACS 7- Papagaio).

Este receio dos professores de incorporar ações dos profissionais da saúde no cotidiano da escola pode estar ligado ao fato de terem dúvidas sobre a função da saúde no contexto escolar, pois para a escola o papel dos profissionais de saúde se restringe às Unidades de saúde ou ao seu local de trabalho tradicionalmente conhecido ou mais especificamente, no encaminhamento dos alunos e na “solução” dos casos. Além disso, outra questão que pode estar ligada é o fato de que os professores têm medo dos profissionais de saúde interferirem no seu modo de trabalho, apontando e descobrindo as falhas no sistema educacional podendo prejudicar a carreira do docente.

As falas se repetem no sentido de demonstrar a não articulação da saúde com a educação, mas aparece de forma uma tanto genérica, como se fosse uma fala no vazio, sem assumir a responsabilidade da Unidade de Saúde. Entretanto, na fala de um agente de saúde fica claro este jogo do “empurra-empurra” de responsabilidades.

Só que precisa haver acordo entre as autoridades responsáveis...Porque precisam estar na mesma sintonia, nada de ficar jogando problema de um para o outro, mas isso é difícil. (ACS 3- Pintassilgo)

Conforme a fala abaixo, o profissional de saúde com nível superior de escolaridade consegue ter a visão de que esses excessos de comandos ou perda de tempo com conflitos entres categorias profissionais fogem do principal objetivo: o bem estar e cuidado dos escolares.

Acho que tem muita burocracia ou muito cacique para pouco índio, muita gente mandando, mas na hora que vai agir cada um vai pelo seu lado, mas o objetivo comum qual é (Médico-2 quero-quero) ?

Para Campos (2000), negociações entre as áreas, as atividades a serem executadas juntas, e a dificuldade do diálogo se unem na medida em que a ação intersetorial requer o respeito à adversidade e às particularidades de cada setor, ou seja, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento do problema central na possibilidade de agir que se efetiva nas ações coletivas e se constrói como um processo.

A articulação de setores e instituições requer a interação entre pessoas para compartilhar saberes e experiências estabelecendo um conjunto de relações, vínculos de complementaridade (JUNQUEIRA, 1999).

Importante ressaltar que Feuerwerker e Costa (2000) e Andrade (2006) sinalizam alguns aspectos que fundamentam porque o setor saúde está mais mobilizado para propor a ação, diálogos e articulação intersetorial. Os motivos são a percepção da determinação social do processo saúde-doença, do impacto de ações setoriais sobre a saúde e da sua importância diante de problemas como a morbidade.

Os profissionais entrevistados têm a consciência que a integralidade do cuidado se concretiza na ação de diversos saberes compartilhados entre os profissionais da equipe de saúde e entre os setores de saúde e educação, porém, de acordo com os discursos expostos, compreende-se que o trabalho na prática é voltado a aspectos biológicos de cada competência profissional, não ocorrendo união das ações direcionadas à complexa rede de relações da vida da criança em idade escolar, além de existirem dificuldades no diálogo entre educação e saúde.

Categoria 3 - O lugar da escola no ensino sobre saúde

*(...) cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz.*

Tocando em frente, Almir Sater e Renato Teixeira

Segundo a opinião dos ACS entrevistados, a escola que ensina saúde é aquela que de modo geral trata de assuntos relacionados à higiene, doenças e sexualidade por meio de palestras e teatros a fim de esclarecer dúvidas dos alunos.

Ah deve ser algo de falar de saúde na escola. Tipo na sala de aula, explicar sobre doenças, banho, sexualidade (ACS 1- Canário)...

Deve ser algo de falar sobre saúde na escola, quem sabe palestras, teatro com temas de saúde envolvendo crianças...Algo que possa esclarecer dúvidas (ACS 2- Maritaca).

Os participantes destacam ainda que a escola que ensina saúde não se concentra em apenas uma área, mas engloba o bem estar em geral por meio de atividades que ultrapassam os conteúdos das matérias explicadas na sala de aula, como no exemplo abaixo:

Lembra alguma coisa de promoção da saúde, prevenção de doenças. Em todas as áreas, não só na saúde bucal (ACS 3- Pintassilgo).

Eu acredito que são escolas que promovem a saúde e o bem estar de uma maneira geral, não focando em matérias, mas focando em mais campo, como atividades extras (ACS -4- Bem te vi).

Ensinar saúde, na opinião dos ACS entrevistados, não é apenas memorizar condutas de vida, o que é certo ou errado fazer, mas ir além é levar à tona certos temas que muitas vezes não são discutidos em casa, com os pais, cabendo a escola orientar.

Acho que seria bom isso aqui, não só ba-be-bi-bo-bu, decorar certas coisas de saúde. Porque às vezes eles tem curiosidade e os pais não ensinam (ACS 11- Colibri).

Importante destacar como o ACS mostra nesta fala a questão da qualidade do ensino da escola pública para classes populares, pois o mesmo explica que o fato de “decorar” não adianta, ou seja, segundo ele é necessário resgatar que a criança tem curiosidade de aprender, já que muitas dúvidas não são orientadas pelos pais. Isso é trabalhar com ensino de qualidade, uma escola que busque no cotidiano trabalhar com conteúdos, valorizando o que a criança que traz da casa.

Além disso, a fala do entrevistado liga-se também com a Teoria Crítica Social dos Conteúdos na medida em que o ambiente escolar é um local de transformação social e que não tem por objetivo o saber pelo saber, acima referido como “*decorar certas coisas de saúde*”, mas sim a possibilidade de que o conhecimento possa ser ferramenta a mais no processo de transformação social, tendo significado na vida do indivíduo já que se utiliza de vivências na elaboração dos conteúdos (SILVA, 1988).

A ideia de parceria da educação com a saúde também contribui no entendimento do que seriam as escolas que englobam o trabalho com a saúde para os entrevistados que buscam as visões integrais, globais da criança inserida no contexto escolar:

Acho que deve ser alguma coisa de parceria da saúde tentando envolver os dois âmbitos educacionais e da saúde em prol de uma melhor integralização da criança (Médica 4- Pardal).

Os ACS entrevistados ressaltam que a promoção da saúde no contexto escolar é importante na redução de demandas e sobrecarga de serviços as USF, pois poderiam ser promovidas condutas de vida que evitariam agravos à saúde dos escolares, prevenindo complicações futuras.

Se você promover a saúde na escola você irá promover a saúde lá no fim, no futuro. Evitando até doenças programáticas, diabetes, pressão alta e saúde mental que dá uma demanda muito grande dentro das Unidades (ACS 6- Papagaio).

Porque não sobrecarregaria os serviços, de forma que poderiam prevenir ou detectar fácil alguma dificuldade ou complicação da criança. Se aproximasse a saúde da escola, além de promover iria prevenir agravos e diminuir futuramente a demanda por estas complicações na Unidade (ACS 2- Maritaca).

Esta visão ampla dos ACS de diminuição da sobrecarga da Unidade por meio de trabalhos preventivos com escolares confirma a sua compreensão sobre a organização dos trabalhos na Unidade, bem como sua experiência em relação a isto, pois expõem o que modificariam para melhorar a questão do excesso de demanda.

A questão das crianças como agentes multiplicadores de saúde é entendida para um ACS como algo relevante sobre os benefícios do ensino da saúde no contexto escolar, pois é permitido que as crianças levem para suas casas e comunidade os conteúdos e reflexões trabalhadas no contexto escolar, como no exemplo abaixo.

Se existisse essa parceria Unidade- Escola uma coisa responsável com certeza eles iriam passar para suas casas e seria muito legal porque beneficiaria a todos os envolvidos na vida da criança (ACS 4- Pintassilgo).

Os entrevistados apontam que com o ensino da saúde os alunos não aprendem só a teoria sobre a promoção da saúde, o que pode ou não pode, mas que problematizem sua realidade a fim de transformá-la por meio das informações obtidas e debatidas no contexto escolar. Além disso, destacam que a escola que ensina conteúdos de saúde é aquela que realiza parceria com os serviços de saúde, por meio do encaminhamento das escolas às Unidades de Saúde da Família

Com os discursos oferecidos entende-se que a proposta de educar para a saúde destaca o processo saúde-doença ligado a qualidade de vida através da aprendizagem cotidiana no espaço escolar, e desta forma contribui-se para a promoção de saúde e construção da autonomia dos escolares.

Esta autonomia buscada nas práticas de promoção da saúde é também considerada como objetivo nas práticas pedagógicas em geral, pois procuram fazer o escolar refletir sobre as possibilidades de vir a ser, isto é, as possibilidades socialmente existentes de desenvolvimento da autonomia humana (DUARTE, 2001; SAVIANI, 2001).

Categoria 4 - A prática do atendimento aos escolares e o trabalho com grupos de educação em saúde nas unidades: a percepção da precariedade do cuidado ao escolar

*Um menino caminha
E caminhando chega no muro
E ali logo em frente
A esperar pela gente
O futuro está...
Aquarela, Toquinho*

Nesta categoria são abordadas as atividades de educação em saúde realizadas nas Unidades pesquisadas e como estas trabalham com o escolar.

Em relação à importância das atividades de educação em saúde, os participantes destacam que não se limitam a apenas verbalizar um assunto por meio de palestras dirigidas a comunidade, mas é uma questão de orientação sobre qualidade de vida e aproximação contínua da Unidade com a comunidade.

Eu acho que todo dia a gente vivencia educação em saúde. Eu acho que educação em saúde não é quando você para e dá uma palestra, mas é o que faz dia-a-dia no consultório, orientando, explicando, no

corredor, quando a gente ta passando essas informações a gente ta fazendo educação em saúde. (Enfermeira 2- João de barro)

Para os entrevistados, educação em saúde é algo que ocorre habitualmente, pois faz parte da rotina dos mesmos, precisa ser realizado continuamente pelo diálogo com as famílias, já que os resultados são considerados a longo prazo.

No dia a dia da visita eu converso normal, você 'tá' falando, explicando isto é normal (Dentista 1- Gaivota).

Apesar de algumas falas considerarem as ações de educação em saúde importantes, não é o que ocorre na prática do contexto das Unidades de Saúde em relação à criança em idade escolar, já que não existem grupos nem trabalhos voltados a esta população.

Aqui na unidade mesmo não tem grupo nenhum ao escolar (ACS 4- Bem te vi).

Os entrevistados em seguida apontam que, algumas vezes, quando tentavam realizar alguma ação em saúde que estivesse fora da rotina da Unidade com escolares, tendo por base a demanda pelos profissionais levantadas e as necessidades observadas, eram “barrados” mesmo assim, não tendo apoio da coordenação da Unidade, nem respaldo técnico e funcional despertando um sentimento de frustração, segundo a opinião dos pesquisados.

A fim de dar continuidade a um projeto sobre sexualidade, um entrevistado relata que não obteve sucesso ao propor tal ação para a coordenação da Unidade em que trabalha, tendo como justificativa que esta ação em saúde não era prioridade naquele momento.

A gente até pensou em fazer...palestras sobre sexualidade, mas não fui bem vista aos olhos da coordenação. A gente queria ir até as escolas, eu fui acompanhar uma amiga minha que ia ate o ginásio dar estas palestras..Só que ela teve que se mudar e queria continuar este trabalho, só que eu não fui bem vista, porque elas acharam que isso não seria o mais importante no momento a ser desenvolvido. Não houve incentivo, pelo ao contrário, houve uma bronca. Fiquei frustrada (ACS 2- Maritaca) !

Um outro exemplo da falta de incentivo às ações de saúde com escolares refere-se a quando foi levada à Unidade a necessidade de se realizar uma atividade educativa em saúde que orientasse a higiene pessoal de meninas de uma escola próxima da Unidade. Por mais que esta necessidade fosse relatada pelos professores aos Agentes Comunitários de Saúde e que estes a comprovassem, quando proposta a atividade para Unidade não houve preocupação por parte dos demais integrantes desta, muito menos uma mobilização para enfrentar o problema, simplesmente ignoraram tal necessidade, conforme o relato abaixo.

Uma das críticas das professoras era em relação à higiene pessoal das meninas porque sentiam muita falta, elas tomavam conta mesmo das meninas. Eu até trouxe essa demanda para a Unidade para a enfermeira, porém não fluiu... Não virou nada. Era uma queixa das professoras relacionada a criar condutas, orientação de higiene pessoal para as meninas porque elas não têm o espelho em casa dos pais daí seria o papel da saúde e da educação (ACS 3- Pintassilgo).

A não existência de “doença” propriamente dita nas crianças não desperta a atenção e mobilização de trabalhos a serem feitos por toda a equipe da Unidade já que não existem complicações de saúde “visíveis” que atinjam os escolares, apenas falta de orientação aos mesmos que é entendido como segundo plano nas prioridades da Unidade.

As falas acima podem ser explicadas também por meio dos estudos de Pellicioni e Torres (1999) que apontam que o setor da saúde não tem conseguido satisfazer adequadamente as necessidades dos escolares pelo fato destes serem menos vulneráveis a doenças que outros grupos populacionais.

A questão da não existência de programas voltados à faixa etária dos seis aos 14 anos é presente dentre as falas dos entrevistados e uma das explicações que fornecem é devido ao fato de que estas faixas etárias utilizam pouca a Unidades, somente para tomar vacinas, quando estão doentes ou querem fazer um exame de sangue.

Mas é isso, não existem programas voltados a esta população... Porque é assim até os cinco anos as crianças que vêm no posto vêm por causa da vacina, mas ela só vai voltar no posto para tomar a próxima vacina com 15 anos. Eles raramente vêm no posto, não fazem

muitos acompanhamentos de rotina. O que mais faz é: se estiver doente vem no posto. (ACS 2- Maritaca)

Criança grande que a gente fala dos seis aos 14 anos vem porque quer fazer um exame de rotina, porque quer colher um sangue, vê se esta tudo bem. (Enfermeira 2- João de Barro)

As falas tanto do ACS como da enfermeira se encontram no sentido de afirmar que a criança em idade escolar procura o posto quando se encontra doente ou precisa de um exame. Na verdade o escolar e sua família não reconhecem a Unidade como local de promoção da saúde, orientação e prevenção das doenças, mas um local de solução imediata do “sofrimento”. No entanto, é possível identificar uma diferença entre as duas falas acima em relação à ênfase dada pelo ACS ao se referir a falta de programas com escolares, ao contrário da enfermeira que não vai direto ao ponto, mas dá indicativos do mesmo.

De acordo com os entrevistados as ações e atividades direcionadas aos escolares da Unidade de Saúde da Família limitam-se às vacinas, imunização.

Mas algumas atividades têm sim na época de campanha, que nem na campanha da pólio tem a gente se veste com a roupa do Zé Gotinha. Então tem sempre alguém aqui que se veste e vai lá, que conversa e convence as crianças a tomarem (ACS 5- Periquito).

Mas sempre assim na parte de imunização tem atividade na escola se eu não ia, as auxiliares iam para pegar carteirinha, pra fazer a vacina (Enfermeira- 2 João de barro).

As coisas que agente faz na escola assim...é mais com relação a vacina, vacina a escolares (Enfermeira 3- Andorinha).

Pode-se observar que as enfermeiras e os ACS são os integrantes da Equipe de Saúde da Família que mais se expressam em relação às atividades de imunização desenvolvidas na escola, fato este que traz à discussão se os demais integrantes têm conhecimento desta ação ou se julgam que não é necessária uma aproximação por parte do resto da equipe com ações na escola.

De acordo com a análise feita por Cyrino e Toralles Pereira (1999) sobre os programas de saúde desenvolvidos para o escolar, em geral, possui na prática uma linha assistencialista com predomínio de subprogramas isolados, como as vacinas, assistências psicológicas, oftalmológicas e odontológicas por meio de encaminhamentos da escola para unidade de saúde quando o aluno apresenta problemas. Esta forma de atenção prioriza o indivíduo e as partes dele, em detrimento da coletividade e do todo.

Os ACS entrevistados destacam que nas Unidades há ações direcionadas somente às populações idosas, gestantes da comunidade e bebês até dois anos. Explicam que estas ações são baseadas em atividades físicas com idosos visando à qualidade de vida em relação a diabetes, hipertensão entre outras complicações. Há um grupo de mulheres com depressão e gestantes, onde realizam atividades de geração de renda com artesanato e com orientação para mães de crianças menores.

A gente tem um grupo de gestante que faz artesanato para vender e conseguir uma grana extra (ACS 2-Maritaca).

Tem um grupo de qualidade de vida que é desenvolvido que é voltado pra população idosa. A gente enfoca o bem estar deles em geral...Eles saem tão bem de lá. Eles trabalham com dinâmica, atividades que distraem mesmo sabe! Eu gosto! Tem um outro grupo aqui no posto pra gestantes, mas eu não participo! Tem algumas agentes que dão o curso, geralmente é quem sabe fazer alguma coisinha, por exemplo, tem alguma que fazem crochê, outras que bordam (ACS 5- Periquito).

As ações realizadas nas Unidades são aquelas direcionadas às crianças menores como os grupos de escovação para bebês em que o dentista orienta as mães em relação à saúde bucal.

Tem um grupo de escovação infantil para dois anos de idade com o dentista (ACS 1-Canário).

Os entrevistados destacam que existe um grande espaço quando se pensa em saúde do escolar, pois reconhecem que o grupo de escolares não é valorizado como segmento

populacional que também precisa de cuidados por mais que não seja prioridade das ações em saúde, devido à vulnerabilidade de outros segmentos.

Esta faixa etária é deixada um pouco de lado pelo setor saúde, né, tem muita importância. (Médico 3- Tuiuiu)

A gente fala “a criança é o futuro”, mas o futuro precisa ser trabalhado hoje e ninguém pesquisa, fala, nem aborda! (Enfermeira 3- Andorinha)

Segundo os entrevistados, os pais não valorizam o filho escolar no seu cuidado e como alguém que tem necessidades. Deste modo, identifica-se abaixo que a criança menor e os familiares com doenças crônicas são alvos de maior preocupação do que os escolares que muitas vezes estão “camuflados” por alguma necessidade.

Sobre esta questão o médico refere-se à falta de valorização da família ao escolar na consulta, e somente neste espaço.

Nessa época não é tratada do mesmo jeito a criança menor, porque a mãe negligencia a maior e sempre traz a criança menor, fica devendo a consulta do filho mais velho. (Médica 1- Calopsita)

Já os ACS se referem à falta do olhar da família às necessidades dos escolares no contexto da visita domiciliar, ou seja, é no contexto do seu meio social e do diálogo com a família conseguem adquirir estas informações de uma maneira mais concreta.

Mas os pais na visita não falam muito das crianças, não dá muitos detalhes no máximo fala se ‘tá’ com tosse, alguma coisa desse tipo. Eles falam de crianças menores, a saúde dá muita ênfase para crianças menores de dois anos, então nesta fase acho que eles ficam um pouco abandonados, nada é voltado a eles. (ACS 2- Maritaca)

Porém são raras as famílias que te dão resposta na visita. As mães não costumam entrar nesse mundo se esta bem na escola. Muitas vezes se na família tem algum hipertenso ou diabético acaba voltando

*pra ele mesmo. Raramente cita a saúde do filho, como tem passado
(ACS 4- Bem –te-vi)*

Segundo Dias et al. (2005) estas considerações dos pesquisados enquadraram-se com as transformações sociais que ocorrem na sociedade atualmente que vêm ocasionando acomodação por parte das famílias em relação à composição das mesmas, ou seja, as funções e papéis desenvolvidos pelos integrantes da família, conseqüentemente, há alteração na visão sobre o desenvolvimento das crianças escolares da família. Assim, centralizam o entendimento de que quem precisa de cuidados são somente os grupos prioritários como os idosos, aqueles que possuem alguma doença crônica e o bebê ou criança pequena, não valorizando a questão da promoção da saúde dos escolares juntamente com a prevenção das doenças.

Categoria 5 - O planejamento das práticas nas USF nas ações desenvolvidas aos escolares

*Passa tempo, tic-tac
Tic-tac, passa hora
Chega logo, tic-tac
Tic-tac, vai-te embora
Passa, tempo
Bem depressa
Não atrasa
Não demora (...).
O Relógio, Walter Franco.*

Um dos níveis de atenção à saúde que oferece maior possibilidade de construção das práticas a grupos sociais que requerem maior visibilidade na sociedade, como no caso dos escolares é a atenção primária à saúde, pois é um importante espaço para a realização de processos de trabalho em saúde (JÚNIOR et al., 2006).

Para Junior et al (2006) e Starfield (2002) nesse nível de atenção são permitidas possibilidades de organizar ações mais flexíveis que se adaptem às especificidades dos grupos sociais que requerem cuidados individual e coletivo. Na opinião de ambos os autores os serviços de atenção primária são campos férteis para se operar práticas que visem ao enfrentamento dos desafios da incorporação da heterogeneidade, das desigualdades sociais e das diferentes necessidades de saúde.

Neste sentido Campos (2006) sinaliza para a necessidade de práticas cotidianas serem organizadas nos serviços de saúde proporcionando resultados efetivos no cuidado e na atenção integral à saúde.

Quando indagados sobre a elaboração de ações de promoção em saúde na Unidade (não só para escolares, mas de um modo geral), os profissionais explicam que sentem vontade e reconhecem a importância, porém a falta de tempo é uma constante no cotidiano. O dentista abaixo justifica que a falta de tempo para organizar ações voltadas aos escolares é devido a alta demanda da Unidade.

Mas aqui o posto é muito utilizado pelos moradores do bairro então o que ocorre mesmo é uma falta de tempo para organizar outras ações devido à demanda excessiva que existe no posto (Dentista 1-Gaivota).

Já para o ACS abaixo a falta de tempo para participar de ações dirigidas aos escolares é devida ao grande número de visitas que tem que fazer ocupando muitas horas do seu dia a dia.

Eu 'to' tão sem tempo 'pra' isso, 'pra' grupo, perder uma tarde inteira sendo que eu tenho visitas pra fazer. Pra criança tem o grupo de bebês que os dentistas fazem...Geralmente eles perguntam quem quer fazer pra participar,o problema de tempo é difícil (ACS 5-Periquito) !

Por meio das falas acima é possível notar que os profissionais de nível universitário são responsáveis pela elaboração e execução das ações em saúde, já os ACS são responsáveis apenas pela execução, não cabendo a eles a participação na elaboração de atividades, ou seja, além disso, a função de seus trabalhos é fazer a visita domiciliar e participarem, quando tiverem tempo, de outras atividades. O fato é: o ACS é subordinado aos demais profissionais da equipe de maneira a restringirem sua participação na elaboração e organização de ações de educação em saúde, isto é, o ACS poderia ter seu saber valorizado, já que não é entendido como integrante da equipe capaz de elaborar uma atividade de educação em saúde.

A falta de tempo somada à hierarquia da equipe gera frustração por parte dos ACS, pois reconhecem que prejudicam a execução das ações dependendo das decisões dos demais profissionais de equipe para a mesma.

É uma hierarquia e a gente precisa sempre do que está na ponta e muitas vezes o da ponta não tem nem tempo, porque a rotina sufoca mesmo (ACS 8- Sabiá).

Nota-se que o tempo insuficiente e espaço para as demais ações de educação em saúde e/ou ações voltadas ao atendimento aos escolares é atribuído ao alto número de visitas domiciliares e ao fluxo intenso de moradores do bairro na Unidade.

Silva e Trad (2005) sinalizam que a falta de tempo pode ocorrer devido ao grande número de atividades absorvidas por cada profissional, que prejudica a organização da demanda da equipe como adequação das atividades que venham responder às necessidades de saúde da população.

Sobre as demandas de atendimento nas Unidades de Saúde da Família estudadas e a relação com a falta de tempo com ações direcionadas aos escolares, julga-se necessário prender-se aos números de atendimentos feitos no ano de 2009 nas Unidades pesquisadas para compreender como é a frequência dos escolares nas USF.

Em relação ao número de atendimento das Unidades de Saúde da Família estudadas, de acordo com os dados oferecidos pelos SIMIS de Botucatu- 2009-, a USF P.M atendeu 7.288 pessoas no ano de 2009, sendo que destes atendimentos 681 foram destinados aos escolares de seis a 14 anos da comunidade local (9,34% do total de atendimento). Já a USF J.P. atendeu no ano de 2009 o total de 15.068 pessoas sendo que destes atendimentos 1.358 se destinaram à faixa etária escolar (9,01% do total de atendimentos).

Segundo Carandina e Almeida (2010) os escolares correspondem à 20,86% da Unidade PM e 18,02% da Unidade JP, mostrando que nem a metade dessa porcentagem frequenta as Unidades.

Apesar do número total de atendimentos oferecidos nestas duas Unidades de Saúde da Família pesquisadas serem bastante diferenciados, os números de atendimentos destinados aos escolares estão em torno dos 9% de atendimentos das demandas totais de ambas e estes dados, conseqüentemente, mostram a baixa frequência e participação dos escolares nos atendimentos oferecidos nas USF e, talvez, refletem a falta de organização dos serviços e das

equipes de saúde relacionados aos atendimentos e ações com crianças de seis a 14 anos de idade já que não há presença das mesmas e nem procura por atendimento nas Unidades.

Os integrantes da ESF destacam que um fator facilitador das organizações e efetividades das práticas em saúde relacionadas aos escolares é a presença de mais gente na equipe para ajudar nas ações em saúde. Isto quer dizer que consideram importante o maior número de profissionais nas equipes em geral e nas categorias profissionais (ACS, dentistas, médicos e enfermeiros) na divisão das tarefas, facilitando a organização na Unidade e planejamento de atividades.

Acho que deveriam ter mais profissionais para ajudar, nas diversas categorias, ligados para acompanhar as crianças, para dar continuidade ao tratamento ou prevenção (Médico 1- Calopsita).

A organização dos serviços para um dos entrevistados depende do meio em que a equipe de trabalho está inserida, ou seja, da sua responsabilidade social, dos estímulos que são oferecidos na busca do cuidado integral, universal e com equidade que despertarão para questões relativas às práticas efetivas em saúde.

As suas ações dependem muito das pessoas que estão naquele contexto e da motivação e por questões políticas, você pode se desmotivar, e já aconteceu comigo, você chegar lá animado e tudo contra, tudo contra (Médico 3- Tuiuiui).

Esta explicação do entrevistado pode ser relacionada com o que defende Favoreto e Camargo Junior (2002), pois na visão deles os profissionais têm a percepção de que a vontade de intervir sobre as condições de vida das comunidades se organizam de acordo com um referencial normativo, biomédico e não dialógico e democrático incorporado no trabalho em equipe. Sobre este mesmo conflito, Campos (1994) destaca que é importante abrir espaços para transformações na prática questionando ou vislumbrando alternativas nas ações em saúde, ou seja, como estão sendo estruturadas.

Em relação à reflexão sobre as práticas em saúde dirigidas aos escolares, tanto na escola como na Unidade, os entrevistados referem-se à necessidade de discutir a participação de todos os profissionais da equipe nesses tipos de intervenções para que todos tenham condição de integrar as práticas que favoreçam a autonomia dos escolares.

(...) e uma das discussões que a gente faz é tentar fazer uma escala que incorpore cada pessoa que incorpore a equipe de saúde, não somente a enfermeira ou os agentes, mas fazer um rodízio em que todo mundo contribua para melhorar (Médico 4- Pardal).

Neste sentido, Silva (1996) contribui com seus conhecimentos pois segundo o autor à medida em que as equipes da ESF passam a conhecer, se aproximar e a participar da vida das pessoas em suas comunidades, inteirando-se de seus problemas e de suas representações sociais de saúde, elas poderiam buscar uma abordagem que visualizasse cada indivíduo, independente da sua faixa etária, como integrante de uma sociedade que pensa, que tem suas histórias e crenças.

Peduzzi (1998), Silva e Trad (2005) explicam que focalizar a ação em saúde de forma mais próxima do cotidiano das práticas, saberes e habilidades técnicas é essencial.

Sobre o aspecto de intervenção menos verticalizada, um dos entrevistados deixa claro que as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas aos escolares deveriam compor um plano de ação que desse autonomia aos profissionais, de modo a propor ações imediatas segundo a demanda levantada e as devidas providências de organização adotadas sem se prenderem a questões burocráticas que prejudicam o início da ação voltadas aos escolares.

Talvez a coisa não tem que vir muito de cima para baixo, verticalizada talvez na forma mais centralizada. Como por exemplo, “naquele bairro lá, aquelas crianças usam drogas, sexualidade... como vamos atuar?” A gente iria se organizar e se colocar em pratica (Médico 3- Tuiuiui).

A partir dos relatos apresentados permite-se construir a visão de que para a ESF incluir de maneira efetiva os escolares como alvo de suas ações em saúde é necessária a organização da rede local de serviços de saúde voltada para garantir a universalidade do acesso por meio da melhor distribuição desses serviços e adequação da oferta às necessidades deste grupo populacional o que requer novas práticas em saúde com um novo olhar de planejamento de mesma.

Sobre a organização de serviços públicos de saúde em relação à heterogeneidade dos grupos sociais Junior et al. (2006) explica que requer dos serviços públicos uma organização também complexa e dinâmica que atenda as diferentes necessidades. Isto quer dizer que estruturar serviços públicos demanda um conjunto de práticas, que supram as necessidades desses vários grupos. Além disso, necessita de reflexão dos profissionais de saúde sobre os objetivos a serem alcançados com as ações estabelecidas por meio da prática comunicativa com a participação de todos os integrantes das equipes de saúde das Unidades.

Categoria 6 - O outro lado da moeda: o olhar valorizado ao escolar e ações que o entende enquanto ser transformador da sociedade

*Sou menino passarinho com vontade de voar (...).
Prelúdio pra ninar gente grande (menino passarinho), Luiz Vieira*

Nesta categoria expõem-se a outra face que compõe a discussão do presente trabalho, isto é, são discutidas ações e parcerias relacionadas ao cuidado do escolar de Botucatu.

Os ACS da pesquisa sobre o que é oferecido ao escolar na cidade de Botucatu, destacam os projetos sociais da cidade que possuem como função principal segundo os relatos dos pesquisados, tirar os escolares da rua, quando saem do horário da escola, de modo a auxiliar na recuperação e orientação de condutas das crianças influenciadas pelas más companhias ou pelo meio em que vivem. Seguem alguns exemplos deste tipo de opinião:

Pelo menos é uma maneira de tirar os jovens do mau caminho. Eu acho importante ter projetos que incentivem a participação das crianças, porque além de ajudar pode recuperar muitas que encontram má companhia ou que vivem em um meio não tão favorecido assim (ACS 3- Pintassilgo).

Tem crianças que ficam período integral, é um grupo assim maravilhoso, porque tiram as crianças da rua mesmo (ACS 5- Periquito).

A função dos projetos sociais se faz, unicamente, para os entrevistados acima, como a de “tirar as crianças da rua”, de modo que possuem a falsa impressão de que suas utilidades se

restringem a “proteger” as crianças dos chamados “perigos” que a rua e as companhias oferecem à criança da comunidade. Esta linha de pensamento condiz com o que Minayo Gomes e Meirelles (1997) defendem como ser a função dos projetos sociais relacionadas a afastar as crianças do risco de agir em dissonância com as regras sociais ou morais. Entretanto, foram encontrados na literatura estudos de Coimbra (1995) que criticam esta visão de raciocínio linear, de causa e efeito, de que onde se encontra a pobreza está à marginalidade, limitando o papel dos projetos sociais como proteger as crianças do seu meio deixando de se pensar em outras questões importantes a serem trabalhadas.

Segundo a opinião dos ACS entrevistados, as atividades oferecidas pelos projetos referem-se, em sua maioria, a atividades físicas que englobam a prática de esportes instruída por um profissional que orienta e treina os escolares depois do término do horário das aulas na escola.

Eles jogam bola, aula de artes marciais. Um monte de coisa. Que eu saiba eles trabalham só com esporte, é mais a parte de atividades físicas com idade escolar (ACS 2- Maritaca).

Quando não estão na escola, depois da escola, participa deste projeto que envolve atividades físicas, futebol, natação, judô...Eles gostam, quem não gosta né? Sempre tem uma pessoa que instrui no horário que eles não estão na escola (ACS 3- Pintassilgo).

Os ACS se destacam quando o assunto é o que é oferecido na comunidade à criança em idade escolar, justificando a proximidade destes sujeitos da pesquisa com a comunidade, pois além de trabalharem com visitas domiciliares, que os aproxima ainda mais com os moradores do bairro, são residentes da comunidade em que trabalham.

As crianças do bairro também encontram um fator bastante negativo no que diz respeito às atividades sociais e de lazer voltadas a ela, pois há falta de espaço no bairro para a execução das mesmas que prejudicam as opções de divertimento de todos os moradores da comunidade. A única alternativa de entretenimento da população do bairro é a escola que, às vezes, abre nos finais de semana realizando atividades com os escolares e toda família, alternativa considerada importante segundo a opinião de um ACS pesquisado.

Aqui no nosso bairro não tem nada infelizmente, não tem área de lazer, não tem arborização, nada! Eu vejo que embora nosso bairro seja o mais velho, os outros avançaram mais neste sentido. A única coisa que a gente tem que achamos muito bom é a escola da família, que começo todo sábado e domingo, este é o lazer do bairro (ACS 9- Tangará) !

Tinha que mudar o contexto social, aqui é um lugar que não tem um projeto, que não tem praça para eles brincar...Não tem nada! É muito difícil você oferecer alguma coisa que não tem o que oferecer! Fala que tem que sair da rua, mudar condutas...Mas e daí, vai pra onde? Vai aprender onde? Teria que ter uma parceria, mas é muito difícil e a gente fica frustrado, porque você quer ajudar, mas não pode.(ACS 8- Sabiá)

A fala acima permite ressaltar que existe frustração por parte dos pesquisados por sentirem-se impotentes diante de tantas dificuldades que fogem do contexto da área de saúde, mas envolve um leque de fatores sociais que não reconhecem a criança, e muito menos não oferecem espaço a elas, como seres que necessitam de cuidado integral e, portanto, de uma visão multidisciplinar do ser humano considerando seu contexto familiar, comunitário e social. Esta falta de compromisso das políticas públicas voltadas à criança em idade escolar permite afirmar que dão origem às práticas sociais compensatórias, como no caso dos projetos sociais.

A realidade da criança requer uma prática social voltada não somente a questões paliativas, ou de solução imediata, simplista, mas requer toda uma mudança na estrutura social de origem complexa. Ou seja, não basta implantar projetos sociais que trabalhem com cidadania se esta não pode ser exercida no meio o qual a criança pertence.

Vale ressaltar também que os projetos sociais desenvolvidos nas comunidades não têm ligação com as Unidades de Saúde da Família da área de abrangência, ou seja, não existe um diálogo entre a situação e necessidades de saúde da criança em idade escolar e o trabalho social oferecido à mesma, muito menos entre os profissionais de saúde e aqueles que trabalham nos projetos mostrando mais uma vez a ausência de diálogo intersetorial que dificulta a integralidade do cuidado.

Mas não tem relação com a Unidade é tudo coisa separada (ACS 4- Bem te vi).

Em relação aos programas específicos de saúde voltados ao escolar os entrevistados colocam que há Centros de Saúde na cidade que atendem escolares especificamente, o Programa Saúde Escolar de Botucatu (PSEB) com foco nas necessidades dos escolares destacando os trabalhos com odontologia, medicina e fonoaudiologia por meio do encaminhamento feito pelas escolas e pelas Unidades de Saúde da Família.

Na área de dentista, fonoaudiologia...Eu vejo bastante criança que frequenta lá através de encaminhamento das escolas, até creche. Aqui do posto também sai encaminhamento, com certeza (ACS 6 – Papagaio)!

Sobre a eficiência deste trabalho em saúde voltado ao escolar, Programa de Saúde do Escolar, um médico explica que são conduzidos os trabalhos neste local com mais rapidez do que nas Unidades, o que gera satisfação por parte das mães quando procuram este tipo de serviço de saúde com seus filhos.

Assim as mães não reclamam lá resolvem as coisas bem rapidinho, diferente daqui (Médico 2 – Quero quero).

Um ponto que merece atenção é que o único profissional das Unidades de Saúde da Família que pode encaminhar ou até mesmo indicar este serviço aos escolares são os médicos, o que exclui os outros integrantes da equipe de participarem deste processo, já que não tem autonomia suficiente para isso, mostrando a fragmentação do trabalho. Entende-se melhor a partir da fala abaixo:

Eu não tenho muito contato porque não encaminho este tipo de caso, isto é mais encaminhado pelo médico, mas eu sei que existe esse serviço. Se for um déficit de aprendizado o dentista não encaminha isso é passado para o médico e o médico encaminha (Dentista 1- Gaivota).

Com os relatos abaixo é possível notar que a ação em saúde bucal no contexto escolar se faz por meio do exame bucal de todas as crianças da escola, ou seja, é feita inicialmente uma triagem para verificar quais são as condições de saúde bucal dos escolares de modo a comunicar os pais por meio de cartas a situação verificada pelo profissional com a intenção de a família se prontificar a trazer a criança que necessita de tratamento odontológico na Unidade. Porém, quando a família não pode trazer a criança até a Unidade, os profissionais de saúde bucal conversam na escola para buscarem o escolar a fim do mesmo não deixar de fazer o tratamento de saúde bucal, o que ilustra a boa relação e confiança, pelo menos com os dentistas, da escola com a Unidade. Há também a distribuição de escovas de três em três meses realizando a escovação supervisionada com as crianças bem como a orientação sobre a melhor forma de cuidar dos dentes. O exemplo mostra como ocorre esta ação de saúde no contexto escolar:

Nós fazemos anualmente, nós examinamos as boquinhas de todas as crianças da creche e da escola...Mandamos uma cartinha para aquelas crianças que necessitam de tratamento, a gente faz isso anualmente, e durante o ano convocamos essas crianças pra fazerem o tratamento no posto de saúde enviando essa cartinha que precisa fazer o tratamento dessas crianças aos pais, quando o pai não tem condição de trazer essa criança fora do horário de aula a gente tenta conversar com a escola para buscar essa criança pra fazer o atendimento dela no horário que ela está estudando. Daí a gente vai busca a criança, faz o tratamento devolve na sala de aula. E fazemos também a distribuição trimestral de escovas a todas as crianças, de três em três meses a gente pega a lista das crianças e distribui as escovas para estas crianças, fazemos a escovação supervisionada no momento do ato da entrega da escova a gente escova junto, faz a maneira certa de higienização. Isso esta sendo feito faz alguns anos.(Dentista 1- Gaivota)

Então todo começo de ano a gente vai, avalia todas as crianças da escola se tem cárie ou não tem a gente manda uma cartinha pros pais de todas as crianças os que não tem é uma cartinha de parabéns, os que precisam melhorar a escovação uma cartinha de atenção e os que

tem carie a gente coloca que precisa urgente buscar tratamento. É uma vez por semana que a gente vai, e faz a parte de escovação e palestra também a prefeitura manda escova, pasta e a gente leva para estar orientando também, para ver se esta escovando direito. Basicamente é isso, é mais na escola na Unidade de Saúde da Família não. (Dentista 2- Tucano)

Em relação aos demais trabalhos que as Unidades de Saúde da Família fazem com os escolares no contexto da escola destacam-se atividades de educação em saúde, mais especificamente sobre sexualidade, voltadas às crianças de 12 a 14 anos, através de palestras das enfermeiras e Agente Comunitário de Saúde a partir da demanda levantada das dúvidas e assuntos a serem abordados na escola por meio de perguntas feitas por estes alunos. Esta atividade deve acontecer semanalmente dentro da grade curricular dos alunos trabalhando com questões que causam dúvidas sobre o assunto. Abaixo os relatos que explicam tal atividade.

A gente faz na sexta série, junto com as meninas da residência, a gente vai uma terça feira na escola e a gente vê um tema que eles queiram trabalhar. A semana que eu fui falou sobre método contraceptivo, daí a gente vai, leva os métodos explica. Cada terça trabalha uma sexta série, é no período de uma aula (ACS 7-Rouxinol).

Sobre as vantagens de se realizar ações de promoção e prevenção com escolares (tanto na escola ou fora dela) para os dentistas é muito importante devido ao alcance de resultados que consegue obter, pois quanto mais cedo são instalados hábitos de vida, mudança de conceitos, mais eficazmente contribui aos seus estilos de vida, diferentemente quando se é adulto.

Essa é a parte que mais gosto de fazer é a escolar, não só na escola, porque você alcança resultados. O bom é que você na infância consegue modificar hábitos de vida, agora no adulto é mais complicado (Dentista 3- Arara).

Eu acho que é uma área superimportante estar agindo na idade escolar e eu gosto sempre achei importante estar trabalhando nesta área...De estar mudando conceitos (Dentista 1- Gaivota).

No que diz respeito às ações em saúde dentro da própria Unidade de Saúde da Família que contemplem escolares os profissionais entrevistados apontam para o trabalho com grupo de pais, divididos em dois: pais de crianças de zero a cinco anos e de cinco a 10 anos. O grupo funciona da seguinte maneira: enquanto as enfermeiras e dentistas orientam os pais por suas demandas e dúvidas levantadas a respeito dos filhos, os Agentes Comunitários de Saúde realizam também atividades de orientação em saúde com os filhos (escolares). A organização prévia dos grupos ocorre a partir da procura de consulta dos filhos por intermédio dos pais. Assim, a enfermeira marca todos os atendimentos no mesmo dia, a fim de trabalhar com o maior número possível de pais observando as queixas que os mesmos trazem para, a partir de então, proceder às condutas adequadas como orientações e encaminhamentos a outros profissionais se for preciso.

Na verdade como a gente tem muita demanda de criança a gente tem feito o grupo de pais, de 0 a 5 anos e de 5 a 10 anos porque daí a gente junta mais ou menos uns 15 pais, faz o grupo com os pais e daí fica alguns ACS com as crianças orientando higiene, escovação. Esse grupo de pais funciona assim se for à mesma demanda que venho para agendar consulta, pra pedir exame a gente marca tudo nesse grupo daí cada um trás como seu filho está, o que ele veio fazer o que ele quer né? Aí a gente acaba pedindo exames para todos que vieram por causa disso que uma vez por ano a gente pede, mas a maioria das queixa é que não quer comer porque as crianças comem muita porcaria porque é o que tem na casa então acaba comendo, às vezes queixa de oftalmo que não esta enxergando direito e a gente teve neste último grupo crianças com dificuldades na fala, então a gente acabou encaminhando para a fono, esse grupo de 5 a 10 anos. Eu, mais uma enfermeira e se tiver uma residente também e depois no meio do grupo entra o dentista para orientar os pais e depois procuramos orientar as crianças (Enfermeira 1- Curió).

Comunicar-se com escolares numa linguagem acessível e interessante é uma forma de aproximar os serviços e procedimentos de saúde à criança que enxerga o sentido de todo processo voltado à sua saúde nos atendimentos e nas atividades na escola. Abaixo um exemplo:

Converso, falo o que vai ser feito numa linguagem mais lúdica com a criança pra tentar fazer o atendimento, o mesmo faço nas escolas quando vamos fazer escovação, mas normalmente a gente não tem problema quanto a isso. Adulto dá mais trabalho do que criança (Dentista 1- Gaivota).

O profissional de saúde bucal de fato precisa lançar mão de estratégias que facilitem seu trabalho, pois o mesmo utiliza procedimentos que carregam mitos de “sofrimento”, entretanto, por meio da linguagem lúdica o pesquisado acima aponta que facilita na ação com as crianças não obtendo dificuldades gerais em relação ao atendimento odontológico enfatizando ainda que adulto tem mais dificuldade em reconhecer que precisa de atendimento do que a criança.

O grande número de crianças em idade escolar (1.305 na Unidade J. P e 752 na Unidade P. M), segundo estudos de Carandina e Almeida (2010), correspondendo a 18,02% e 20,86%, respectivamente da população total da área de abrangência de cada uma das Unidades de Saúde da Família pesquisadas, apontam para a importância da valorização sobre as necessidades dos escolares além de ações em saúde dirigidas a este segmento populacional de promoção da saúde e prevenção de doenças por parte das USF já que possui uma expressão significativa da população das comunidades locais.

Categoria 7 - A formação do profissional de saúde sobre a saúde escolar e as reflexões despertadas com a pesquisa

Recria tua vida, sempre. Sempre. Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça. Aninha e suas pedras, Cora Coralina

Em relação à capacitação dos profissionais das Unidades de Saúde da Família estudadas sobre o cuidado à saúde do escolar percebe-se que existe, por parte dos entrevistados, a consciência da necessidade e da atualização de conhecimentos referentes ao trabalho na atenção primária. Isto porque, segundo a opinião de um médico entrevistado, o

profissional da atenção primária precisa perceber quais são as verdadeiras necessidades do sujeito para a partir daí realizar um trabalho em saúde com base na integralidade do cuidado:

Às vezes as demandas são camufladas por outras necessidades e para isso tem que ter esta visão de integralidade, estudar muito...Então o profissional da atenção primária tem que ter a sensibilidade para detectar fatores não explícitos (Médico 3- Tuiuiui).

Esta maneira de pensar do profissional de saúde acima pode ser considerada como reflexo de mudanças no processo formativo implementadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde no sentido de deslocar o eixo da formação mais contextualizada que levem em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população (CARVALHO et al, 2009).

No entanto, verifica-se, por meio dos relatos dos ACS entrevistados uma ausência de cursos de capacitação oferecidos aos integrantes das equipes de Saúde da Família sobre a saúde da criança em idade escolar, o que reflete a desvalorização do estudo das necessidades deste segmento populacional, pois existem dúvidas e questões sobre os escolares, na opinião dos entrevistados, que precisariam ser contempladas, discutidas e estudadas a fim de esclarecê-las e com isso melhorar o serviço oferecido em saúde.

Não, nessas idades não. Nós tivemos agora um curso de antropometria para bebês e já fizemos curso de amamentação, mas nessa idade eu nunca participei, mas gostaria porque tenho algumas dúvidas (ACS 4-Bem te vi).

Não tem nada voltado à criança nesta faixa de idade, poderia ter porque existem dúvidas nas nossas cabeças que tiramos no dia a dia, na luta mesmo (ACS 1- Canário)!

Os integrantes das equipes são contemplados com cursos de capacitação e formação voltados para dois extremos, ou são para crianças menores ou são para adolescentes permanecendo uma lacuna quando se trata de cursos sobre a atenção ao escolar oferecido para os profissionais de saúde, segundo um médico participante da pesquisa.

Não tenho visto mas muita coisa disso, não nos extremos sim, saúde da criança menor e do adolescente também, a do escolar ficou abandonado (Médico 1- Calopsita).

Interessante observar que um ACS entrevistado justifica esta falta de olhar sobre capacitação profissional voltadas aos escolares com base na explicação de que a sociedade, e consequentemente os profissionais de saúde em geral, não se apropriaram desta necessidade de buscar conhecimentos sobre a saúde do escolar e desta forma não há tanta procura por cursos nesta área.

O que eu vejo de saúde escolar é um programa de visão nova que ainda as pessoas não acreditam e não absorveram ainda né? É isso não é pra agora, vai demandar tempo de credibilidade (ACS 5- Periquito).

O caráter crítico que o ACS fornece sobre esta questão pode ser exemplificado pelo fato de que o mesmo considera que a saúde escolar precisa ser incorporada por toda a sociedade de modo a ser compreendida sua importância o que demanda tempo e confiança.

Alguns entrevistados mostram sua experiência com cursos de capacitação relacionados à saúde da criança em idade escolar, que possuem uma grande variação de conteúdos, conforme destacado abaixo:

Eu tive voltado assim com a questão médica, foi uma capacitação de vários problemas ortopédicos que acontecem com crianças nesta faixa (Médico 3- Tuiuiui).

Era um curso com duas pedagogas sobre formação de grupos no atendimento a saúde do escolar, direção, como fazer grupos dinâmicas porque são crianças e são agitadas e como você prende a atenção, manejo e técnicas (Enfermeira 3- Andorinha).

Eu assisti à palestra de dst-aids, que era um curso que eles deram para a gente para conseguir abordar este assunto na escola (Dentista 3- Arara).

No primeiro discurso o fator “biomédico” se sobressai, por exemplo, a função daquele curso era compreender o “osso” da criança, uma parte dela, e não a criança que tem uma perna que brinca, corre, mora com a avó, gosta de futebol. Enfim, não centraliza a criança no cuidado, mas um segmento dela. No segundo discurso a comunicação se torna o foco, pois a função do curso é auxiliar no trabalho de construção de grupos com escolares por meio de ensinamentos de “técnicas” e dinâmicas. Já no terceiro, percebe-se a ênfase dada nas doenças sexualmente transmissíveis e com palestras que ajudam a abordar este tema na escola pelos profissionais em busca da promoção da saúde e prevenção de doenças. O segundo e o terceiro discurso se aproximam na medida em que explicam que os cursos de capacitação feitos pelos entrevistados auxiliam em como entender a criança dentro da perspectiva social de suas necessidades e a melhor maneira de abordá-las.

Sobre a formação na faculdade os pesquisados com nível superior contam que o estudo sobre o escolar e suas necessidades nunca foi abordado na graduação de forma a, no máximo, ser dado este conteúdo junto com todas as outras faixas etárias juntas sem um olhar mais aprofundado.

Na faculdade a gente tem, mas não assim voltado ao escolar acho que não (Enfermeira 2-João de Barro).

Na graduação a gente estudava todas as faixas etárias juntas (Enfermeira 1-Curió).

A maneira de se estudar o escolar na faculdade, exposta pelos entrevistados acima, está ligada ao que Cutolo (2000) estudou sobre a formação destes profissionais que muitas vezes podem ser baseadas no modelo fragmentado, centrado na presença das doenças, que não favorece o entendimento das necessidades dos indivíduos enquanto capazes de transformar o seu meio social. Essas características do chamado modelo flexneriano, utilizam metodologia de ensino verticalizada e não problematizadora ou, como dito por Freire (2005), uma "educação bancária" que não permite a construção de uma visão social e crítica sobre os problemas de saúde enfrentados pela população em todos os seus segmentos etários, visto que saúde não significa a ausência de doenças, mas a capacidade do indivíduo em lidar com seus determinantes sociais (condições econômicas, sociais, culturais).

A falta de disciplinas e atividades na faculdade que focalizassem o escolar como ser integral que necessita de cuidados fez com que o profissional de saúde que teve ou tem a

oportunidade de fazer uma pós-graduação pudesse aprender por meio dela novas teorias sobre escolares para trabalhar na prática.

Mas da minha área eu nunca vi nada não sobre saúde do escolar, o que eu tenho mesmo foi na residência que aprendi tudo e apliquei na prática (Dentista 3- Arara).

Abaixo, o dentista entrevistado explora a sua questão pessoal sobre como foi produtivo atualizar-se na área da saúde do escolar na sua prática profissional, pois pode colocar em prática os conhecimentos adquiridos de uma disciplina cursada na pós-graduação facilitando assim o seu contato com escolares e a maneira como abordar a questão da educação em saúde.

Eu fiz as disciplinas da pós-graduação relacionada à Saúde do Escolar que lida um pouco da metodologia, de como abordar, como passar educação em saúde. Eu acho que é um campo que eu preciso explorar mais, me interessei e tem tudo a ver com minha profissão, com minha área, porque constantemente eu atendo criança, todos os dias, e eu acho de fundamental importância trabalhar este tema (Dentista 1- Gaivota).

O que o pesquisado acima descreve nada mais é do que a Educação Permanente caracterizada como aprendizagem no trabalho em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações deste trabalho. Os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde deveriam tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho estruturadas a partir do processo de problematização da realidade encontrada buscando as melhores formas de intervir na mesma (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

Muito importante a observação de que dois ACS entrevistados da pesquisa estão cursando atualmente Pedagogia, o que os sensibiliza ainda mais as questões sobre criança, saúde da criança em idade escolar e educação em saúde.

Eu faço faculdade de pedagogia e me interessa muito sobre educação em saúde (ACS 8- Sabiá).

Eu estou fazendo faculdade de pedagogia! Eu agora estou fazendo uma pesquisa sobre a pré-escola, sobre o desenvolvimento da criança, então agora leio mais sobre isso (ACS 10- Tico tico).

Neste sentido, a discussão inicial desta categoria é a questão da formação e capacitação do profissional de saúde pesquisado sobre a saúde da criança em idade escolar, já que sua prática e todo o seu discurso sobre este assunto estão permeados por sua formação acadêmica bem como sua atualização e participação sobre cursos, palestras ou afins que trabalham com a questão da atenção ao escolar. Cada participante possui formação diferenciada uns com curso superior, outros cursam faculdade e outros que não fizeram graduação, no entanto, pode-se compreender também que precisam “pensar” dentro da mesma lógica de trabalho, no mesmo compasso, já que o trabalho na Estratégia de Saúde da Família exige conhecimentos que muitas vezes precisam ser buscados na aprendizagem em serviço.

O que deve ser apontado é a relevância da Educação Permanente de modo a aproximar as práxis da Educação em Saúde da realidade social vivida pelos integrantes das Equipes de Saúde da Família e a necessidade de se rever o processo de formação do profissional que precisa, com a graduação e também com cursos de formação contínua, se formar na lógica do modelo da determinação social da saúde capacitando-se para trabalhar na ESF/SUS.

(...) embora os treinamentos e capacitações não sejam suficientes para transformar as práticas de saúde, podem contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber, repercutindo sobre as relações de poder no contexto do trabalho. Neste sentido, o investimento na capacitação do conjunto da equipe pode propiciar um maior equilíbrio entre os diferentes sujeitos, constituindo-se um elemento facilitador na construção do projeto comum (SILVA; TRAD, 2005, p. 35).

A medida em que a entrevista ia acontecendo com os participantes começava a se compor um novo olhar sobre o escolar de forma a destacar esta nova postura reflexiva com respostas e reflexões sobre este estudo.

Foi fundamental esta entrevista pra mim venho no momento super importante porque eu to entendendo que eu to deixando passar muita coisa que eu poderia fazer, porque passou despercebido. E vou mudar minha conduta de hoje em diante (ACS 3- Pintassilgo).

O próximo trecho significativo também revela que na opinião de um pesquisado o caminho feito pela metodologia da pesquisa está adequado para uma possível modificação de condutas com escolares. Isto é, o entrevistado explica que a partir da identificação das visões dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao escolar é possível elaborar alternativas de modificação das condutas realizadas verificando as falhas e corrigindo-as de maneira a voltar o trabalho em saúde à necessidade do escolar. Na verdade, o entrevistado assume que falta mesmo conscientização por parte dos integrantes das equipes sobre este assunto, pois segundo o sujeito pesquisado se cada um fizer sua parte bem feita a soma centralizará o cuidado ao escolar.

Eu acho assim que o primeiro passo é esse, identificar a visão dos profissionais e tentar depois com isso tudo criar estratégias para melhorar. Acho que o primeiro passo é criar uma pesquisa que nem esta fazendo, um trabalho para identificar em massa quais são as dificuldades, as falhas que a gente tem e depois a gente trabalhar conforme a necessidade. Acho que é por aí, e acho que uma questão de conscientização em grupo e pessoal, se cada um fizer sua parte, terá uma parte bem grande (Médico 4- Pardal)!

Falando sobre conscientização dos integrantes das Equipes de Saúde da Família na saúde do escolar os sujeitos da pesquisa colocam que o assunto trabalhado foi uma forma de pensar no mesmo pela primeira vez identificado como “coisas que passam batido”, “na idade escolar o agente não lembra de perguntar”, “dá para dar uma acordada sobre o assunto”, “não para pra pensar”, “a gente deveria dar mais atenção”, “não pensamos que é um ser integral”, “reconheço que a gente só faz o mínimo”. Abaixo, outros exemplos de como explicam estas expressões.

Eu achei legal, porque é aquilo que eu te falei a gente acaba fazendo coisas que passam batido. Você vai à visita e acaba focalizando a atenção só no adulto ou quem tem doença programática e na idade escolar o agente não lembra de perguntar...Então dá pra dar uma acordada sobre o assunto (ACS 4- Bem te vi).

Em relação a esta fala do ACS percebe-se diferenças com as demais falas dos outros integrantes da equipe, pois o primeiro relata que refletiu sobre o assunto pesquisado tendo por

base as visitas domiciliares que faz que acabam restringindo ao cuidado do adulto sem sequer lembrar de se referir para família sobre a criança em idade escolar. Já com os profissionais com curso superior, como exemplificado em seguida, refere-se que despertaram sobre o assunto com base no atendimento na Unidade e que deixam de considerar o escolar como ser integral:

Eu acho que foi bom tocar neste assunto porque a gente não para pra pensar mesmo, existem poucos estudos sobre isso e a gente acaba atendendo, atendendo, mas a gente não para a fim de ler um pouco mais, procurar saber como atingir melhor esta criança. (Enfermeira 1- Curió)

Aqui a gente deveria monitorar melhor o escolar porque ele chega aos 14 anos e já pode estar envolvido com muita coisa aqui, então estas ações tirariam essas crianças ou pré-adultos da rua, seria uma faixa de idade que a gente deveria dar mais atenção. (Médico 1- Calopsita)

Eu acho o tema totalmente pertinente. Por exemplo, a gente atende criança escolar, mas não pensamos nisso que é um ser integral, pensamos que é uma criança que possui seis a 14 anos, somente nisso. (Enfermeira 2- João de barro)

Observa-se que os profissionais das Equipes de Saúde da Família escolhidas nesta pesquisa encontram-se em estado de conformação e aceitação das ações no cuidado ao escolar, fato este que foi verificado nesta categoria por meio do quanto esta pesquisa pode provocar algumas reflexões, antes mantidas de lado, sobre a necessidade em se abordar este grupo populacional.

Considerações Finais



Meninos soltando pipa, Cândido Portinari, 1951

D. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A paisagem onde a gente brincou pela
primeira vez
não sai mais da gente.
Candido Portinari*

Os resultados atingiram os objetivos, pois identificaram percepções dos integrantes das Equipes de Saúde da Família sobre a atenção à saúde escolar, bem como analisar a intersetorialidade, o diálogo ente os setores da educação e da saúde.

Os integrantes das equipes de saúde reconheceram a importância da multiprofissionalidade e intersetorialidade. Entretanto, permanece uma prática centrada em soluções “biologicistas” para os problemas verificados, com encaminhamentos a outros profissionais e o trabalho fragmentado onde os profissionais da saúde não encontram apoio dos profissionais da educação, justificado na falta de participação dos professores no planejamento de atividades em conjunto com a equipe de saúde.

As Equipes de Saúde da Família apóiam-se ao fato de que a faixa etária escolar não está entre os grupos consideráveis vulnerável a graves problemas de saúde quando comparadas a outros grupos populacionais, para não se mobilizarem de maneira efetiva à promoção da saúde e prevenção das doenças que envolvam a criança em idade escolar. Desta forma não são incorporadas à prática ações individuais e coletivas ou mesmo atividades intersetoriais permanentes dirigidas aos escolares que identifiquem as suas necessidades específicas, dificultando assim transformações na sua realidade.

Assim as políticas públicas, as ações em saúde e em educação, voltadas às necessidades dos escolares são pouco expressivas, ou até mesmo compensatórias, visto que gerenciam questões de ordem pública e de princípios de cidadania, porém sem atingir as origens complexas das necessidades que circulam o escolar.

É essencial a produção de serviços em saúde que incorporem a visão de mundo dos escolares em decorrência da ausência de uma percepção mais clara dos reais problemas por políticas públicas sociais a fim de garantir uma atenção à saúde integral, não somente voltadas à prevenção por meio das políticas de remediação ou paliativas que são pontuais e limitadas, mas dar voz às reais necessidades do escolar por meio de ações que mantenham a saúde de forma integral, universal e promovam a capacidade de todos os indivíduos e de sua autonomia valorizando o meio e as determinações que este faz na qualidade de vida dos indivíduos.

Torna-se importante estruturar práticas de saúde voltadas às crianças escolares e suas necessidades a fim de construir sujeitos capazes de administrar suas vidas de maneira saudável e crítica, ou seja, crescendo e envelhecendo com qualidade de vida. Deste modo, o escolar precisa ser englobado nas elaborações das ações em saúde mesmo não sendo grupo prioritário focalizando suas necessidades de maneira a contribuir na sua autonomia e nos seus modos de viver e agir sobre seus determinantes sociais que interferem na sua saúde no decorrer de toda sua vida.

Foi permitido compreender a dimensão educacional das políticas e práticas na saúde e a dimensão da saúde nas práticas educacionais partindo de que as práticas de saúde não se resumem ao ato de cuidar do doente, assim como as práticas de educação não se limitam às relações puramente escolares, conforme destaca Cyrino (1994) e o documento do Conselho Nacional de Saúde (2000).

“As práticas em saúde: devem estar voltadas para a promoção da saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde” (CNS, 2000, p. 165-166).

As práticas educativas possuem importância nas ações de saúde e são os objetos das ações de educação em saúde. Assim, a dimensão educacional na saúde conforme também ressalta Pereira (2003), são as atividades de educação em saúde com o objetivo de desenvolver capacidades individuais e coletivas melhorando a qualidade de vida, como os grupos de educação em saúde nas Unidades, os quais não incorporam escolares, atividades desenvolvidas na escola no ensino sobre saúde e a educação continuada dos integrantes das equipes, que dificilmente englobam capacitação sobre a saúde do escolar.

Outra dimensão educacional na saúde encontrada no estudo foi que os integrantes das equipes de saúde consideram, na prática, a saúde como falta de conhecimento e responsabilidade individual, desconectada do meio social, ou seja, desconsideram a estrutura social e política que causam a desigualdade social, a falta de oportunidades e condições inadequadas no modo de viver dos escolares.

Já a influência da saúde na educação materializou-se na “medicalização” do fracasso escolar e na sua “patologização”. Isto é, uma visão reducionista ou organicista, que traduz na saúde todas as causas do baixo rendimento escolar como também afirma Sucupira (2003), ocultando falhas da instituição escolar em relação ao ensino às classes populares e as funções

políticas que deveriam ser exercidas pela escola, pois as necessidades de saúde dos escolares, suas singularidades e diferenças estão presentes e precisam ser trabalhadas.

Neste sentido a instituição escolar deveria procurar elaborar currículos adequados às necessidades e potencialidades a serem desenvolvidas, unindo-se as Equipes de Saúde da Família, a fim de permitir ao escolar a busca da sua autonomia utilizando para tanto o conhecimento como ferramenta social.

Portanto, o desafio social identificado na pesquisa é a superação da crença sobre a resolução de problemas sociais desligados das mudanças na estrutura da sociedade, ou seja, somente pela promoção social e escolarização. Ignorar a problemática da escola pública brasileira, bem como a organização dos serviços de saúde em relação à atenção às necessidades dos escolares é desconhecê-la como direito de cidadania.

Torna-se insuficiente oferecer escolas e serviços de saúde sem antes ultrapassar as barreiras impostas pelo preconceito que reina na sociedade ocultando a capacidade de transformação da condição social e autonomia do sujeito.

Pretendeu-se não esgotar idéias sobre a temática, mas, ao contrário, provocar novos conceitos ou questionamentos. A importância deste estudo focaliza-se na exploração de questões muitas vezes adormecidas aos olhos da sociedade permitindo, assim problematizá-las e refleti-las buscando traçar possibilidades de caminhos no cuidado aos escolares através da valorização da integralidade.

Por fim, assume-se a integralidade do escolar como condição primeira na elaboração de currículos escolares e de ações das ESF não centralizando as práticas no contexto escolar ou nas USF, mas numa rede de objetivos e ações por meio da soma de conhecimentos e saberes destas duas áreas e seus profissionais, da partilha de angústias e problemáticas envolvidas no cuidado ao escolar.

Articular o discurso (ou colocá-lo) com a prática refletindo na mesma permite a transformação das ações e seu alcance sobre o segmento escolar da comunidade. É necessário desnaturalizar idéias sobre o escolar como universais e imutáveis, mas partir de suas necessidades como questionamento nas relações entre saber e poder.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de educação básica. Departamento de Políticas de Educação Infantil e Ensino Fundamental. Coordenação Geral do Ensino Fundamental. **Ensino Fundamental de nove anos: Orientações Gerais**. Brasília: MEC, 2004b. 26p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96p.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-88.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M.A.S. Botucatu em dados: Tabulação Especial do Departamento de Saúde Pública e CSE. 2010.

CARVALHO, M.E et al. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. **Impactos de Saúde Coletiva**, v.3, n. 3, p.44-55, 2009.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: Cotidiano e saberes e praticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p.211-226.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como cuidado estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud en la región de las Américas. In: REUNION LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD, 3., 2002, Quito. **Memória Washington: OPAS**, 2002. p.3-16.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: **acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**- Relatório final, 2002. Disponível em: www.conselhosaude.gov.br/11conferencia/anexos/relatorio.pdf. Acesso em 21 de outubro de 2010

COIMBRA, C.M.B. **Operação Rio: O mito das classes perigosas**. Rio de Janeiro: Oficina do autor, 1995.

COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A.A. **Desenvolvimento psicológico e educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. v.1.

COLLARES, C.A.L. Ajudando a desmistificar o fracasso escolar. In: _____. **Toda criança é capaz de aprender**. São Paulo: FDE, 1989 p. 24-28.

COLLARES, C.A.L; MOYSÉS, M.A.A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. In: ALVES, M.L (Coord). **Cultura e saúde na escola**. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1994. p. 25-31.

COLLARES, C.A.; MOYSÉS, M.A.; LIMA, G.Z. Saúde escolar e merenda: desvios pedagógicos? **Revista Educação e Sociedade**, n.20, p.10-20, 1985.

CORRÊA, E.J. et al. O atendimento pela equipe de saúde. In: LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

COSTA, M.C.O; BRIGAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v 12. p.101-109, 2007.

CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N.M.F. Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. **Revista Psicologia e Sociedade**, v.17, n.3, p.42-49, 2005.

CUTOLO, L.R.A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC**. 2000. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

CYRINO, E.G. **Estudo de um programa de saúde escolar em uma escola estadual da periferia de Botucatu**. 1994. Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v.15, supl 2, p.39-44, 1999.

DEMARZO, M.M.P.; AQUILANTE, A.G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: _____. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed: Pan-Americana, 2008. v.3, p. 9-35.

DEMO, P. **Desafios modernos da Educação**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1993.

_____. A política educacional no contexto das políticas públicas no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Educação. **Políticas públicas e educação**. Brasília: INEP: 1987.

DIAS, L.S et al. A saúde da crianças e do adolescente. In: ENNIO, L et al. **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

DUARTE, N. **Educação Escolar, teoria do cotidiano e a escola de Vigotski**. 3.ed. Campinas: Autores Associados, 2001.

ESTEBAN, M.T. Educação popular: desafio à democratização da escola pública. **Caderno Cedes**, v.27, n.71, p.9-17, 2007.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FERREIRA, V. S. C. **Intersetorialidade em saúde**: um estudo de caso. 2000. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

FERRIANI, M.G.C. **Percepções dos atores sociais que utilizam o Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar (PROASE) no Município de Ribeirão Preto**: uma análise crítica. 1994. 118 f. Tese (Livre- Docência)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

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

FEUERWERKER, L. COSTA H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.22, p. 25-35, 2000.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed Porto Alegre: Bookmam Companhia Ed, 2008.

FRANCO, T.; MEHRY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 5 set 2010.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GONÇALVES, R.J.; SOARES, R.A.; TROLL, T. **O papel do medico, suas dificuldades, sua vivencia e sua relação interdisciplinar no Programa de Saúde da Família de Botucatu**. Relatório final -1ª etapa Programa PIBIC-CNPQ-UNESP. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, 2007.

HARADA, J. Introdução. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Escola Promotora da Saúde**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.

HOFLING, E.M. Estado e políticas (públicas sociais). **Caderno Cedes**, n.55, p.30-41, 2001.

- JUNIOR, N.C. et al. Organização de Práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Revista Saúde e Sociedade**, v.15, n.13, p.30-39, 2006.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA-PUC-SP**, v. 1, p. 57-72, 1999.
- LIBÂNIO, J.C. **Democratização da escola pública**: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola Edições, 1987
- LIMA, G.Z. Saúde escolar: Perspectivas de desenvolvimento. **Caderno Cedes**, n. 15, p.55-61, 1985.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MACIEL, E.L.N. et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes de saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n. 2, p.389-396, 2010.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade:algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- _____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDONÇA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Caderno de Saúde Pública**, v.18, p.113-120, 2002.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO,1992.
- MINAYO-GOMEZ, C.; MEIRELLES, Z, V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, v.13, n. 2, p. 135-140, 1997.
- MORAES, L.L. Saúde escolar. **Revista Pediatria Moderna**, v. 13, p.31-51, 1978.
- MOREIRA, M.E.L; GOLDANI, M.Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n. 2, p.321-327, 2010.
- MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 3, p.627-641, 2004.

MOYSÉS, M.A.A; LIMA, G.Z. Fracasso escolar, um fenômeno complexo: desnutrição, apenas mais um fator. **Revista Pediatria**, p.263-269, São Paulo, 1983.

MOYSÉS, M.A.A. Fracasso escolar: uma questão médica. **Cadernos Cedes**, n.15, p.7-16, 1985.

MOURA, J.B.S et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a Escola Promotora da Saúde. **Revista História, Ciências, Saúde**, v.14, n.2, p.489-501, 2007.

OJEDA, E.N.S. Desenvolvimento Integral da Criança. In: BENGUIUI, Y. et al. **Ações de saúde materno infantil a nível local: segundo as metas da Cúpula Mundial em favor da Infância**. Washington: OPAS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Escolas promotoras de saúde: modelo e guia para a ação**. Washington: OPAS, 1996. Série HSS/Silos.

PÁCIOS, A; ROSSA, L. Resenha. **Revista de Educação AEC**, v.31, n.122, p.5, 2002.

PATTO, M.H.S. **A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: T.Q.Queiroz Editor, 1990.

_____. O papel social e a formação do psicólogo: contribuição para um debate necessário. In: PATTO, MHS (Org). **Introdução à Psicologia escolar**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 459-468.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998 Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PELICIONI, M.C; TORRES, A.L. **A escola promotora da saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Eixo Promoção de Saúde, 1999. Série Monográfica, 12.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a sua prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 5, p.1527-1534, 2003.

PEREZ, M.C.A. **Família e escola na educação da criança: análise das representações presentes em relatos de alunos, pais e professores de uma escola pública de ensino fundamental**. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____. **Infância, família e escola: práticas educativas e seus efeitos no desempenho escolar de crianças das camadas populares**. São Carlos: Suprema, 2007.

_____. Família e escola na contemporaneidade: fenômeno social. **Revista Ibero Americana de Estudos em Educação**, v.4, n.3, 2010.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: A criança brasileira da colônia à República Velha. **Revista Psicologia em Estudo**, v.11, n.1, p. 29-36, 2006.

ROCHA, S.M.M. et al. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.6, n. 5, p. 5-15, 1998.

ROMANELLI, G. Famílias de classes populares: socialização e identidade masculina. **Cadernos de Pesquisa – NEP**, v.3, n.1-2, p.25-34, 1997.

ROSSI, V.L.S.; HOFLING, E.M. Qualidade da política de integração escola-comunidade: educação para a paz?. **Cadernos CEDES**, v.29, n.78 p. 273-278, 2009.

SAMPAIO, M.M. Marcos da atual reformulação curricular do Estado de São Paulo. **Idéias**, n.1, p.73-79, 1989.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 34 ed. Campinas: Autores Associados, 2001.

SILVA, S.A. **Valores em educação**: o problema da compreensão e da operacionalização dos valores na prática educativa. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

SILVA, S. F. Programa de Saúde da Família: o médico de família. In: _____. **A construção do SUS a partir do Município**: etapas para a municipalização plena da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 83-87.

SILVA, I. Z.Q.J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p.25-38, 2005.

SIS. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e tem menos filhos. 2010. Disponível em www.ibge.gov.br/home/presidência/notícias. Acesso em: 4 jan 2011.

SOUZA, W.C. **A inclusão do educando com deficiência na Escola Pública Municipal de Goiânia**: o discurso dos professores de Educação Física. 2003. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Educação- Universidade Estadual de Campinas, 2003.

_____. **Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade**: um caso clínico ou uma invenção pedagógica. 2009. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A.C.S.L; MOYSÉS, M.A.A; NOVAES, H.M.D. O papel do pediatra nas dificuldades escolares. **Revista Pediatria**, v.8, p.23-32, 1986.

SUCUPIRA, A.C.S.L. Experiência do município de São Paulo na Atenção a Saúde do Escolar no período de 1989 a 1992. In: CONCEIÇÃO, J.A.N. **Saúde escolar, a criança, a vida e a escola**. São Paulo: Sarvier, 1994. Série Monografias Médicas.

_____. **Fracasso escolar e condições de vida em crianças de 7 a 10 anos de idade, Sobral, Ceará**, 2003. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. 215p.

VALADÃO, M.M. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. 138p.

ZAGOURY, E.L. **O escolar como agente da tomada de consciência sanitária em uma área rural**. 2003. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ZIONI GOMES, F.: ADORNO, R.C.F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Revista de Saúde Pública**, v.24, p.204-211, 1990.

ANEXOS

ANEXO I - Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu.

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 06 de julho de 2.009

OF. 244/2009-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a Dr^a Eliana Goldfarb Cyrino
Departamento de Saúde Pública
da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Dr^a Eliana,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto: **(Protocolo CEP 3243-2009) "A equipe de saúde da família e a atenção à saúde da criança em idade escolar: Um desafio social"** a ser conduzido por Marina Lemos Villardi, orientada por Vossa Senhoria recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião do CEP de 06/07/09.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP **"Relatório Final de Atividades"**.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

ANEXO II- Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu para a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família.



Prefeitura de
BOTUCATU
Secretaria de
S a ú d e

DECLARAÇÃO

DECLARO que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO, o desenvolvimento da Pesquisa "A equipe de Saúde da Família e a atenção à saúde da criança em idade escolar:Um desafio social". A pesquisa será conduzida pela Autora Marina Lemos Villardi orientado(a) pela Prof. Dra Eliana Goldfarb Cyrino nas Estratégias do Saúde da Família do Jardim Iolanda e Marajoara junto a esta Entidade.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmamos a presente em

16 / 04 / 2009

Dr. Carlos Alberto Macharelli
Secretário de Saúde do Município de Botucatu-SP

Oscar Antônio Grama Hoepfner
Coordenador Atenção Básica
CRM 55.114

ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da Pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

“A Equipe de Saúde da Família e a atenção à saúde da criança em idade escolar: Um desafio social.”

Convido você a participar desta pesquisa de Mestrado em Saúde Pública que possui como finalidade desenvolver estudo acadêmico focalizando o trabalho da Equipe de Saúde da Família em relação à saúde da criança em idade escolar. Sua participação será realizada por uma entrevista voluntária e auxiliará na obtenção de informações sobre a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, bem como seus trabalhos desenvolvidos em relação à saúde das crianças em escolarização. As perguntas não pretendem de forma alguma causar desconforto ao participante e suas respostas serão anotadas/gravadas sendo analisadas posteriormente em sigilo pela pesquisadora. As fitas gravadas serão destruídas após sua transcrição e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras entrevistas não se identificando nenhum participante da pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Para o responsável:

Botucatu, ____/____/ 2010

Assinatura do Pesquisado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Botucatu, ____/____/ 2010

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO IV - Modelo de Entrevista com profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Botucatu.**Breve explicação:**

Essa entrevista trata-se da atenção à saúde da criança em idade escolar, considerando a faixa etária por volta dos seis a 14 anos.

Identificação do profissional de saúde participante da pesquisa

Unidade: J. P () P.M ()

Nome: sexo F () M ()

idade: 20-30 anos()

31- 40 anos ()

41-50 anos()

51- 60 anos()

Mais que 60 anos()

Profissão:

Há quantos anos trabalha com ESF ?

Há quantos anos trabalha na ESF em Botucatu ?

Há quanto tempo trabalha nessa Unidade da Saúde da Família ?

Antes de começar você poderia me contar um pouco sobre seu processo de escolarização?

Tem alguma questão que você gostaria de chamar a atenção?

Lembra de algo que te marcou?

Alguma professora?

Alguma situação?

Objetivos: Resgatar o processo de escolarização vivido pelos entrevistados a fim de que o mesmo reflita sobre o tema bem como entre em contato com o universo da pesquisa.

1) Como você define a criança em idade escolar?

Objetivos: Compreender as características que a criança em idade escolar possui para o entrevistado.

2) Para você quais são os principais problemas de saúde das crianças em idade escolar?

Objetivos das pesquisadoras: Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre quais os principais problemas de saúde encontrados na faixa etária de seis a 14 anos

3) O que você acha que é específico no atendimento a saúde da criança em idade escolar?

Objetivos: Verificar a percepção de cuidado à criança em idade escolar dos profissionais de saúde pelas prioridades estabelecidas no atendimento ao escolar.

4) Na Unidade de Saúde da Família há alguma ação\ atividade voltada à atenção à saúde a criança em processo de escolarização?

Objetivos das pesquisadoras: Identificar se os profissionais de saúde conhecem, dentro da sua Equipe de Saúde da Família, algum tipo de ação relacionada à criança em idade escolar e como se concretizam.

5) Como é sua experiência no atendimento à criança em idade escolar?

Objetivos: Verificar as experiências profissionais realizadas pelos entrevistados à esta população e suas impressões sobre as mesmas.

6) Possui alguma experiência profissional de educação em saúde que você tenha vivenciado na ESF em Botucatu? Descreva

Objetivos das pesquisadoras: Identificar se os profissionais possuem experiência em educação em saúde, como grupos de apoio e projetos envolvendo crianças ou adultos.

7) Você conhece algum trabalho da saúde voltado ao escolar em Botucatu? Se sim, fale o que conhece.

Objetivo das pesquisadoras: Verificar se os profissionais conhecem algum trabalho em saúde direcionado ao escolar em Botucatu, como o Programa de Saúde do Escolar de Botucatu supervisionado pela professora Eliana Cyrino.

8) Para você o que são Escolas Promotoras da Saúde?

Objetivo: Identificar se os participantes da pesquisa possuem conhecimento sobre o que são Escolas Promotoras da Saúde.

8.1) Como enxerga a intersetorialidade entre as áreas de educação e saúde?

Objetivos: Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a escola como promotora da saúde e conseqüentemente como entendem o diálogo entre educação e saúde.

9) Você conhece o Programa Saúde nas Escolas elaborado pelo Governo Federal?

Objetivos das pesquisadoras: Identificar se os profissionais de saúde conhecem este Programa do Governo Federal e suas opiniões sobre a escola como promotora da saúde.

10) Já fez algum tipo de capacitação ou formação voltado à atenção à saúde do escolar?

Objetivos das pesquisadoras: Identificar se os profissionais de saúde reconhecem a importância da interação saúde-escola e suas opiniões sobre a escola como promotora da saúde.

11) Para você, qual a sua visão sobre os fatores que interferem na escolarização (ou no processo de aprendizagem) das crianças?

Objetivos: Identificar como os profissionais de saúde compreendem o processo de escolarização, seus determinantes e as relações que compõem o processo de ensino-aprendizagem.

11.1) Esse tipo de problema das crianças escolares chega aqui na unidade?

Objetivos: Verificar se os problemas relacionados à escolarização chegam às Unidades de Saúde da Família pesquisadas.

11.2) E o que a unidade tem para oferecer para esses casos?

Objetivos: Compreender as condutas dos profissionais de saúde diante das queixas de dificuldades de escolarização das crianças trazidas à Unidade.

11.3) Como você vê o que poderia ser feito algo por essa criança?

Objetivos: Compreender a forma como os profissionais de saúde se mobilizariam na busca por melhorar a questão do cuidado à saúde dos escolares.

12) Quais são suas condutas diante de crianças que vem na consulta, na Unidade ou na VD com queixas escolares?

- () Encaminho a outros profissionais, se escolhida esta alternativa responder: obtém retorno dos mesmos?**
- () Busco material teórico para este tipo de atendimento**
- () Me dirijo à escola da criança para verificar o andamento das situações que envolvem as dificuldades escolares**
- () Discuto o caso com outros profissionais da Equipe**
- () Converso com a criança e com a família sobre o assunto, se escolhida esta alternativa responder: como é seu diálogo com a família nesta situação?**

Objetivos das pesquisadoras: Identificar, com detalhes, as condutas realizadas pelos profissionais a partir das queixas escolares e ou problemas de comportamentos na escola do paciente em idade escolar.

13) O que você achou dessa entrevista?

Objetivos: Verificar quais foram as impressões dos entrevistados ao participarem desta entrevista.

ANEXO V - Entrevista realizada com um dos participantes da pesquisa.**Breve explicação:**

Essa entrevista trata-se da atenção à saúde da criança em idade escolar, considerando a faixa etária dos seis a 14 anos.

Identificação do profissional de saúde participante da pesquisa

Unidade: J. P () P.M (X)

Nome: Andorinha

sexo F (X) M ()

idade: 20-30 anos()

31- 40 anos (X)

41-50 anos()

51- 60 anos()

Mais que 60 anos()

Profissão:

ENFERMEIRA (3)

Há quantos anos trabalha com ESF ?

ENFERMEIRA: nove anos

Há quantos anos trabalha na ESF em Botucatu ?

ENFERMEIRA: sete meses

Há quanto tempo trabalha nessa Unidade da Saúde da Família?

ENFERMEIRA: seis meses

Antes de começar você poderia me contar um pouco sobre seu processo de escolarização?

Tem alguma questão que você gostaria de chamar a atenção?

Lembra de algo que te marcou?

Alguma professora?

Alguma situação?

Objetivos: *Resgatar o processo de escolarização vivido pelos entrevistados a fim de que o mesmo reflita sobre o tema, bem como entre em contato com o universo da pesquisa.*

ENFERMEIRA: Hoje eu consigo analisar dessa maneira, assim, foi um momento de transição política. Eu lembro que na época era bem legal, porque a gente cantava o hino nacional, o hino da bandeira todo dia. Tinha aquela coisa do professor chegar na sala e a gente levantar, eu achava as coisas mais organizadas na escola pelo o que eu vejo hoje. A gente tinha que ir de uniforme para a escola, essa coisa da responsabilidade mesmo, tanto dos pais quanto da escola, 'né'. Eu gostava, estudei em escola pública toda a vida, no primário, colégio e faculdade. Tem alguma professora que te marcou?(pergunta) Tem...nenhuma em especial...eu gostava de todas. Estudava, brincava...para mim era ótimo(risos)

1) Como você define a criança em idade escolar?

Objetivos: *Compreender as características que a criança em idade escolar possui para o entrevistado.*

ENFERMEIRA: Olha eu acho que é o momento da criança descobrir que ela tem responsabilidades, deveres, horários... É um momento de limites para ela que é não é mais aquela coisa de acordo a hora que eu quiser, fico dormindo. Não, eu acho que nesta fase a criança começa a ter limites, que eu acho que é bom. Eu acho se ela teve uma boa educação em casa, ela já começou a ter algumas frustrações antes pelos pais de maneira controlada. E agora ela vai criar um hábito, de ter rotina, de ter responsabilidades.

2) Para você quais são os principais problemas de saúde das crianças em idade escolar?

Objetivos das pesquisadoras: *Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre quais os principais problemas de saúde encontrados, na faixa etária de seis a 14 anos*

ENFERMEIRA: Falta de limite das crianças. Eu acho que os pais, pelo o que eu vejo, os pais não sabem lidar com a questão de dizer não para a criança, parece que dizer não é uma coisa ruim. E não é, pelo o que eu estudei, precisa colocar limites, precisa dizer não. E isso é bom que seja controlado pelos pais. O ser humano saudável tem que ter tido limites na infância, tem que ter sido frustrado pelos pais na infância, não no sentido de frustração total,

mas aquela frustração controlada mesmo, que ele sabe que até ali ele vai que a partir daí ele não pode, senão isso depois vai acontecer no mundo e não vai ser controlado e não vai ser nada bom! (risos) O que eu sinto de dificuldade aqui inclusive é um grupo que a gente 'ta' pensando em começar a partir do dia 17 próximo, é de saúde mental das crianças de zero a 11 anos é mais comportamento. Tem a ver com a educação que eles têm em casa, não tem nem o que falar. O grupo é para as mães e para os pais nesta faixa de idade.

3) O que você acha que é específico no atendimento a saúde da criança em idade escolar?

Objetivos: Verificar a percepção de cuidado à criança em idade escolar dos profissionais de saúde pelas prioridades estabelecidas no atendimento ao escolar.

ENFERMEIRA: Eu costumo atender a criança como um todo, independente de estar na escola ou não, se está na idade escolar ou não, se entrou precocemente na escola, porque eu costumo olhar para a criança num contexto dela mais amplo. Se ela está na escola, tudo bem, ela tem aquela coisa da responsabilidade, de acordar cedo, daquilo e daquilo, mas ela também tem a questão da família, do lazer. Então, eu costumo olhar para a criança de uma forma mais geral, num contexto...ela está na escola, mas ela tem a família, ela trabalha, tem criança que é pedinte, a escola também, mas outras questões precisam ser consideradas que envolvem outras coisas...não apenas focadas lá: ela está na escola e ela precisa aprender. Ela não aprende por que? Porque ela sai para pedir à tarde, ela não tem o pai nem a mãe em casa, mora com a avó. Eu procuro ver a criança em qual contexto ela está inserida além da escola. Se têm crianças em idade escolar que não estão na escola porque não estão na escola? Se ela não está aprendendo por quê acontece isso? Come direito, dorme direito, tem problemas em casa, sofre violência não sofre. Então a gente procura fazer uma coisa mais ampla, independente de estar na escola ou não.

4) Na Unidade de Saúde da Família há alguma ação\ atividade voltada à atenção à saúde da criança em processo de escolarização?

Objetivos das pesquisadoras: Identificar se os profissionais de saúde conhecem, dentro da sua Equipe de Saúde da Família, algum tipo de ação relacionada à criança em idade escolar e como se concretizam.

ENFERMEIRA: As coisas que agente faz na escola assim...é mais com relação à vacina, vacina a escolares. Agora a gente tem um grupo com adolescente que às terças à tarde se discute sexualidade, o que na verdade é a demanda que eles trazem, surgiu muito essa questão com alunos de 12, 13,14 anos que eles levantaram esta demanda de saber o sobre o corpo deles, discutir a questão de sexualidade. A vacina é mais uma coisa que eu creio que é do município, e este grupo não, é da Unidade.

5) Como é sua experiência no atendimento à criança em idade escolar?

Objetivos: Verificar as experiências profissionais realizadas pelos entrevistados à esta população e suas impressões sobre as mesmas.

ENFERMEIRA: Eu gosto. Até que é gostoso porque eles sempre vêm com a mãe, então é um momento que converso com a mãe e a criança ao mesmo tempo e assim, por exemplo, eu não gosto de comer verduras e frutas eu explico para ele o porquê e para mãe como ela vai fazer isso. Eu me identifico sim!

6) Possui alguma experiência profissional de educação em saúde que você tenha vivenciado na ESF em Botucatu? Descreva

Objetivos das pesquisadoras: Identificar se os profissionais possuem experiência em educação em saúde, do tipo grupos de apoio e projetos envolvendo crianças ou adultos.

ENFERMEIRA: Grupos de educação em saúde a gente faz vários, um que a gente quer começar agora é para gestantes, primeiro, segundo e terceiro semestre, a gente procurou dividir para suprir as dúvidas de cada momento da gestação. E outro é de saúde mental, de depressão. Esse grupo foram várias tentativas que foram feitas para acontecer e a assistente social até falou, vamos colocar o nome de grupos de depressivos, mas gente ninguém quer saber de rótulos! Então, vamos fazer um grupo de artesanato que é uma coisa que envolve, de geração de renda, que as pessoas têm essa necessidade, então vamos pensar em uma coisa que atraí bem, no marketing mesmo. E dentro desse contexto sim, fazer algumas abordagens de saúde mental. A princípio a gente pediu para os médicos encaminhem todos os pacientes com depressão, que precisa fazer psicoterapia, não individual, de grupo mesmo, e ali eles encaminharam e a gente buscou outras pessoas também e montamos o grupo de saúde mental de mulheres, e está sendo um sucesso! No primeiro momento elas só fazem tricô. A gente pensou em iniciar com uma atividade até para não gerar ansiedade, porque é de saúde

mental, então não pode ter 'ah, não consigo fazer tricô, crochê, pintura' Não, com o tempo a gente vai fazer uma coisa e depois outra e outra. Aí participam as psicólogas, assistentes sociais, as residentes e vão conversando e 'está' saindo coisas muito legais, que é a troca entre elas que é muito legal 'ah eu tinha, estou numa outra fase e tal', elas falam 'estava assim e assim e depois fiquei assim, assim, ah, mas eu melhorei' . É uma conversa informal, vai saindo delas. No primeiro dia do grupo uma trouxe um minutos de sabedoria aí todas leram e ficaram emocionadas, confortadas. E aí elas viram que elas se identificaram, como a gente encaminhou pessoas com características muito iguais, então elas automaticamente se identificaram, e elas sentem essa melhora, elas manifestam, está sendo muito interessante. A gente está buscando outros, mas falta tempo, espaço.

7) Você conhece algum trabalho da saúde voltado ao escolar em Botucatu? Se sim, fale o que conhece.

Objetivo das pesquisadoras: Verificar se os profissionais conhecem algum trabalho em saúde direcionado ao escolar em Botucatu, como o Programa de Saúde do Escolar de Botucatu supervisionado pela professora Eliana Cyrino.

ENFERMEIRA: Olha, eu conheço a obra M. M que tem esse projeto ao escolar e não só para ele. Eu até sei que existem outros, mas não tenho muita integração. Tem creche..mas eu sinto falta dessa intersetorialidade..não tem integração.

8) Para você o que são Escolas Promotoras da Saúde?

Objetivo: Identificar se os participantes da pesquisa possuem conhecimento sobre o que são Escolas Promotoras da Saúde.

ENFERMEIRA: Não conheço, não. (Explico) É uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde de 1996 que estabeleceu a escola como espaço de promoção da saúde fazendo esse diálogo com o posto de saúde com ações de promoção e prevenção, juntando a comunidade escolar com os profissionais da equipe. Aproximar a saúde do contexto escolar e a escola nas USF e seus profissionais. E no Brasil, veio para cá em 2007, como Saúde nas escolas. Ah, acho que eu sei do que você está falando. Em São Paulo, assim, eu lembro que teve contratação de pediatra para trabalhar dentro da escola, e algumas especialidades para ficar dentro da escola, e eu fiquei pensando porque o aluno não pode vir para dentro da unidade e a equipe ir para dentro da escola e não a equipe 'estar indo' dentro da escola, e

não só o especialista para dentro da escola. E daí fiquei me perguntando..e eles falaram assim 'é da saúde do escolar', mas só pediatra??(risos) Quando trabalhava em São Paulo a unidade era de frente com uma escola e a gente ia com iniciativa da Unidade e a gente sempre estava lá fazendo palestras, grupos e não só para crianças, mas para adultos à noite que estudavam, fazíamos palestras de final de semana e eu achava que isso tinha mais impacto do que ficar só um profissional lá, que não tinha muito vínculo, porque tinha um prontuário da criança na escola e outro na unidade e não se cruzavam as informações para saber realmente. Porque a gente sendo ESF temos informações que os ACS trazem que só a gente tem e vê. E se não tiver uma integração, uma intersetorialidade com os outros profissionais das outras áreas isso se perde, não da continuidade. Um exemplo uma criança que sofre violência, às vezes que o agente sabe e traz para a equipe, e daí a gente encaminha para fazer um acompanhamento psicológico num serviço secundário ou terciário...a gente pode até colocar isso, mas se não tiver essa integração real, se não tiver uma contra referência, uma referência a coisa se perde, as informações ficam trocadas e a criança não vai ser bem atendida, a continuidade do tratamento não vai ser muito bom.

8.1) Como enxerga a intersetorialidade entre as áreas de educação e saúde?

Objetivos: Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a escola como promotora da saúde e conseqüentemente como entendem o diálogo entre educação e saúde.

ENFERMEIRA: A integração saúde e educação seria positiva se funcionasse, realmente, inter mesmo. E não assim ' agora vai alguém lá da saúde, vai lá para dentro da escola, vai lá e atende' e não vejo isso...para mim só mudou de espaço, tanto faz a criança vir aqui ou eu ir lá atendê-la, só mudou o espaços se não tiver a troca realmente de informações, não acontecer a troca realmente entre profissionais, professor, enfermeiro, médico, quem atende aquela criança, se não tiver essa troca, essa intersetorialidade, que eu digo é isso, é essa troca de informações para a mesma criança porque ir até a escola e fazer alguma coisa que não seja no sentido de troca eu acho que só mudou o espaço que eu estou tendo da criança, mudou parede, prédio.

9) Você conhece o Programa Saúde nas Escolas elaborado pelo Governo Federal?

Objetivos das pesquisadoras: Identificar se os profissionais de saúde conhecem este Programa do Governo Federal e suas opiniões sobre a escola como promotora da saúde.

ENFERMEIRA: Não. Então, (explico) este programa vem por conta das Escolas Promotoras da Saúde que é uma iniciativa mundial e o Programa Saúde nas Escolas se refere às políticas públicas do Brasil que foi implantado em 2007 e por isso é bem recente, com pouca adesão e com diálogo complicado entre escola e saúde. Seria interessante se uníssemos nossos conhecimentos sobre a criança, porque o professor vê a criança e nós, ACS, a casa. E outra coisa que a gente discute é a questão da referência, não tem pra quem 'estar encaminhando', para fazer um acompanhamento. Seria interessante envolver a família também, dentro da escola poderia ser com uma equipe de psicólogo, assistente social para estar acompanhando a criança.

10) Já fez algum tipo de capacitação ou formação voltado a atenção à saúde do escolar?

Objetivos das pesquisadoras: Identificar se os profissionais de saúde reconhecem a importância da interação saúde escola e suas opiniões sobre a escola como promotora da saúde.

ENFERMEIRA: Já, já em 2005..era...não lembro, era com duas pedagogas, era para formação de grupos no atendimento a saúde do escolar, direção, como fazer grupos dinâmicas porque são crianças e são agitadas e como você prende a atenção, manejo e técnicas.

11) Para você, qual a sua visão sobre os fatores que interferem na escolarização (ou no processo de aprendizagem) das crianças?

Objetivos: Identificar como os profissionais de saúde compreendem o processo de escolarização, seus determinantes e as relações que compõem o processo de ensino-aprendizagem.

ENFERMEIRA: Nossa! (risos) Todos os determinantes de saúde interferem no aprendizado de uma criança, questões sociais mesmo, se a criança é bem nutrida, se alimenta bem, se tem uma saúde mental boa, se tem uma boa estrutura familiar ou não, e isso de estrutura familiar não é aquilo de pai e mãe, às vezes ela mora com os avós e tem uma boa estrutura familiar,

um bom vínculo com eles, irmãos. Mas eu acho assim, que todos os determinantes sociais interferem no aprendizado de uma criança, tudo!

11.1) Esse tipo de problema das crianças escolares chega aqui na unidade?

Objetivos: Verificar se os problemas relacionados à escolarização chegam às Unidades de Saúde da Família pesquisadas.

ENFERMEIRA: Muito, muito, todos os dias.

11.2) E o que a unidade tem para oferecer para esses casos?

Objetivos: Compreender as condutas dos profissionais de saúde diante das queixas de dificuldades de escolarização das crianças trazidas à Unidade.

ENFERMEIRA: Geralmente a gente agenda uma consulta e daí passa com o médico, com a enfermeira, com o psicólogo, assistente social porque a gente percebe que, até que ela se alimenta bem, mas o pai bate na mãe todos os dias... são casos comuns, então a criança vai para a escola com medo porque vai ficar pensando no pai batendo na mãe, então são vários os fatores então precisamos de intervenções em todas as frentes, aí a Unidade procura intervir em todos os sentidos, até com conselho tutelar, com Ministério Público.

11.3) Como você vê o que poderia ser feito por essa criança?

Objetivos: Compreender a forma como os profissionais de saúde se mobilizariam na busca por melhorar a questão do cuidado à saúde dos escolares.

ENFERMEIRA: Eu acho que tem muito o que melhorar, principalmente a questão da intersetorialidade com outros serviços não só a questão da educação, mas com outros serviços, segurança pública de crianças...aqui a gente ouve rumores, boatos de casos de pedofilia e é tão frustrante você imaginar que uma criança está tendo algum tipo de abuso, não só físico, mas psicológico; você não tem a quem recorrer e fica uma coisa...nesse sentido, a ESF sofre muito porque o agente ouve muitas coisas, mas ele precisa ficar quieto porque ele mora aqui. Uma vez uma agente contou na unidade sobre um pedófilo que tinha muita grana, poder, influencia no bairro, que se ele fosse denunciado ele...é complicado. Este tipo de apoio estrutura é necessário, não só para esses casos, mas para todos.

12) Quais são suas condutas diante de crianças que vêm na consulta, na Unidade ou na VD com queixas escolares?

- () Encaminho a outros profissionais, se escolhida esta alternativa responder: obtém retorno dos mesmos?**
- () Busco material teórico para este tipo de atendimento**
- () Me dirijo à escola da criança para verificar o andamento das situações que envolvem as dificuldades escolares**
- () Discuto o caso com outros profissionais da Equipe**
- () Converso com a criança e com a família sobre o assunto, se escolhida esta alternativa responder: como é seu diálogo com a família nesta situação?**

Objetivos das pesquisadoras: Identificar, com detalhes, as condutas realizadas pelos profissionais a partir das queixas escolares e ou problemas de comportamentos na escola do paciente em idade escolar.

ENFERMEIRA: É difícil falar, vou pensar num caso. A mãe tem um rebaixamento mental e a criança é “hiperativa”, veio com esse encaminhamento da escola, mas assim, você vai analisar no contexto, a mãe tem um problema que ela é mais lenta e para mãe acompanhar, porque a criança é saudável, não tem rebaixamento, então a criança quer que a mãe brinque com ela, conversa e a mãe não faz nada e daí a gente faz avaliação deste caso, por exemplo eu chamei a psicóloga, a assistente social, a gente fez uma abordagem multiprofissional e depois o médico, num segundo momento, falou ‘olha a criança não é hiperativa se não você dá remédios para todo mundo’, dá remédio para criança dormir porque a mãe não acompanha, o professor...A criança tenta compensar na escola o que ela não consegue em casa. Ela não consegue brincar, conversar... ela não consegue, ela é sozinha e daí na escola ela vai como um furacão mesmo, ela quer brincar mesmo! Mas ela aprende bem, a professora diz que não da conta porque ela é hiperativa, porque tem problema, não é normal! E fazendo esta abordagem multiprofissional a gente viu que não era isso, era uma criança super normal. Procuramos fazer sempre uma abordagem multiprofissional para não ter só a visão do médico, do psicólogo, enfermeiro, para não fatiar a criança em várias partes..cada um dá um remédio. A gente discute o caso, a saúde mental é de quinta-feira. Num primeiro momento, a gente discute médico, enfermeira, residentes e depois vamos fazendo alguma abordagem com a mãe, com a criança e num segundo momento a gente discute com a saúde mental e, às vezes, até o atendimento é em grupo, mas é mais individual. Esses casos são trazidos pelas mães, agentes, escola.

13) O que você achou dessa entrevista?

Objetivos: Verificar quais foram as impressões dos entrevistados ao participarem desta entrevista.

ENFERMEIRA: Eu achei interessante, sim eu acho que é uma coisa que precisa ser mais explorada, é pouco estudada, pouco pensada e daí a gente fala 'a criança é o futuro', mas o futuro precisa ser trabalhado hoje e ninguém pesquisa, fala, nem aborda e então eu gostei muito!

ANEXO VI - Artigo submetido à revista Interface

A atenção à saúde do escolar na Estratégia de Saúde da Família: a percepção de uma lacuna¹

Cuidado de la salud de la escuela a la Estrategia de Salud de la Familia: La percepción de una brecha

Health care of school at the Family Health Strategy: the perception of a gap

Autor Principal: Marina Lemos Villardi, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual Paulista.

Rua Padre Lindolfo Esteves, 250. Avaré, São Paulo. Tel: (14) 9635-1312, (14) 3732-3489

Email: mavillardi@yahoo.com.br

Co- autor: Eliana Goldfarb Cyrino, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, UNESP.

Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695. Botucatu, São Paulo. Tel: (14) 3882-3864

Email: ecyrino@fmb.unesp.br

O presente artigo é parte do resultado da dissertação de Mestrado de Marina Lemos Villardi sob orientação de Eliana Goldfarb Cyrino, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu- Unesp (Protocolo 3243-2009) e financiado pela Capes.

Resumo

A atenção à saúde do escolar na Estratégia de Saúde da Família: a percepção de uma lacuna

O presente estudo objetiva identificar a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a atenção dispensada à saúde da criança em idade escolar em trabalho realizado por equipes da Saúde da Família. Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem interpretativa. A partir da análise dos trechos significativos das entrevistas uma categoria emergiu: o cuidado ao escolar: família, escolarização e suas necessidades. Os resultados permitem identificar que os entrevistados têm a noção da complexidade das questões relacionadas à escolarização das crianças, pois entendem que diversos fatores colaboram para o rendimento na escola e que deveriam ser levados em conta na compreensão da situação apresentada pela criança. Entretanto, o baixo rendimento escolar é, na prática, entendido como mau funcionamento fisiológico da criança acarretando na “medicalização” do fracasso escolar reduzindo as questões de origem social em causas biológicas.

Palavras-chaves: Saúde Escolar, Estratégia de Saúde da Família, Escolarização.

Resumen

Cuidado de la salud de la escuela a la Estrategia de Salud de la Familia: La percepción de una brecha

Este estudio objetiva identificar las percepciones de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia en la atención de la salud de los niños en edad escolar en el estudio de los equipos de Salud Familiar. Esta es una investigación cualitativa. A partir del análisis de una parte significativa de las entrevistas, emergió una categoría: El cuidado de la escuela: la familia, la escuela y sus necesidades. Los resultados sugieren que los encuestados son conscientes de la complejidad de las cuestiones relacionadas con la escolarización de los niños, porque entienden que los factores diversos y complejos contribuyen al rendimiento en la escuela y que deben ser tomadas en cuenta en la comprensión de la situación presentada por el niño. Sin embargo, bajo rendimiento escolar es, de hecho, trabajó como un mal funcionamiento fisiológico que hace que el niño en la medicalización del fracaso escolar.

Palabras clave: Salud Escolar, Estrategias para la Salud Familiar, Escolaridad.

Summary

Health care of school at the Family Health Strategy: the perception of a gap

This study aims to identify the perceptions of professionals of the Family Health Strategy on health care of school age children in the study by Family Health teams in the municipality of São Paulo. This is qualitative research, interpretive approach. From the analysis of significant portions of the interviews, one category emerged: The care of school: family, school and their needs. The results suggest that respondents are aware of the complexity of issues related to the schooling of children, because they understand that diverse and complex factors contribute to the performance at school and that should be taken into account in understanding the situation presented by the child. However, poor school performance is in fact worked as a physiological malfunction that causes the child in the medicalization of school failure, which reduces the issues of social origin to biological causes.

Keywords: School Health, Strategies for Family Health, Schooling.

Introdução

A atenção à saúde da criança em idade escolar é uma questão bastante discutida, tanto pelo setor saúde quanto pelo da educação. Entre outros elementos, discute-se a necessidade de órgãos específicos de atendimento à saúde do escolar e se, ligados à área da Saúde ou da Educação. Trata-se de uma questão polêmica, com envolvimento técnico e político (Cyrino, 1994).

É necessário esclarecer qual a faixa etária considerada escolar, com duas perspectivas de criança em idade escolar, ou seja, do ponto de vista educacional e da divisão etária da população brasileira.

Como determinação legal (lei nº 10.172/2001) é implantado progressivamente o Ensino Fundamental de nove anos, pela inclusão das crianças de seis anos de idade. A opção pela faixa etária dos 6 aos 14 para o Ensino Fundamental de nove anos segue o modelo dos sistemas de ensino (Brasil, 2004b).

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) do IBGE de 2010 a faixa etária dos 6 aos 14 anos é denominada como escolar, ou seja, são crianças que freqüentam o ensino fundamental.

Assim por base nas informações acima, no presente estudo a criança em idade escolar é aquela que deve estar na escola (processo de escolarização), no Ensino Fundamental, e que possui idade entre 6 à 14 anos.

Dentre as prioridades que os serviços de saúde assumem, no SUS, estão àquelas dirigidas a grupos populacionais com maior vulnerabilidade, com ações estratégicas específicas para minimizar os danos. São prioridades os seguintes grupos populacionais: gestante, puérpera, recém-nascidos, a criança menor de 5 anos, a criança portadora de deficiência e aquelas egressas de internações (Brasil, 2004a).

Cyrino (1994) destaca a ausência de apreensão dos serviços de saúde às necessidades do grupo de escolares. A autora explica que a faixa etária escolar, dos 6 a 14 anos, utiliza pouco o serviço de saúde, pois são poucas as necessidades interpretadas pelos mesmos, não sendo prioridade pela questão da equidade, vulnerabilidade e risco comparado a outras faixas etárias.

Cabe ressaltar nesta questão da falta de mobilização nas ações aos escolares que, segundo Demarzo e Aquilante (2008), os serviços de saúde priorizam atendimento às evidências de maneira biológica e que por serem estas menores em escolares não

impulsionam ações de caráter preventivo nesta parcela da sociedade, já que seus problemas mais frequentes se situam na esfera psicossocial.

Neste sentido, as problemáticas de origem pedagógica ou psicossocial enfrentadas pelos escolares se “moldam” no que é oferecido pelos serviços de saúde, ou seja, as reais necessidades são camufladas por demandas aparentes e solucionáveis do ponto de vista biológico, médico. A profundidade das necessidades bem como ações direcionadas aos escolares que incorporem- nas é substituída por ações pontuais de finalidade restrita ao campo biológico, visível, deixando de considerar as reais necessidades e sua complexidade no cuidado a este grupo populacional.

A importância de serviços que se aproximem das reais necessidades da criança em idade escolar sob um enfoque intersetorial dirige ao Programa de Saúde da Família o cuidado à saúde do escolar por meio do olhar integral utilizando o trabalho em equipe.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) e suas intervenções na atenção à criança em idade escolar

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é implementada como modelo coletivo de atenção básica cuja função é integrar ações preventivas e promocionais com os outros níveis de atenção. Ao contrário do modelo tradicional, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) prioriza ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (Dias et al., 2005).

Nesse modelo assistencial, a atenção à criança resulta de trabalhos interdependentes e complementares, nos quais o atendimento emerge como espaço para apreensão mais global das necessidades de saúde individuais, pressupondo a existência de profissionais integrados no processo.

A abordagem integral da criança e de sua família em uma sociedade complexa e em constantes e rápidas mudanças exige da Equipe de Saúde da Família o olhar interdisciplinar, ou seja, “buscando superar a atomização e a fragmentação do conhecimento em disciplinas, assim como romper o aprisionamento do conhecimento em áreas circunscritas” (Corrêa et al., 2005, p.11).

Os problemas que afetam as crianças parecem ser muito mais complexos do que a Estratégia da Saúde da Família possa indicar, embora uma aproximação talvez possa garantir a eficácia, eficiência de seu trabalho perante as comunidades facilitando a articulação com órgãos e instituições, ampliando seu leque de intervenções e melhorando seu desempenho (Mendonça, 2002, p.119).

Neste sentido, uma integração escola e serviços de saúde que responda às necessidades de saúde dos escolares e conseqüentemente sua qualidade de vida contemplada intervenções em ESF.

Assim devem ser consideradas as Escolas Promotoras da Saúde que vêm ocorrendo no Brasil para se compreender e perceber experiências de diálogos nas ESF entre saúde e escola.

A proposta Escolas Promotoras de Saúde constituem uma iniciativa de caráter mundial que foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) na região da América Latina e do Caribe, em 1995, para fortalecer a colaboração entre os setores de saúde e educação nas práticas de saúde escolar incluindo apoio e cooperação dos pais e da comunidade a fim de facilitar a execução de programas na escola, abrangendo educação em saúde (Cerqueira, 2002).

A EPS possibilita uma visão integral da criança em idade escolar, pois têm como base suas necessidades de saúde reconhecendo-as como frutos do meio social em que estão inseridas. Trabalham com o intuito de permitir a autonomia dos alunos de forma a incorporar nos seus currículos conteúdos significativos que favoreçam a reflexão de suas condições de vida para provocar mudanças nos hábitos, costumes e formas de atuar na sociedade, desenvolvendo a cidadania, juntamente com a união com os profissionais da Equipe de Saúde da Família da área de abrangência da escola.

Uma das formas de se concretizar ações propostas pelas EPS é pelo Programa Saúde na Escola (PSE) que foi instituído no Brasil em 2007 no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde para contribuir na formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (Brasil, 2008).

Tais medidas do Programa Saúde na Escola permitem ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, além de contribuir para a construção de condições de formação integral de educandos, ou seja, colaboram na promoção da cidadania e dos direitos humanos.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) deveriam realizar avaliação das condições de saúde dos escolares que estão nas escolas inseridas em seus territórios adstritos. Frente às necessidades de saúde identificadas, as ESF devem se articular com toda a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com outros setores existentes na comunidade, para a elaboração de ações que solucionem as necessidades detectadas (Brasil, 2008).

Desta forma surge o questionamento central deste estudo: qual a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família sobre a atenção à saúde do escolar?

Método

O objetivo do presente artigo é compreender a percepção dos profissionais de duas Equipes de Saúde da Família de Botucatu sobre a saúde da criança em idade escolar e como elas lidam com a demanda de escolares no Programa de Saúde da Família.

Para atingir estes objetivos utilizou-se como metodologia a pesquisa qualitativa e a justificativa para tal metodologia está relacionada ao fato de que, segundo Ludke e André (1986), a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada com o trabalho intensivo de campo.

Desta maneira, o interesse do pesquisador na pesquisa qualitativa é descrever pessoas, situações, acontecimentos ou procedimentos do cotidiano, pois o que importa é o dinamismo que as situações causam com os participantes, já que este tipo de pesquisa aprofunda a complexidade dos fenômenos e fatos de grupos capazes de serem avaliados intensamente (Minayo, 1992).

Como componente do trabalho de campo Minayo (1992), propõe-se a técnica de entrevista semiestruturada que se caracteriza como um conjunto de perguntas em ordem específica relacionados à experiência ou comportamento, opiniões ou valores, sentimentos e conhecimentos. Tal entrevista representa uma forma especial de desenvolvê-la, já que os entrevistados possuem reserva complexa de conhecimento sobre o tópico em estudo.

A fim de obterem-se dados sobre a atenção à saúde do escolar dos integrantes das duas Equipes de Saúde da Família de Botucatu foi utilizada a entrevista semiestruturada que continha perguntas sobre a visão destes profissionais sobre as influências na escolarização e seus entendimentos sobre a intersetorialidade entre saúde e escola. As entrevistas foram gravadas com tempo médio de 40 minutos para cada profissional.

Assim, utilizou-se como referencial teórico documentos oficiais, autores que discutem sobre a saúde do escolar, sobre o SUS, sobre a Estratégia da Saúde da Família e sobre necessidades de saúde tendo por base a integralidade do cuidado e autores da educação embasados na Teoria da Pedagogia Crítica Social dos Conteúdos, de modo a compreender os fenômenos encontrados na pesquisa e nos discursos das entrevistas.

Os dados das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo e, após a leitura e transcrição das respostas dos integrantes das Equipes, foram selecionadas algumas frases; palavras repetidas com maior frequência ou enfatizadas, aquelas relacionadas entre si ou que possuíram aspectos em comum foram agrupadas estabelecendo categorias e interpretação dos dados.

Na dissertação de mestrado que impulsionou o artigo, foram entrevistados 21 profissionais da Equipe de Saúde da Família de Botucatu por meio de questões que envolviam a visão dos profissionais de saúde sobre o conjunto de relações que interferem no processo de escolarização das crianças; o entendimento dos mesmos sobre a questão da intersetorialidade na atenção à saúde da criança e suas práticas dirigidas aos escolares nas Unidades de Saúde da Família. As categorias construídas tendo por base a escolha dos trechos significativos, bem como a união dos dados por meio da familiaridade e similaridade entre os mesmos, tornaram possível a elaboração de sete categorias, na qual a seleção de uma originou este artigo.

Resultados e Discussão

Tendo como material empírico as respostas das entrevistas por meio da leitura exaustiva das mesmas e apreciação do conteúdo dos textos foi possível identificar uma categoria que emergiu das falas dos sujeitos entrevistados.

Categoria- O cuidado ao escolar: a família, a escolarização e suas necessidades enquanto ser integral

A percepção de que a família é essencial no entendimento das condições de vida dos escolares é destacada entre os profissionais de saúde participantes pois, por meio do olhar direcionado à família, é possível entender questões a serem abordadas. Para os mesmos pelo entendimento da dinâmica familiar é possível visualizar a condição de saúde da criança.

Acho que me focalizo na família, como que a família vive, porque através da família você vai descartando, resolvendo as coisas. A criança é um reflexo da família, acho que é o resultado do trabalho do pai com a mãe (ACS 10- Tico-tico).

A escolarização (período da vida da criança na escola) é apontada pelos pesquisados como elemento, assim como a família, de se compreender fatos que circundam a vida do escolar, entretanto, destacam que o rendimento na escola precisa envolver um conjunto de aspectos além do contexto escolar, por exemplo, quais as condições fornecidas a esta criança no âmbito familiar para que possa desenvolver suas aprendizagens.

Então eu costumo olhar para a criança de uma forma mais geral, num contexto...ela esta na escola, mas ela tem a família, ela trabalha, tem criança que é pedinte, a escola também mas outras questões precisam ser consideradas que envolvem outras coisas...não apenas focadas lá: ela esta na escola e ela precisa aprender, ta. Ela não aprende porque? Porque ela sai para pedir a tarde, ela não tem o pai nem a mãe em casa, mora com a avó. Se ela não esta aprendendo porque acontece isso? Come direito, dorme direito, tem problemas em casa, sofre violência não sofre. Então a gente procura fazer uma coisa mais ampla (Enfermeira 4- Andorinha).

Sobre as práticas familiares dirigidas às crianças, os entrevistados, denunciam a falta de estrutura familiar como sendo agravante nas dificuldades de escolarização. Percebe-se abaixo que o modelo de família ideal fortalece o discurso preconceituoso, pois desqualifica os grupos que não apresentam a constituição familiar nuclear em função da diversidade de composições, sendo identificadas como famílias desestruturadas.

A falta de atenção da família voltada à criança, às vezes fala que a criança é rebelde, mas eu acho que é por causa da família desestruturada, as vezes o pai esta preso a mãe não liga muito (Dentista 2- Tucano).

Quando o escolar não tem uma família estruturada vai encontrar dificuldades, porque isso interfere no desenvolvimento dele, no aprendizado dele (Médica 2- Quero-quero).

A expressão “família desestruturada” é utilizada de maneira corriqueira pelos entrevistados, de maneira a se referirem a tal como causa das inúmeras complicações vivenciadas pelos escolares. A disposição dos membros e funções dos integrantes da família é vista pelos pesquisados como determinante no desenvolvimento da criança. No entanto, Perez (2000) alerta para as mudanças que vêm ocorrendo na estrutura e nos papéis dos membros da família, devido às complexas alterações sociais que colaboram para a negação de um modelo de família ideal, único. Atualmente, família significa uma série de relações entre pessoas ligadas por laços de afinidade (Perez, 2000).

Para certos sujeitos da pesquisa o que interfere no rendimento e nas relações escolares da criança são os fatores ligados exclusivamente aos professores e suas práticas pedagógicas. Segundo os relatos abaixo, o professor deve procurar conteúdos e formas de trabalhar com os alunos que despertem o interesse dos mesmos, buscando favorecer um ambiente propício à aprendizagem trabalhando, quando necessário, de maneira diferenciada com aquelas crianças que possuem mais dificuldades em relação as outras.

Mas acho que a sala de aula como um todo influencia, o professor na sala deve estar enfocando um método que chame a atenção da sala (ACS 7- Rouxinol).

Acho que é pouco explorado também o que a criança gosta de fazer, porque as lições são muitas vezes fora da realidade delas e isto não favorece a participação na aula. Além da diversidade de níveis de aprendizagem que poderiam ser melhor trabalhadas entre os alunos de forma a cada um ajudar o outro no que sentir dificuldade (ACS 4- Bem te vi).

Interessante destacar que os ACS que pertencem às classes populares, defendem a questão da educação popular de qualidade, uma vez que deixam claro que as práticas pedagógicas deveriam partir das necessidades de produção do conhecimento da comunidade aproximando-se das experiências dos sujeitos e fortalecendo as capacidades emancipatórias da escola.

Um destaque se faz necessário a última fala dos discursos acima sobre as “lições fora da realidade” que não possuem significados às vivências dos alunos, justamente o que Saviani (2001) defende em seus estudos, pois esclarece que a educação tem que ter por objetivo a transformação da sociedade, já que a aquisição do conhecimento não deve ser restrita a finalidade de saber por saber, mas sim a possibilidade de que o conhecimento possa ser ferramenta nos processos de transformação e construção de novos conceitos.

Pode-se entender, de acordo com as explicações dadas abaixo pelos entrevistados, que estas “lições fora da realidade” dadas pelos professores podem estar relacionadas a uma falta de capacitação dos mesmos em perceberem o que de fato precisam utilizar como práticas pedagógicas eficazes que despertem a vontade de aprender e a participação dos alunos no processo de aprendizagem.

Sobre a falta de preparo dos professores, estudos de Perez (2010) apontam que as crianças das camadas populares entram na escola com uma bagagem cultural diferente, trazendo para o contexto escolar representações do mundo frutos do seu contexto social e, deste modo, se deparam com os padrões idealizados dos professores traduzindo-se em seu despreparo ao enfrentarem a diversidade sócio-cultural de seus alunos. Como mecanismo de defesa transferem a justificativa de dificuldades escolares tanto à criança como ao seu grupo familiar (Perez, 2010). Tal afirmação coincide com a fala de um profissional de saúde:

Eu acho que muito desses problemas é a dificuldade do professor em lidar com essas crianças, tudo pra eles é dificuldade de aprendizagem, e eu acho que muitas falhas ocorrem na metodologia de ensino e na formação do professor também
(Dentista 1- Gaivota).

A esse respeito pode-se problematizar a questão da medicalização do fracasso escolar, em que o professor, apoiado na idéia de “dificuldades” individuais do educando, acaba por transferir a responsabilidade da aprendizagem ao profissional de saúde, não refletindo no seu trabalho como educador, além de deslocar o eixo de preocupação do coletivo para o particular. Essa postura acomoda o professor que não busca um ensino de qualidade, fortalecendo a reprodução de poder da sociedade e burocratização do trabalho pedagógico que favorece uma prática descompromissada socialmente.

De acordo com a fala de um entrevistado as necessidades de saúde da criança em idade escolar envolvem um leque de aspectos que merecem ser considerado na elaboração de intervenções na área da saúde.

(...) Tanto na parte de higiene, cidadania, meio ambiente, tudo, acho que engloba tudo! Eu acho que são essas necessidades e a necessidade de você ter uma atenção voltada (Dentista 3- Arara)

Moreira e Goldani (2010) contribuem com seus saberes em relação à valorização das necessidades de saúde apresentadas pela criança em idade escolar, na medida em que defendem que o cuidado aplicado a ela deveria ser ampliado de forma a contemplar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, em decorrência do atual contexto epidemiológico e demográfico em que o escolar se insere, o qual caracteriza-se com um novo

padrão de saúde em que as doenças crônicas e degenerativas se sobrepõem às doenças agudas e infecciosas. Neste sentido, conforme os mesmos autores explicam, torna-se necessário o uso de novas abordagens de causalidade para esclarecer associações entre os determinantes de saúde que colaboram para desfechos tardios.

Diante das explicações acima sobre a importância das reais necessidades de saúde no cuidado ao escolar, julga-se necessário refletir sobre a questão da demanda versus necessidade de saúde, já que a primeira caracteriza-se como sendo o pedido visível das necessidades mais complexas dos usuários, ou seja, são as necessidades modeladas pela oferta de serviços, o sofrimento aparente. Tais afirmações colaboram com que Mattos (2001) explica em relação às demandas que são experiências aparentes de sofrimento e que, por isso, o profissional de saúde necessita relacionar com outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente.

Sobre as demandas de saúde trazidas pelos escolares à Unidade observa-se que, muitas vezes, são expressas como “válvula de escape” de toda situação social e familiar que compõem a vida da criança, de modo que o profissional de saúde precisa ter sensibilidade de voltar seu olhar ao geral, isto é, distanciando-se do particular para atingir questões mais complexas, para não cair na armadilha de queixaconduta. Isso é exemplificado na fala a seguir de um dos entrevistados.

Eu acho que deve globalizar o todo principalmente o ambiente para detectar qual é o ponto porque muitas vezes a criança parece com uma queixa que se o profissional analisar a fundo queixa dele é só uma maneira de extravasar tudo o que tem por trás, o ambiente que ele vive, as condições financeiras, emocionais da casa que muitas vezes extravasa numa dor de cabeça, barriga que passa despercebido aí vem a questão de queixa conduta (ACS 4- Bem-te-vi).

Sobre a valorização das necessidades biológicas versus as necessidades sociais tem-se uma fala de um profissional de saúde que traz a reflexão sobre a percepção do escolar saudável e suas necessidades para os integrantes da Estratégia de Saúde da Família.

Principais procuras pelo posto são quando as crianças que são alérgicas, alergia aumentou muito nesta faixa de idade, doenças

alérgicas e só. As crianças mais saudáveis apresentam este tipo de intercorrência (Médico 1- Calopsita).

Por esta fala do médico percebe-se o destaque dado às demandas alérgicas pelas crianças em idade escolar, no entanto, o entrevistado finaliza sua fala explicando que as crianças mais saudáveis apresentam este tipo de complicação. O que de fato merece ser pontuado, é a questão de que a Unidade é vista, em relação à saúde do escolar, como local de procura e solução ou cura de problemas relacionados ao corpo das crianças e também é importante ressaltar a percepção dos profissionais de saúde sobre o que é “estar saudável” pois, mais uma vez, fica nítido que estar em boa condição de saúde é não apresentar doenças “visíveis”, desvalorizando o aspecto social e a abordagem de causalidade para esclarecer as ligações entre os determinantes de saúde e as condições de vida apresentadas.

A questão da procura por atendimento dos escolares na Unidade também ocorre por queixas ligadas ao baixo rendimento da criança na escola (dificuldades de escolarização). A forma de os problemas de escolarização chegarem até a Unidade é pelo encaminhamento feito pelas escolas por parte das professoras aos profissionais de saúde. Abaixo uma fala de um profissional de saúde sobre este aspecto.

As professoras encaminham para o posto as crianças com problemas de aprendizagem (Dentista 1- Gaivota).

Collares e Moysés (1994) e Souza (2009) sobre o encaminhamento e “diagnósticos” das crianças consideradas fracassadas explicam que é uma prática comum entre os profissionais da saúde e da educação, pois se contentam com a concepção organicista como solução dos problemas de escolarização.

Os discursos acima demonstram que os chamados “problemas de aprendizagem” são incorporados como “patologias” corriqueiras da Unidade, pois em sua fala fica a impressão de tal encaminhamento ser aceito sem hesitação pelos profissionais de saúde. Esta falsa idéia de o professor realizar “diagnósticos” e encaminhar os alunos são uma forma de diminuir sua responsabilidade sobre o não aprender e transfere a responsabilidade da escola para o serviço de saúde.

O profissional reconhece que as questões sociais que aparecem nas abordagens de causalidade das necessidades dos escolares correspondem à organização complexa do sistema

social que requer a modificação de profundas questões e não apenas a solução pontual destas questões. Exemplifica-se:

Não só para o problema que a mãe traz para gente, mas talvez um problema maior, uma rede social que ele tenha. Muitas vezes a gente pergunta se aquele problema trazido na Unidade não é apenas a ponta do iceberg de outros problemas. (Médico 2- Quero-quero)

Tendo por base o reconhecimento da necessidade de saúde do escolar, a Unidade e os profissionais de saúde que nela trabalham procuram intervir da melhor maneira possível por meio de encaminhamentos (quando necessários) a outros serviços e profissionais na busca do cuidado a saúde.

A enfermeira faz o encaminhamento, isso marca um dia, a mãe vai e leva a criança ao profissional adequado (ACS 1- Canário).

A gente em equipe encaminha para saúde mental, ou às vezes para fono e ela encaminha para outro psicólogo (ACS 3- Pintassilgo).

Os relatos acima apontam para uma tendência preocupante: a questão da patologização do fracasso escolar que se constitui em um processo de interferência nas ações pedagógicas, através da ampliação dos campos de conhecimento em outras áreas, não somente a médica.

Dentre as consequências das “patologias” que provocariam o fracasso escolar e que deveriam ser curadas estão a estigmatização das crianças que passam a ser vistas como “doentes” ou como “crianças problemas” entendidas por “partes” desconectadas de um todo social e político.

Assim, o fracasso escolar é incorporado pelos profissionais de saúde como “problemas de aprendizagem”, entretanto, conforme coloca Collares (1989), deveria ser “problemas de ensinagem”, isto é, que não se produzem exclusivamente dentro da sala de aula, mas um problema social e politicamente produzido.

Considerações Finais

Como demonstrado, por meio desta investigação, foi possível o cumprimento dos objetivos propostos, pois os resultados indicaram a compreensão dos integrantes das Equipes

de Saúde da Família sobre a saúde das crianças em idade escolar e suas condutas diante desta demanda nas Unidades. Além disso, os resultados permitiram identificar as opiniões dos integrantes das Equipes de Saúde da Família sobre as interferências no processo de escolarização das crianças.

A função exercida na USF, a classe social bem como o nível de escolaridade a qual pertencem os integrantes da ESF, influencia nos posicionamentos, atitudes e opiniões sobre a atenção ao escolar, que se mostram divergentes entre os profissionais com nível superior (médico, dentista e enfermeiro) e os ACS.

Os entrevistados têm a noção da complexidade das questões relacionadas à escolarização das crianças, pois entendem que diversos fatores colaboram para o rendimento na escola e que deveriam ser levados em conta na compreensão da situação apresentada pela criança. Entretanto, o baixo rendimento escolar é, na prática, entendido como mau funcionamento fisiológico da criança acarretando na “medicalização” do fracasso escolar reduzindo as questões de origem social em causas biológicas.

É essencial a produção de serviços em saúde que incorporem as reais necessidades do escolar por meio de ações que mantenham à saúde de forma integral, universal e promovam a capacidade de todos os indivíduos e de sua autonomia valorizando o meio e as determinações que este faz na qualidade de vida dos indivíduos.

Torna-se importante estruturar práticas de saúde voltadas às crianças escolares e suas necessidades a fim de construir sujeitos capazes de administrar suas vidas de maneira saudável e crítica, ou seja, crescendo e envelhecendo com qualidade de vida. Neste modo o escolar precisa ser englobado nas elaborações das ações em saúde mesmo não sendo grupo prioritário, focalizando suas necessidades, de maneira a contribuir na sua autonomia e nos seus modos de viver e agir sobre seus determinantes sociais que interferem na sua saúde no decorrer de toda sua vida.

A lacuna, portanto identificada no estudo é a crença sobre a resolução reduzida de problemas sociais desligados das mudanças na estrutura da sociedade, ou seja, através somente da medicalização do escolar. Ignorar a problemática da escola pública brasileira, bem como a organização dos serviços de saúde em relação à atenção às necessidades dos escolares, é desconhecê-la como direito de cidadania.

Torna-se insuficiente oferecer escolas e serviços de saúde sem antes ultrapassar as barreiras impostas pelo preconceito que reina na sociedade, ocultando a capacidade de transformação da condição social e autonomia do sujeito.

Por fim, assume-se a integralidade do escolar como condição primeira na elaboração de currículos escolares e de ações das ESF não centralizando as práticas no contexto escolar ou nas USF, mas numa rede de objetivos e ações, por meio da soma de conhecimentos e saberes destas duas áreas e seus profissionais, da partilha de angústias e problemáticas envolvidas no cuidado ao escolar.

Articular o discurso (ou colocá-lo) com a prática, refletindo na mesma, permite a transformação das ações e seu alcance sobre o segmento escolar da comunidade. É necessário desnaturalizar idéias sobre o escolar, como universais e imutáveis, mas partir de suas necessidades como questionamento nas relações entre saber e poder.

As autoras trabalharam juntas nas etapas de produção do manuscrito, entretanto no momento da coleta de dados a autora Marina Lemos Villardi se responsabilizou pelas entrevistas e transcrições, sendo que a autora Eliana Goldfarb Cyrino buscou o referencial teórico para transformar os dados em categorias de análise.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 80 p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de educação básica. Departamento de Políticas de Educação Infantil e Ensino Fundamental. Coordenação Geral do Ensino Fundamental. **Ensino Fundamental de nove anos: Orientações Gerais**. Brasília: MEC, 2004b. 26p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud en la región de las Américas. In: REUNION LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD, 3., 2002, Quito. **Memória Washington**: OPAS, 2002.

COLLARES, C.A.L. Ajudando a desmistificar o fracasso escolar. In: _____. **Toda criança é capaz de aprender**. São Paulo: FDE, 1989 p. 24-28.

COLLARES, C.A.L; MOYSÉS, M.A.A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. In: ALVES, M.L (Coord). **Cultura e saúde na escola**. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1994. p. 25-31.

CORRÊA, E.J. et al. O atendimento pela equipe de saúde. In: LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

CYRINO, E.G. **Estudo de um programa de saúde escolar em uma escola estadual da periferia de Botucatu**. 1994. Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

DEMARZO, M.M.P.; AQUILANTE, A.G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: _____. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed: Pan-Americana, 2008. v.3, p. 9-35.

DIAS, L.S et al. A saúde da crianças e do adolescente. In: ENNIO, L et al. **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 150-163.

MENDONÇA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e á adolescência na construção de políticas publicas equitativas. **Caderno de Saúde Pública**, v.18, p.113-120, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

MOREIRA, M.E.L; GOLDANI, M.Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n. 2, p.321-327, 2010.

PEREZ, M.C.A. **Família e escola na educação da criança**: análise das representações presentes em relatos de alunos, pais e professores de uma escola pública de ensino fundamental. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____. Família e escola na contemporaneidade: fenômeno social. **Revista Ibero Americana de Estudos em Educação**, v.5 , p. 58-60, 2010.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 34 ed. Campinas: Autores Associados, 2001.
SIS. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e tem menos filhos. 2010. Disponível em www.ibge.gov.br/home/presidência/noticias. Acesso em: 4 jan 2011.

SOUZA, W.C. **Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade**: um caso clínico ou uma invenção pedagógica. 2009. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2009.