



OFICINA DO CES

ces

Centro de Estudos Sociais
Laboratório Associado
Universidade de Coimbra

MARTA PIMENTA VELLOSO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E CONSTRUÇÃO DO
CONHECIMENTO INTERDISCIPLINAR**

**Fevereiro de 2016
Oficina n.º 433**

Marta Pimenta Velloso

Promoção da saúde e construção do conhecimento interdisciplinar

**Oficina do CES n.º 433
Fevereiro de 2016**

OFICINA DO CES

ISSN 2182-7966

Publicação seriada do

Centro de Estudos Sociais

Praça D. Dinis

Colégio de S. Jerónimo, Coimbra

Correspondência:

Apartado 3087

3000-995 COIMBRA, Portugal

Promoção da saúde e construção do conhecimento interdisciplinar¹

Resumo: A investigação piloto foi desenvolvida em escola pública do território de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, buscando subsidiar o processo de construção do conhecimento interdisciplinar em saúde com a participação de professores, alunos e líderes comunitários. A metodologia de pesquisa-ação seguiu as etapas: observação participante, diagnóstico, problematização e retorno dos resultados aos atores sociais, visando à elaboração de projetos pedagógicos em saúde. A princípio, os alunos apresentaram uma visão assistencialista e higienista sobre saúde, mas a problematização realizada em oficina de audiovisual propiciou um ambiente apropriado à reflexão e à criação, ampliando tal visão. O vídeo, produzido durante a investigação, foi apresentado aos atores sociais que perceberam a carência de programas continuados direcionados à desigualdade social e saúde.

Palavras-chave: desigualdade social; interdisciplinaridade; pesquisa-ação; promoção da saúde.

Introdução

As três últimas décadas vêm rompendo com a visão estritamente biológica da saúde, entendendo-a como qualidade de vida. Esse conceito leva em conta os fatores que beneficiam ou prejudicam, condicionam ou determinam os estados de saúde e os recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação. De acordo com a concepção de promoção da saúde, preconizada na Carta de Ottawa (1986), são recursos indispensáveis para ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, com toda a complexidade que implicam alguns desses conceitos. Assim, a promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos

* Investigadora em pós-doutoramento no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Bolsista CAPES. Docente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Brasil. Coordena o projeto de pesquisa sobre “Construção em rede do conhecimento interdisciplinar em saúde”. Contato: velloso.marta@gmail.com
Agradeço ao Professor Doutor Mauro Serapioni pela leitura crítica da primeira versão deste texto e pelas suas sugestões enriquecedoras.

¹ Agradecimentos: à Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) pelo financiamento concedido para o desenvolvimento do projeto, que originou o artigo. A Maria Luiza Lastres, Maria Lúcia Freitas e Natanael dos Santos pela participação na construção do campo da pesquisa e na recolha dos dados. À CAPES pela concessão da Bolsa pós-doutoral, que viabilizou a continuidade do estudo no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Aos profissionais do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra pelo acolhimento.

e individuais, que se combinam de forma singular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Nesse contexto, a saúde engloba aspectos multidimensionais e relacionais. Assim, os espaços institucionais – inclusive as escolas – passaram a ser analisados como componentes da interação saúde e ambiente, que constitui um complexo de possibilidades de intervenção e de produção do conhecimento.

Saúde Coletiva demarca uma concepção mais abrangente do que saúde pública. Esta última deveria pautar-se por uma perspectiva de saúde coletiva, traduzida num movimento, ou num processo de institucionalização, que perspective o ser humano na sua multidimensionalidade, de forma interdisciplinar, e objeto de uma ação interprofissional.

O enfoque da interdisciplinaridade reside na tentativa de extrapolar a mera justaposição das contribuições disciplinares, estabelecendo-se um intercâmbio entre especialistas de diversas áreas do conhecimento. Em decorrência das mudanças ocorridas nas últimas décadas no campo da Saúde Coletiva com a inclusão de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos (biomédicas, humanas e físicas), bem como sua complexidade em termos de práticas e formas de intervenção social que se incorporaram ao campo, levam-nos a refletir sobre a irreversibilidade dessa complexidade e sua irredutibilidade a um paradigma mono disciplinar (Luz, 2009).

A literatura, especialmente a sociológica e da psicologia social, vêm apontando a necessária atenção para os espaços institucionais, como mediadores na construção do conhecimento e de práticas inovadoras, com destaque para duas categorias: intersectorialidade e interdisciplinaridade. A primeira tem recebido amplo incentivo por parte dos órgãos de fomento à pesquisa e pela própria Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e tomado corpo através de tematizações nas redes sociais. O estudo piloto envolveu diferentes setores da sociedade (Secretarias Municipais de Educação e de Saúde) e instituições – Fiocruz (pesquisa), escolas de ensino fundamental com participação de professores, alunos e lideranças comunitárias (sociedade civil/senso comum) e, a segunda via conexões e interdependência entre diferentes saberes e práticas. Ou seja, o campo da saúde envolve um diálogo constituído por um amplo leque de disciplinas, abrangendo desde as ciências da vida – sobretudo a medicina – passando pelas ciências físicas e do meio ambiente, chegando até as humanas e sociais com a complexidade dos sujeitos e suas relações sociais (Luz, 2006). A prática da

investigação no campo da saúde coletiva se constrói, portanto, de modo interdisciplinar, na medida em que tenta conciliar conceitos e metodologias de diferentes disciplinas.

A complexidade do campo da Saúde Coletiva se deve ao fato de que os cuidados direcionados ao processo saúde-doença são complexos, têm facetas e ângulos distintos e exigem múltiplos olhares para atingir os diferentes ângulos (Luz, 2011). Acresce-se a isto o fato de que o nosso olhar recorta-os de uma maneira que é própria da nossa disciplina (Oliveira, 2012). Outra complexidade reside no fato de que o objeto de estudo são os sujeitos, ou seja, tanto investigador quanto investigado são agentes, com suas crenças, valores, subjetividades e significados (Luz, 2011).

Para compreendermos melhor a interdisciplinaridade é preciso conhecer os diferentes paradigmas disciplinares. O paradigma tradicional (positivista) é composto por uma única disciplina, com a redução da realidade mais complexa a menos complexa. O paradigma multidisciplinar consiste na justaposição do conhecimento de vários especialistas. Já o paradigma interdisciplinar busca extrapolar a mera justaposição de saberes disciplinares, estabelecendo-se um intercâmbio e um diálogo entre especialistas de diversas áreas (Luz, 2009) e uma interdependência entre os diferentes saberes. Ou seja, o que distingue a multidisciplinaridade da interdisciplinaridade é o grau de interação que se estabelece entre as diferentes disciplinas (Oliveira, 2012).

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre especialistas e pela integração das disciplinas num projeto comum, em que se estabelece uma relação de reciprocidade, que irá possibilitar o diálogo entre os participantes. Neste sentido, a interdisciplinaridade se situa como porta aberta para os processos transdisciplinares (Galindo e Goldenberg, 2008).

Por fim, o paradigma transdisciplinar situa-se no âmbito do paradigma da complexidade (Morin, 2000) e considera a interferência da subjetividade do cientista e as possibilidades explicativas de realidades e fenômenos complexos a partir da cooperação entre os distintos saberes, que tomam um tema estratégico para a vida humana e social como proposta de investigação (Luz, 2009). Pois no mundo atual globalizado com alto nível de circulação de informações, os vários aspectos dos fenômenos sociais se interpenetram e não são redutíveis a apenas um tipo de causa ou interpretação (Iriart e Caprara, 2011).

Neste sentido, o objeto no paradigma transdisciplinar é construído *a posteriori*, a partir de diferentes olhares e saberes, ao longo do desenvolvimento do tema da

pesquisa. Supera a dicotomia senso comum/ciência, na medida em que inclui não apenas o conhecimento lógico-racional, mas também outros sistemas interpretativos como os mitos e as religiões, que incorporam dimensões da subjetividade e da intuição, por exemplo (Oliveira, 2012). Produz-se desta forma um conjunto de conhecimentos compartilhados entre diversos atores, incluindo aqueles que contribuem para o problema, aqueles que sofrem e aqueles que devem ser parte da solução, bem como os pesquisadores acadêmicos (Luz, 2009).

Em estudos empíricos desenvolvidos no campo da Saúde Coletiva é necessária a soma e a interação de todos esses fatores, além da compreensão dos seus contextos, de suas crenças e de seus fatores de risco e de outras variáveis. Ou seja, uma análise complexa exige diversos e diferentes olhares para explicá-los e compreendê-los, assim como aspectos históricos (nenhum fenômeno está isolado no mundo), contextuais, dimensões estruturais, relacionais, singularidades e intervenções dos atores sociais na produção da realidade (Minayo, 2008).

Trabalhar o tema ‘saúde’ na lógica do paradigma transdisciplinar é factível, pois a saúde, assim como a transdisciplinaridade, é um processo em construção, um efeito algumas vezes almejado e procurado, com o sentido dado por Sartre (1963) ao termo, um “vir-a-ser, um devir”. Ou ainda, um bem a ser conquistado, conforme o precisou Minayo (1991), sinalizando um processo veiculado tanto às necessidades sociais quanto às práticas de intervenção.

Em conversação entre Santos e Hissa (2011: 20) sobre Transdisciplinaridade e Ecologia dos Saberes, Santos profere os seguintes dizeres sobre a transdisciplinaridade: “[...] além da epistemologia positivista, temos a pluralidade interna da ciência e, também, para além da organização teórica e analítica, temos a transdisciplinaridade [...]”.

A ecologia dos saberes vai para além da transdisciplinaridade, pois já não parte das disciplinas como um todo. Institui a epistemologia das fronteiras com vistas a superar a monocultura do saber científico, assim como a ideia de que os saberes “não” científicos sejam alternativos aos saberes científicos. Ou seja, vai além da relação entre a ciência e outros conhecimentos. Portanto, na ecologia dos saberes, a ciência poderá estar ou não presente, havendo sempre uma articulação entre os saberes, porque “existe um diálogo entre o conhecimento científico e outros conhecimentos” (*ibidem*: 20).

O intuito da investigação consiste em trabalhar, neste primeiro momento, com uma escola piloto, para depois reproduzir a metodologia em rede nas escolas públicas

do território de Manguinhos. A meta do projeto é ser referência para o desenvolvimento de novas tecnologias sociais, incorporando a participação de não especialistas, que são os atores sociais das situações problematizadas – os alunos moradores da comunidade, neste caso – a fim de tornar o espaço escolar menos estressor, promovendo um ambiente apropriado ao desenvolvimento da criatividade, dessa forma, articulando os diferentes saberes e religando-os em sua complexidade na construção do conhecimento em saúde.

Contexto do estudo: o território de Manguinhos

A descrição do território foi elaborada com base nos resultados obtidos em projetos realizados pela Fiocruz nas comunidades do complexo de Manguinhos e inspirada no estudo sobre “Cartografia simbólica das representações sociais”, desenvolvido por Santos (1988). Segundo o autor, uma das características da cultura pós-moderna é a perspectiva dada aos espaços e às suas particularizações. A análise dos fenômenos e das representações sociais pode se beneficiar da ciência, da cultura e da arte, que nos têm ensinado a ver o espaço: a cartografia.

Santos (*ibidem*) descreve a elaboração de mapas usando sinais icônicos e sinais convencionais. Os primeiros são sinais naturalísticos, semelhantes a realidade apresentada, no caso do território de Manguinhos, aspectos veiculados ao meio ambiente – região de mangues e rios. Já os segundos são sinais mais arbitrários, ou seja, convencionou-se mapear a prefeitura da cidade do Rio de Janeiro em subprefeituras, utilizando siglas – regiões administrativas (RAs), áreas de planejamento (APs) e coordenações regionais (CRs).

As várias formas de direito constituem mapas sociais, de tal modo, como os mapas cartográficos recorrem às fontes históricas das projeções e das simbolizações, a fim de representar e distorcer a realidade. Santos (*ibidem*) percorre vários estudos de sociologia do direito, particularmente, às investigações desenvolvidas no Brasil, em 1970, no Rio de Janeiro e trata das lutas sociais, jurídicas e políticas dos moradores da favela contra o Estado e os proprietários privados do solo urbano, no sentido de garantirem o direito à habitação nos terrenos por eles ocupados ilegalmente. Os conceitos, as teorias, os princípios gerais e as regras de interpretação desenvolvidas em torno dos contratos têm ocupado um lugar central na legislação moderna na formação dos juristas e na ideologia dominante. Além disso, a perspectiva contratual tem sido exportada para outros ramos do direito – constitucional, administrativo e criminal.

A alternativa que a cartografia simbólica do direito oferece está resumida no conceito de novo senso comum jurídico, que é um conhecimento vulgar, mas crítico, ou seja, consiste em questionar o poder social dos que insistem em localizar, ritualizar e congelar o direito. Os mapas são campos estruturados de intencionalidades, que permite o diálogo franco sempre inacabado entre a representação do que somos e a orientação do que buscamos (*ibidem*).

Manguinhos iniciou seu processo de urbanização em 1886 com a chegada da ferrovia, que atravessou terrenos loteados e ocupados por fazendas desde 1760. Nestes terrenos foram construídas as estações de trem. As facilidades de acesso permitidas pelas novas vias estimularam o estabelecimento de instituições – o Instituto Soroterápico (1900), atual Fundação Oswaldo Cruz, a Souza Cruz, a Refinaria de Manguinhos entre outras, que durante certo período caracterizaram a região como industrial.

O projeto original de transformação da região em uma área industrial não foi concretizado como projeto governamental, apesar de várias indústrias terem-se instaurado no território em meados da década de 1940 até o início de 1990. Ao contrário do que foi planejado, a maioria das empresas vem mudando para outras áreas dada a realidade que se configura em Manguinhos, tais como, violência, invasões, tráfico de drogas e criminalidade (Fernandes e Costa, 2009).

Os projetos urbanos direcionados às favelas, entre as décadas de 1940 e 1950, pautavam em torno da discussão acerca de sua permanência ou não no espaço urbano, especialmente nas áreas de valorização imobiliária da cidade, adotando como solução a retirada destes grupos populacionais considerados marginais à organização social urbana. Neste contexto, Manguinhos como espaço pouco valorizado abrigou projetos de implantação provisória de diversas áreas do município e do país (Fernandes e Costa, 2009).

Atualmente o complexo de Manguinhos é constituído pelas seguintes comunidades, que surgiram em diferentes momentos com suas histórias singulares. No início do século XX (1901) surge o Amorim ou Parque Oswaldo Cruz (a comunidade mais antiga do bairro). Nos anos 1940-50, são ocupadas as comunidades da Varginha ou Parque Carlos Chagas, Centro de Habitação Provisória 2 (CHP2), Parque João Goulart, Vila Turismo e vila União. Na década de 1990 surgem os Conjuntos Habitacionais Nelson Mandela, Samora Machel e a comunidade Mandela de Pedra. Entre 2004 e 2007

são ocupadas as comunidades Vitória de Manguinhos ou CONAB e Embratel ou Nova Mandela.

A denominação “favela” substituída frequentemente pela palavra comunidade e, também, recentemente veiculada à formação de bairro é associada a um conjunto de características. Menciona-se a um espaço formado por habitações aglomeradas geralmente ilegais, estabelecidas em lugares com poucas vias, vários becos e serviços públicos precários: água, luz, rede de esgoto, escola, atendimento médico, transporte e lazer (Fernandes e Costa, 2009).

A partir de 2008, o PAC Manguinhos (Plano de Aceleração do Crescimento, do Governo Federal), vem trazendo grandes transformações para o bairro. Em dezembro de 2006, é lançada a primeira semente para o surgimento do PAC Manguinhos, pela mobilização dos movimentos sociais locais que buscam negociar com o Ministério das Cidades um plano para resolver os problemas crônicos de saneamento básico do território. Em março de 2008, o presidente Lula visita Manguinhos para o lançamento oficial do PAC, e em fevereiro de 2009, é inaugurado o Colégio estadual Compositor Luiz Carlos da Vila, primeira obra concluída do PAC no Rio de Janeiro. Entretanto, o PAC é uma intervenção parcial no território, pois em termos de obras, serão atendidas diretamente apenas algumas das comunidades e não sua totalidade. Três regiões do território receberam a maior parte das intervenções físicas. A área do antigo DESUP, que abriga a maior parte das obras do PAC: o Colégio Estadual Compositor Luiz Carlos da Vila, a UPA – Unidade de Pronto Atendimento, o Cento Esportivo, conjunto de apartamentos com 416 unidades habitacionais, a Biblioteca Parque, um Centro de Geração de Renda, um Centro de Referência da Juventude – CRJ e a Casa da Mulher. Tendo no centro desses prédios uma praça pública.

No terreno que pertenceu à Embratel (Empresa Brasileira de Telecomunicações), foram construídas 480 novas moradias, uma creche e a reestruturação urbanística da via-férrea na Rua Leopoldo Bulhões. Diversas intervenções já foram concluídas, mas ainda há dúvidas dos moradores se as transformações irão realmente proporcionar melhorias na qualidade de vida dos que moram e trabalham em Manguinhos, uma vez que alguns problemas de saneamento e saúde permanecem, com destaque para: 1) as moradias em beira de rios poluídos, que remontam aos anos 1940-50, 2) o lixo, um problema crônico que se agrava com as obras do PAC, pela mistura do lixo doméstico com entulhos das obras, pelas dificuldades de coleta nas ruas internas e vielas, enfim, questões relacionadas ao acondicionamento e ao transporte de resíduos, 3) obras

incompletas de saneamento básico, sem a ligação da rede interna com uma estação de tratamento, o esgoto e as águas pluviais continuam sendo jogados nos rios Jacaré e Faria-Timbó, 4) moradia e lazer sob a rede de alta tensão e instalações precárias e clandestinas pela não regularização dos serviços de fornecimento de energia elétrica, ocasionando risco de incêndio.

A cidade do Rio de Janeiro foi dividida para ser governada pelas instâncias políticas e instâncias administrativas, que gerenciam os serviços, programas e ações do governo. Na estrutura atual da cidade estas subdivisões são chamadas de subprefeituras, regiões administrativas (RAs), áreas de planejamento (APs) e coordenações regionais (CRs) da saúde, da educação, do ambiente, da cultura, do urbanismo, entre outras. Um dos grandes desafios é que esses diferentes setores se articulem, através da chamada intersetorialidade, para promover a saúde do território.

Manguinhos é um dos bairros da Cidade, situado na 10ª RA e na AP 3.1, no espaço entre Av. Brasil, a Linha Amarela, a Avenida dos Democráticos e a Av. Dom Elder Câmara (antiga Av. Suburbana). Manguinhos, cujo nome vem do fato de ser uma região de mangue, faz parte da bacia hidrográfica da Baía da Guanabara por onde passam os rios Faria-Timbó, Jacaré e o Canal do Cunha. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2000, o bairro de Manguinhos tinha uma população de 31 059 pessoas, das quais 22 475 moravam em áreas de favela. Já em 2007 as secretarias municipais de saúde e educação contabilizam uma população de 45 mil habitantes neste bairro, correspondendo 0,74% da população de 609 347 habitantes da cidade do Rio de Janeiro.

O projeto Território Integrado em Ações de Saúde (TEIAS) - Escola Manguinhos é composto por 13 Equipes de Saúde da Família (ESF) divididas em duas unidades: Clínica da Família Victor Valla e Programa de Saúde da Família (PSF) de Manguinhos. A Clínica da Família Victor Valla: possui sete equipes (15 702 pacientes atendidos até o momento e 5498 famílias cadastradas). O PSF de Manguinhos: tem seis equipes (15 537 pacientes atendidos e 4926 famílias cadastradas). Os dados demonstram que entre os 45 mil habitantes 31 239 estão sendo atendidos pelos serviços de saúde no território.

O território possui 14 unidades escolares com cerca de 3000 alunos. Portanto é necessário potencializar a visibilidade do Programa de Saúde na Escola (PSE) e refletir sobre os determinantes sociais da saúde nesta localidade.

Metodologia

Antes de iniciarmos a presente investigação levantamos dados sobre o território. Em seguida, selecionamos uma escola pública de ensino fundamental para realização do estudo piloto. A escola é referência para a comunidade, pois é responsável pela formação do conhecimento de crianças e adolescentes que residem no território. O primeiro contato foi com o setor de Convênio de Pesquisas da Secretaria Municipal de Educação da cidade do Rio de Janeiro (SME). A equipe apresentou o projeto para os gestores e foi iniciado o seu processo de regulamentação. Após autorização da SME, a equipe em conjunto com a direção da escola organizou vários encontros com o corpo docente e foi decidido trabalhar com alunos do 9.º ano, por apresentarem a maturidade necessária para a realização das atividades propostas pelo projeto. Além disso, por estarem cursando o último ano do ensino fundamental julgou-se oportuno desenvolver o conhecimento sobre saúde com esses adolescentes, que estão vivenciando uma fase de transição importante em suas vidas. Então, os pesquisadores, com apoio dos professores, explicaram o projeto para os alunos convidando-os a participarem. A investigação foi realizada entre outubro de 2013 e dezembro de 2014, apresentando como participantes – treze professores; vinte e quatro alunos e, três líderes comunitários –, que assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) concedendo direito às gravações de voz e imagem (filmagem). Os menores tiveram, com sua anuência, o consentimento dos pais ou responsáveis.²

Para alcançar os nossos objetivos utilizámos a metodologia da pesquisa-ação proposta por Michel Thiollent (1988) aliada, no campo da Educação, à metodologia da problematização proposta por Charles Maguerez (*apud* Berbel, 1998).

A metodologia da pesquisa-ação supõe uma ação coletiva orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação. Segundo Thiollent, o tipo de ação ou os procedimentos devem ser escolhidos a partir de um diagnóstico da situação feito com e pelos participantes. Neste sentido, a primeira etapa de elaboração do diagnóstico consistiu em uma redação sobre saúde, direcionada a 24 alunos do 9.º ano da escola estudada.

Já a segunda etapa foi orientada no sentido de problematizar os dados coletados na fase anterior, por meio de nove encontros em oficina de audiovisual sobre saúde coletiva, que conduziu a uma reflexão capaz de criar ações com vistas a tentar resolver

² O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ (Protocolo de pesquisa CEP/ENSP – 235/13).

os problemas identificados. O desenvolvimento do potencial de criação do sujeito está relacionado a um ambiente propício, onde ele possa ter espaço para desenvolver a sua singularidade e reintegrá-la à realidade externa através de atividades culturais, sociais e políticas (Velloso, 2005). Esse espaço é, pois, um interno imerso e fundado no mundo, ou seja, a inserção do sujeito na sociedade deve se dar por meio de sua interação dinâmica com o mundo externo. Os momentos internos (sujeito) se justapõem aos momentos externos (mundo comum), alguns desaparecem, outros emergem e é a criação desses momentos justapostos o que permite a afirmação do nosso ser no mundo. Segundo Doloroy-Momberger (2000), a construção da identidade do sujeito acontece mediante a dialética de tais momentos, que são opostos e complementares (interno/externo, psíquico/material, imaginário/real, subjetivo/objetivo, individual/coletivo).

A oficina proporcionou um espaço apropriado à reflexão e à criação, que possibilitou o aluno (15 alunos com idade entre 14 e 15 anos) perceber, organizar e exteriorizar, por meio de imagens e falas, os determinantes sociais subjetivos e objetivos à saúde. Durante os encontros usámos como instrumentos de coleta de dados: fotografias, desenhos, filmagens, complementadas com dinâmicas e entrevistas. Os participantes foram orientados para registrarem, por meio de imagens, os fatores que ocasionam risco à saúde na residência, na comunidade e na escola.

A imagem pode ser mais acessível do que a palavra falada, pois pode estimular a capacidade de apreensão do espectador. A fala pode ser complementada com a imagem, mas a imagem gera por si só um acúmulo de informações. Essas informações, veiculadas pela imagem, vão variar em conteúdo e forma segundo o fotógrafo, o fotografado e o observador. O reconhecimento da imagem, como documento social, veio acompanhado pela ideia de que a fotografia tem as limitações da visão socialmente situada do fotógrafo e da invisibilidade de várias dimensões da realidade social (Martins, 2008). Segundo Velloso e Guimarães (2013), um dos recursos, que vem sendo utilizado para tornar visível a realidade a ser investigada é o de entregar máquinas fotográficas aos atores sociais envolvidos no estudo.

Paralelamente, aos encontros com os alunos, realizamos dinâmicas de grupo e entrevistas com professores e líderes comunitários, abordando as seguintes questões: 1) percepção sobre saúde, 2) quais as principais questões que afetam à saúde e qualidade de vida na escola e no entorno, 3) que lugar a saúde ocupa na sociedade e qual deveria

ocupar. 4) que áreas do conhecimento podem colaborar com a saúde individual e coletiva, 5) de que forma a saúde deveria ser trabalhada na escola e na comunidade.

Foram desenvolvidas duas sessões de dinâmicas de grupo, ambas coordenadas por pesquisadora da equipe. A primeira foi realizada com a diretora e suas duas substitutas. A segunda, com o grupo de dez professores do 9.º ano do ensino fundamental. Já os seis entrevistados foram selecionados durante a investigação: três líderes comunitárias (duas mães de alunos e uma auxiliar de assistência social), as duas diretoras substitutas e o professor de arte.

Os professores permitiram a filmagem, que foi realizada pela bolsista de comunicação. Na dinâmica com as diretoras (a diretora e duas substitutas) não foi aceita a filmagem, sendo as falas somente gravadas, transcritas e analisados no seu conteúdo.

As falas foram analisadas e categorizadas por meio da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977). As atividades desenvolvidas com os atores sociais geraram o vídeo “Construindo conhecimento em saúde na escola”. O enredo foi produzido pela equipe de pesquisadores e, editado pela bolsista de comunicação. O vídeo foi apresentado e discutido em duas sessões: a primeira para os alunos do 9.º ano e a segunda para professores e líderes comunitários.

Resultados e discussão

Os dados foram analisados à luz da sua respectiva discussão e categorizados em três grupos: percepções do aluno sobre saúde; problematização e oficina de audiovisual; e, visões no campo da saúde entre professores e líderes comunitários.

Percepções do aluno sobre saúde

A redação foi direcionada aos 24 alunos do período da manhã e consistiu em duas questões: O que a escola faz e o que a escola poderia fazer para melhorar a saúde dos alunos. Os alunos apontaram aspectos negativos e positivos.

Os aspectos negativos foram identificados como condições físicas e sanitárias inadequadas presentes no ambiente escolar: temperatura, alimentação, falta de higiene, água amarelada com odor desagradável, lixo e barulho externo à sala de aula – “Barulho alto fora da sala de aula, a gente não consegue ficar feliz e também tem dificuldades em prestar atenção”.

Os aspectos positivos sugeridos foram associados às melhorias das condições físicas e sanitárias, que atendam as necessidades de higiene e segurança: ar

condicionado ou ventiladores nas salas de aula; bebedouros; alimentação saudável; higiene nos banheiros, nas salas e no refeitório. Também mencionam a falta de investimento do governo solicitando mais médicos e hospitais; unidade de pronto atendimento próxima à escola; medicamentos; e, profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas e dentistas – “acelerar o atendimento médico na clínica da família, não tem médico, demora!”.

Os alunos reconhecem como aspecto positivo a presença de uma enfermaria na escola, a distribuição de um *kit* odontológico e as palestras sobre doenças transmissíveis.

Assim, podemos verificar que os alunos reproduzem a demanda veiculada à saúde retratada pelos meios de comunicação da grande imprensa/televisivos – a saúde restrita à higiene e à assistência. A doença ainda não é reconhecida como um processo gerado pela soma e interação de diversos e diferentes fatores, ou seja, pelos determinantes sociais à saúde.

A saúde reduzida às medidas higiênicas pode ser atribuída às ações impostas no passado, que é explicitada pela medicina transformada em ciência da saúde, ou ainda, a saúde concebida como ausência de doença. Barbiani *et al.* (2014) relatam as repercussões entre o passado e o presente e os dispositivos de afirmação da ideologia capitalista sobre a família brasileira, por meio de uma leitura atualizada do fenômeno da medicalização. A perspectiva eugênica teve sua divulgação por meio de campanhas dirigidas aos grupos de risco e especialmente as famílias foram priorizadas, incidindo de forma contundente no processo de medicalização da vida em sociedade. A saúde pública foi o veículo sobre o qual o Estado, por meio do poder médico, interveio no seio da família brasileira, no sentido de moralizá-la, levando-a aos padrões higiênicos e eugênicos desejáveis ao capitalismo industrial incipiente (início do século XIX). O resquício desse tempo histórico configurou um projeto societário que permanece em movimento para a conservação do ideário que lhe deu origem e sustentação. Se, no passado, a obediência aos especialistas era o ícone da higiene-cidadã, atualmente cobra-se dos cidadãos e das famílias uma postura ativa na preservação da saúde e do ambiente como se esses bens coletivos estivessem ao alcance individual, desconsiderando os determinantes das iniquidades em saúde.

O ponto de partida para a discussão sobre medicalização, proposto por Camargo (2013), é analisar os fatores que levam à busca de serviços de saúde. A princípio, a procura é resultado de uma interação entre a sensação subjetiva de que algo vai mal com

padrões culturais de expressão de problemas de saúde e a disponibilidade de serviços de atenção à saúde. Nas sociedades industriais contemporâneas essa interação resulta na busca por hospitais ou clínicas, onde se espera que alguma doença seja diagnosticada e um tratamento proposto para a enfermidade. A procura no sentido de ser medicado pode ser influenciada pelo interesse da indústria farmacêutica em produzir e comercializar medicamentos. Assim, cria-se uma dependência farmacológica ou simplesmente ter acesso a determinada medicação, que pode ser encontrada nos diversos estabelecimentos de saúde.

Os alunos estudados não identificaram, na atenção em saúde, a etapa de maior importância, a promoção da saúde. Eles simplesmente reproduzem o discurso e a prática vigente, assim como, acesso aos medicamentos, atendimento médico e palestras voltadas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, a ação básica deveria estar pautada na educação sexual, construindo conhecimento sobre relações sexuais, afetivas, de prazer e de cuidados associados às emoções vivenciadas pelos adolescentes.

Problematização e oficina de audiovisual

Os alunos foram convidados a participarem da segunda etapa do processo investigativo – a problematização. O encontro iniciou com a apresentação dos resultados sobre o conteúdo das redações, em seguida foi explicitado o objetivo do convite para a segunda etapa, na qual a maioria dos alunos optou em participar dos encontros na Oficina de Audiovisual em Saúde. O aluno foi estimulado a buscar uma melhor apreensão na produção do conhecimento em saúde. O desenvolvimento do potencial da criatividade é fundamental ao processo de autonomia, propiciando melhor escolha na profissão e no estilo de vida. Assim, o audiovisual foi apresentado como instrumento capaz de registrar percepções, que podem ser organizadas e exteriorizadas em forma de imagens.

Durante a oficina, os alunos foram apresentados a três tipos diferentes de câmeras utilizadas pelo mercado de trabalho: uma do modelo DSLR, uma *handycam* e uma GOPRO. Com auxílio de um profissional da área, eles aprenderam a operar as câmeras e os conceitos básicos de enquadramento e movimento de câmera.

Na posse do equipamento e conhecimentos iniciais, os alunos realizaram entrevistas com os colegas e registraram, dentro da escola, o que na percepção deles se relacionava à saúde. Da mesma forma, eles fizeram registros fora do espaço escolar com seus celulares e câmeras pessoais para que produzissem uma visão crítica também da

comunidade e do ambiente onde vivem. Assim, eles começaram a fotografar casas em tijolos com aspecto de construção precário; grande quantidade de lixo nas ruelas; precariedade de recipientes armazenadores de lixo; ambiente depredado com objetos abandonados; o rio poluído no entorno das moradias inadequadas. Por fim, um aluno apresenta uma foto de uma casa em ruínas, seguida dos dizeres:

Essa casa, já teve uma história. Dentro dela podem ter acontecido coisas que ninguém imagina. Amor, ódio, amizade. Tudo isso se formou com as paredes de papel amassado, toda essa história desaparecerá como pó.

A urbanização desenfreada, sem regulamentação e controle, é cada vez mais frequente nos países de economia periférica, trouxe consigo graves repercussões na saúde da população. Problemas como a insuficiência dos serviços básicos de saneamento, coleta e destinação adequada do lixo e condições precárias de moradia, tradicionalmente relacionados com a pobreza e o subdesenvolvimento, somam-se agora à poluição química e física do ar, da água e da terra. Os efeitos negativos da urbanização afetam as populações mais carentes, ocasionando uma situação de extrema desigualdade e iniquidade ambiental e em saúde (Gouveia, 1999).

No caso do saneamento, deve-se ter claro que a persistência da problemática está fortemente associada ao modelo socioeconômico praticado e que a população mais vulnerável corresponde justamente àquela excluída dos benefícios do desenvolvimento, o processo de globalização permanece hegemônico, suportado por uma visão neoliberal do desenvolvimento. Assim, a real situação de dependência da economia periférica terá continuidade, ocasionando aumento da exclusão e agravamento da pobreza. No contexto contemporâneo, que enfatiza a relação saúde e ambiente, Heller (1998) releva a importância da manutenção das preocupações com a interação saneamento e saúde. De forma resumida, o autor alerta para os riscos causados pela insalubridade do meio, que afeta com maior intensidade as populações de menor *status* socioeconômico. Enquanto, que os problemas ambientais originários do desenvolvimento atingem mais homoganeamente a todos os segmentos sociais.

Durante as atividades na oficina, os alunos também se entrevistaram uns aos outros, gravando a ação. Nas entrevistas expressam de forma inibida sentimentos de abandono, baixa autoestima, tristeza e depressão: “Tem pessoas que perdem parentes e sentem muita saudade. Elas sofrem muitos anos e ficam até doentes, algumas são internadas e outras vivem nas ruas”. Falam sobre as suas expectativas futuras em fazer

cursos de formação e seguir uma profissão. Manifestam desejos em conhecer outros espaços, além da escola, que também conduzem ao conhecimento. Começam a perceber a doença como um processo associado à interação de vários e diferentes fatores, presentes tanto no ambiente físico da comunidade como àqueles veiculados às emoções. Identificam a singularidade na preferência dos diferentes estilos musicais. Sugerem aos professores utilizarem sua criatividade no ato de ensinar (aulas em forma de teatro), seria uma alternativa para contornar ou solucionar a dificuldade no aprendizado.

Compreendendo a saúde como um processo de subjetivação veiculada aos contextos sociais, culturais e históricos, o estudo desenvolvido por Gontijo e Medeiros (2009), envolve o tema das crianças e adolescentes em situação de rua, a partir do conceito de vulnerabilidade fundamentado no foco teórico apresentado por Castel. Este autor (*apud* Gontijo e Medeiros, 2009) entende a situação de marginalidade vivenciada por diferentes indivíduos e grupos sociais de forma dinâmica, através dos eixos do trabalho e a inserção relacional. No que se refere às crianças e adolescentes em situação de rua, os referidos autores entendem que eles refletem um processo de intensificação da vulnerabilidade (que culmina na desfiliação) a que estão submetidas milhares de famílias brasileiras, em virtude do quadro de extrema desigualdade social vivenciado em nosso país. Ao pensar a situação destas crianças e adolescentes como um processo, que se movimenta com base nos eixos do trabalho e da inserção relacional, e que é incrustado à situação de vulnerabilidade vivenciada por suas famílias, é possível desvelarmos possibilidades de atuação nos quatro níveis: vulnerabilidade, desfiliação, assistência e integração – que paulatinamente possibilitem o movimento contrário ao da desfiliação, ou seja, que tragam estas crianças e adolescentes da zona de desfiliação para a zona da assistência e da vulnerabilidade, e daí quem sabe para a integração social por meio de uma escola apropriada a esse segmento da sociedade.

A busca por uma escola para todos somente poderá ser conquistada, quando a escola for um local de produção do conhecimento e de luta contra as desigualdades sociais em estreita relação com os movimentos sociais de emancipação. Assim, a escola encontrará o seu lugar de formação no nosso tempo. Além de conteúdo, a escola deve ensinar novas relações com as pessoas e com a natureza. Mais do que nunca, temos que saber ler as medidas que estão sendo propostas usando um instrumental teórico que nos permita desvelar as reais intenções e as práticas das atuais políticas públicas e refletir sobre o processo de resistência (Freitas, 2002).

Nas dinâmicas realizadas com os pesquisadores da equipe, os alunos associam saúde à violência no território de Mangueiros. Eles falam sobre a presença da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) na comunidade, alegando não sentirem diferença no que se refere às ações de confronto da polícia com os moradores. A UPP, assim como o tráfico de drogas ilícitas, ocasiona riscos à saúde.

Num dia que teve um confronto, da polícia com a população, todo mundo na comunidade ficou sem luz. Muita gente dizia que foram os garotos da própria comunidade, outros diziam que foram os policiais. Naquele dia foi um terror.

Com relação à violência em rede, Minayo (1990) a situa a partir dos seguintes níveis: violência estrutural (referente às desigualdades sociais veiculadas pelo sistema social, incluindo as discriminações de segmento social, raça, sexo e idade); violência revolucionária ou de resistência (relacionada ao protesto, de forma organizada, dos que são discriminados); e delinquência (caracterizada pelas transgressões sociais). No nível da delinquência destacam-se os crimes cometidos por jovens e adolescentes, que se envolvem com o tráfico de drogas ilícitas, localizados nos aglomerados urbanos (favelas) das cidades. A desigualdade social e a discriminação ocasionam a vulnerabilidade, a qual, muitas vezes, pode levar o jovem à rebelião e ao homicídio.

Nas atividades com desenhos, os alunos apresentaram aspectos subjetivos vinculados aos determinantes sociais da saúde. A princípio, alegaram não saber desenhar, mas explicamos que o importante era manifestar através do desenho, os aspectos individuais ou coletivos que poderiam causar danos à saúde. Então, todos ficaram animados e concentrados na construção dos seus desenhos. Os desenhos mostram tristeza; ambiente poluído; cenas de suicídio; consumo de álcool, uso de drogas ilícitas e depressão:

Tentei fazer um coração como se ele tivesse partido. Tem muita gente que sofre muito, a gente fica desanimada, deprimida e doente, muitas coisas levam ao coração partido e essas coisas acabam afetando tudo e a gente fica doente.

A violência entre as pessoas pode ser de ordem familiar e comunitária. O local de ocorrência mais frequente na incidência da violência familiar acontece na residência, entretanto a violência comunitária pode ocorrer na via pública ou em instituições como a escola. Andrade *et al.* (2012) analisaram os dados provenientes da Pesquisa epidemiológica Nacional em Saúde Escolar (PeNSE) do ano de 2009. A PeNSE é um

inquérito epidemiológico trienal (o primeiro foi feito em 2009) realizado com adolescentes de 13-15 anos do 9.º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Entre os fatores de risco, associados ao ato de violência física praticado pelos adolescentes nos últimos 30 dias, destacaram-se: consumo de álcool, uso de drogas ilícitas, *bullying* e moradia com os pais na mesma residência. Dos adolescentes entrevistados (60 973) a maioria (52,5%) foi do sexo feminino e estudava em escola pública (79%). Enfim, na análise bruta, o envolvimento em situações de violência física nos 30 dias prévios ao estudo foi associado com *bullying*, consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas ilícitas em ambos os sexos. Todavia, foi fator de proteção morar com os pais e o envolvimento em situações de violência física, no sexo feminino. Após o ajuste por escolaridade materna, tipo de escola e as variáveis independentes testadas, o envolvimento em situações de violência física manteve associação significativa com *bullying*, consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Morar somente com o pai ou com ambos os genitores, na mesma residência, foi fator de proteção para o envolvimento em situações de violência física apenas no sexo feminino.

Visões no campo da saúde entre professores e líderes comunitários

As diretoras, durante a dinâmica, falam da experiência que possuem na escola. Começaram a lecionar há mais de 20 anos e já podem ver os filhos dos seus ex-alunos frequentando o mesmo colégio dos pais. O cotidiano não apresenta uma rotina, cada dia surge uma nova situação para ser resolvida. Construíram o Projeto Político-Pedagógico na escola e a cada ano trabalham com um tema diferente. Ressaltam a importância na orientação da secretaria de saúde nos trabalhos com a escola. Percebem a necessidade em trabalhar com os alunos, buscando transformar a comunidade onde residem. A comunidade é carente e a educação é uma prioridade no que se refere à melhoria da qualidade de vida e saúde. A princípio, quando começaram o trabalho na escola, não entendiam o comportamento agressivo dos alunos – “gritam, entram na sala da direção sem pedir licença, quebram bens públicos, brigam uns com os outros com agressões físicas e psicológicas”. Mas procuraram entender visitando a comunidade e se surpreenderam ao observarem as precárias condições de vida da população. Essa percepção ocasionou maior aproximação com os alunos – “observamos que eles ainda moravam em palafitas, faltava esgoto e não havia água encanada”.

Segundo as diretoras, a violência gerada pelo confronto da polícia (UPP) com a comunidade é identificada como fator de grave risco para a saúde dos alunos, dos professores e da comunidade – “Uma criança que ouve tiros durante a noite inteira não consegue receber carinho, ela tem dificuldade de toque. Eles só falam gritando, acredito na educação e através dela podemos mudar o mundo”.

Estudos demonstram a relação entre violência e problemas de saúde mental (PSM) em crianças e adolescentes. De Sá *et al.* (2010) realizaram investigação, no município de Imbú no Estado de São Paulo/Brasil, em uma comunidade urbana de baixa renda e com alta taxa de homicídios (100,79 homicídios para 100 000 habitantes). Trabalharam com 67 crianças e adolescentes de uma faixa etária entre os 4 e os 17 anos, sendo 39 meninos e 28 meninas. Os resultados do estudo apontaram fatores associados aos PSM: criança/adolescente ser do sexo masculino e sofrer punição física grave; ideação suicida da mãe e violência conjugal física grave contra a mãe; embriaguez do pai/padrasto e atos de violência na comunidade. Foram identificados 19,4% de PSM de internalização ou emocionais (ansiedade e depressão) e 22,4% de externalização ou dificuldades em seguir regras sociais (agressividade e violação de regras).

A diretora substituta, quando entrevistada, comenta os casos frequentes de gravidez na adolescência, identificando o agravamento da situação causado pela ausência da família e desconhecimento dela com relação à educação sexual do adolescente. Também reconhece que, na sociedade contemporânea, as crianças e os adolescentes são estimulados sexualmente pelas imagens produzidas na mídia, pelas músicas e danças – “Temos buscado parceria com as famílias, mas a família se sente tão perdida como os próprios filhos. Na comunidade, os adolescentes com 12 anos já partem para relação sexual. A sexualidade está chegando cada vez mais cedo.”

Investigações sobre gravidez na adolescência identificam como fatores de risco: o abandono escolar; o baixo nível de escolaridade da adolescente, do companheiro e da família; a ausência de planos futuros; e a repetição do modelo familiar (mãe também adolescente). Outras causas associadas à maternidade na adolescência são o início precoce da atividade sexual, a baixa autoestima, o abuso de álcool e drogas, a falta de conhecimento a respeito da sexualidade e o uso inadequado de métodos preventivos. A gravidez na adolescência é sempre uma situação que motiva angústias e incertezas. Contudo, muitas vezes a adolescente tem orgulho em ter o filho, funcionando a maternidade como uma afirmação da identidade. Dependendo do segmento social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como acontecimento

normal. No entanto, alguns estudos ressaltam a alta incidência de morbidade e mortalidade da mãe e do feto, associadas ao risco da gravidez prematura agravada pela ausência de cuidados durante a gestação (Foresti, 2001; Rodrigues, 2010; Silva *et al.*, 2013).

Nas entrevistas, as líderes comunitárias (três mulheres) identificam como fatores altamente prejudiciais à saúde o abandono dos filhos pelos familiares, o machismo e a violência no território. O abandono ou a negligência em relação à criança e ao adolescente também são percebidos como uma forma de violência. Segundo as falas das entrevistadas, a mulher é ainda muito discriminada na comunidade, sofrendo diversos tipos de violência:

Na ONG Mulheres da Paz, a mulher pode procurar ajuda, melhora a mentalidade, trabalha a autoestima, ela não deve se sujeitar. Fazem palestras sobre estupro e gravidez que acontecem com meninas novas, com 12 anos de idade.

Estudos identificam as diversas formas de violência contra a mulher. Gomes (1994) pesquisa a violência familiar e institucional de meninas adolescentes, na cidade do Rio de Janeiro/Brasil – a maioria das grávidas de etnia negra, pobres e abandonadas pelos pais ou responsáveis. Oliveira *et al.* (2011), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Brasil, constataram que os profissionais apesar de reconhecerem as diversas formas da violência revelaram despreparo no atendimento das vítimas, reflexo da formação fundamentalmente biomédica. A violência, subnotificada nessa localidade, representa um microcosmo das fragilidades do sistema de saúde na capacitação de profissionais, que demanda a interação das diferentes áreas do conhecimento, subsidiando a complexidade do tema na agenda da saúde pública. Marcacine *et al.* (2013), no Centro de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno da Universidade Federal de São Paulo, no Estado de São Paulo/Brasil com 207 puérperas, que compareceram a consulta de enfermagem para a promoção e incentivo ao aleitamento materno e revisão pós-parto, no período de janeiro de 2011 a fevereiro de 2012. A prevalência de Violência por Parceiro Íntimo (VPI) antes, durante e/ou depois da gestação foi de 51,2% (entre 207 mulheres, 106 foram vítimas de violência).

Nascimento *et al.* (2014), em Luanda/Angola, identificaram percepções e práticas de profissionais de saúde (diretores, gestores, médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos de enfermagem) em relação à violência contra a mulher na relação conjugal. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas em três hospitais nacionais de Luanda. As

percepções dos profissionais de saúde angolanos sobre a violência contra a mulher são marcadas pela construção cultural do papel social da mulher na família, pela crença na superioridade masculina e na fragilidade feminina. Apesar de reconhecerem diferentes tipos de violência e as suas consequências para a saúde física e mental, as suas práticas na atenção às mulheres vitimizadas priorizam o tratamento das lesões físicas, sem contemplarem a subjetividade e a complexidade dessas situações. Lindner *et al.* (2015), no município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina/Brasil, com população de aproximadamente 2016 pessoas de ambos os sexos, composta por adultos de 20 a 59 anos de idade. A prevalência de ter sofrido qualquer violência física, violência física moderada e grave foram, respectivamente, de 17%, 16,6% e 7,3%. Sofrer violência física apresentou prevalência de 16,1% para os homens e de 17,5% para as mulheres. Entretanto, diferenças maiores foram observadas na prevalência de violência física grave entre mulheres (8,5% das mulheres e 5,7% dos homens).

De acordo com as líderes comunitárias, anteriormente os atos violentos eram oriundos do tráfico de drogas. Atualmente, a comunidade de Manguinhos está vivenciando o processo de pacificação, mas os moradores ainda são vítimas de tiroteios, de ameaças e do medo que chega ao pânico – “A violência, continua a mesma coisa, mesmo depois da pacificação. Neste mês já morreram dois jovens. Eles falam que foram trocas de tiros, mas a gente sabe que foram tiros de uma única arma”.

A violência pode estar vinculada aos fatores individuais, familiares, coletivos, sociais e culturais. É um complexo tema de saúde pública e para sua compreensão é necessária a reflexão de profissionais das diversas áreas do conhecimento. Na contemporaneidade é um grave problema mundial, abrangendo riscos físicos, psíquicos e sociais para a saúde. A favela é identificada como principal foco de violência nas cidades. Entretanto, a densidade demográfica e o crescimento urbano desordenado não estão diretamente relacionados aos atos violentos. A pobreza, a baixa escolaridade, o desemprego, a desigualdade social e a baixa autoestima agravam a situação e causam vulnerabilidades para ação do tráfico de drogas ilícitas nas comunidades do município. Os grupos criminosos, que disputam a hegemonia do tráfico de drogas nas favelas e a intervenção das forças de segurança do Estado, nesses territórios, promovem um clima de opressão e medo, agravando a segregação a qual historicamente os seus moradores estão relegados (Minayo, 1990).

Zaluar e Barcellos (2013) desenvolveram um estudo em favelas no município do Rio de Janeiro, reconhecendo que as vulnerabilidades dos moradores transformaram

esses territórios em alvos do crime organizado com traficantes armados no varejo de drogas. Segundo os autores, no final da década de 1980, o Estado começou a controlar o tráfico nesses locais, por conta da rivalidade letal entre os comandos que começaram a se organizar dentro dos presídios. Entretanto, devem ser desveladas outras dimensões que vão além da cidade e do país, o surgimento e a expansão do crime organizado, compreendido no contexto das mudanças macrossociais no mundo e em particular, no Brasil.

Na dinâmica com os professores, eles comentam as dificuldades em estabelecer uma gestão descentralizada. As medidas são tomadas verticalmente, enquanto deveriam acontecer no sentido horizontal. As carências identificadas nas condições de saúde e de educação no espaço escolar não estão restritas à falta de verba, mas principalmente à ausência de uma gestão participativa – “O governo implanta, mas não há interação da política governamental e a nossa experiência profissional com as crianças e suas famílias”.

A democratização na escola não é uma proposta nova. No Brasil, historicamente, esta proposta remonta a 1920, tendo como proposição educativa desenvolver na criança sentimentos comunitários que garantiriam a vida democrática. Já na década de 1970, podemos citar a luta pela democratização nas escolas públicas, que se inseriu no contexto dos movimentos sociais urbanos. Em meados da década de 1980, com os movimentos para eleição “diretas já” para a presidência da república e posteriormente com a Constituição de 1988, que instituiu um discurso defendendo uma sociedade mais democrática em seus diversos setores, os espaços educacionais passam a lutar para conquistar seu processo de participação social (Abranches, 2006).

A discussão sobre “descentralização” e “poder local” no Brasil, que se institucionalizou como canais de participação na Constituição de 1988, é analisada por Fonseca (2007) como um movimento inverso da acumulação flexível resultante da terceira revolução industrial. Em tal movimento inverso, a força de trabalho experimenta retrocessos quanto aos direitos do trabalhador em várias dimensões: ocupações temporárias, precárias e informais, em contraste ao emprego formal construído desde a década de 1930; direitos sociais sintetizados no *welfare state* em franco retrocesso e focalização (contrária à universalização) na predominância da lógica fiscal sobre a social. Tudo isso é resumido na hegemonia internacional do ideário neoliberal, personificado na agenda mundial.

Entretanto, a Constituição de 1988 constitucionalizou verbas em áreas essenciais, tais como educação e saúde, e vem promovendo contornos sistêmicos às principais políticas públicas, como são os casos das mencionadas áreas de saúde (Sistema Único de Saúde - SUS) e da educação (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica - FUNDEB), mas também da assistência social (Sistema Único de Assistência Social- SUAS) e da segurança pública (Sistema Único de Segurança Pública - SUSP). Algumas investigações (Fonseca, 2007; Lopes *et al.*, 2012) ressaltam o exemplo do SUS, tendo em conta este ter sido pioneiro e possivelmente o mais bem sucedido aos objetivos a que se propõe – determina a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a equidade, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo e articulação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e recursos humanos de todos os níveis.

Considerações finais

O uso da redação consiste em uma forma mais convencional de ensino e captou como resultado apenas visões higienista e assistencialista em saúde, que estão vinculadas ao paradigma monodisciplinar, tradicional/positivista. Já quando se propõe formas mais dinâmicas de ensino, por meio da problematização, em oficina de audiovisual em saúde, os alunos conseguem relacionar o tema às diversas outras instâncias de suas vidas, tornando o pensamento mais complexo e estabelecendo intercâmbios e diálogos com diferentes saberes, que caracterizam a ecologia dos saberes. Ou seja, durante a investigação é estabelecido um diálogo entre o conhecimento científico e outros conhecimentos. Os pesquisadores junto aos atores sociais, não especialistas, – os alunos e as líderes comunitárias – participam da construção do conhecimento em saúde na escola e no território.

Os encontros na oficina de audiovisual proporcionaram um ambiente/espço apropriado ao desenvolvimento do potencial de criatividade do aluno. Os instrumentos utilizados de recolha dos dados – fotografias, filmagens, desenhos e dinâmicas mediadas por pesquisadores – trazem à tona a percepção, organizada e exteriorizada por meio de imagens criativas, que retratam os determinantes sociais invisíveis da saúde. Os desenhos mostram aspectos subjetivos que atuam no processo saúde/doença – emoções veiculadas pela baixa autoestima; pelo estigma social; pelo abandono; pelo ato suicida e homicida; pela falta de afeto e por meio da violência relegada aos moradores da comunidade.

Os professores convivem no território há cerca de duas décadas e as líderes comunitárias há três décadas. Por tal motivo, percebem as consequências do crescimento urbano desordenado/processos de ocupação irregulares e invasões. Assim, apresentam uma visão do processo saúde/doença associado às desigualdades sociais; às vulnerabilidades; à violência ocasionada pelo tráfico de drogas ilícitas (disputa pelo domínio entre comandos) e pela Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) e, ao abandono das crianças pela família e pela sociedade.

O vídeo “Construindo conhecimento em saúde na escola” foi apresentado e debatido em duas sessões. A primeira com os alunos e, a segunda com os professores e as líderes comunitárias. Nas duas sessões, o debate convergiu para o tema da desigualdade social e saúde – a pobreza, a baixa escolaridade, o desemprego e a iniquidade em saúde – que ocasiona vulnerabilidades para a população. Estas vulnerabilidades transformam os moradores de Mangueiras em vítimas da violência no território.

O estudo piloto contribuiu para a reflexão dos atores sociais sobre as possíveis ações e o lugar que ocupam na sociedade. Os professores e as líderes reconhecem a necessidade em buscar soluções para melhorar a qualidade de vida no território, por meio de projetos em educação e saúde com atividades programadas e continuadas ao longo do ano escolar. No entanto, cabe ressaltar que, as futuras investigações não devem medir esforços com vista a promover a participação intersetorial, ou seja, tem que haver um maior envolvimento entre as instituições participantes – Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Fundação Oswaldo Cruz, e Escola pública –, buscando melhores resultados por meio de projetos com continuidade na rede de escolas públicas.

O vídeo gerado pela investigação é uma ferramenta a ser utilizada na rede de escolas públicas e nas unidades básicas de saúde, estimulando debates entre profissionais de saúde e educação; e, diferentes atores sociais, tais como, alunos, familiares, professores e líderes comunitários. O objetivo do estudo piloto e sua reprodução em rede consistem em formar alunos multiplicadores do conhecimento interdisciplinar em saúde na comunidade, subsidiando o processo de transformação da realidade no território partindo da escola.

Referências bibliográficas

Abranches, Mônica (2006), *Colegiado escolar: espaço de participação da comunidade*. São Paulo: Cortez [2.^a ed.].

- Andrade, Silvania Renata; Carvalho, Tiene de Yokota; de Sá, Naíza Nayla Bandeira; da Silva, Marta Maria Alves; Araújo, Wildo Navegantes de; Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros; Malta, Deborah Carvalho (2012), “Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros”, *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1725-1736.
- Barbiani, Rosângela; Junges, José Roque; Asquidamine, Fabiane; Sugizaki, Eduardo (2014), “Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 567-587.
- Bardin, Laurence (1977), *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berbel, Neusi (1998), “A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos”, *Interface*, 2(2), 139-154.
- Camargo JR, Kenneth (2013), “Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário”, *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 844-846.
- De Sá, Daniel; Bordin, Isabel A. Santos; Martin, Denise; de Paula, Cristiane S. (2010), “Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância e adolescência”, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, out-dez, 26(4), 645-665.
- Doloroy-Momberger, Christine (2000), *Les histoires de vie: de l'invention de soi au projet de formation*. Paris: Anthropos.
- Fernandes, Tania; Costa, Renato (2009), *História de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fonseca, Francisco (2007), “Democracia e participação no Brasil: descentralização e cidadania face ao capitalismo contemporâneo”, *Revista Katálysis Florianópolis*, 10(2), 245-255, jul./dez.
- Foresti, Raquel (2001), *Gravidez na adolescência: um estudo exploratório sobre o início da experiência da gravidez*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Freitas, Luiz (2002), “Internalização da exclusão”, *Educação & Sociedade*, 23(80), 299-325.
- Galindo, Marly; Goldenberg, Paulete (2008), “Interdisciplinaridade na graduação em enfermagem: um processo em construção”, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 18-23.
- Gomes, Romeu (1994), “A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas”, *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1), 156-167.

- Gontijo, Daniela Tavares; Medeiros, Marcelo (2009), “Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2): 467-475.
- Gouveia, Nelson (1999), “Saúde e ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental”, *Saúde e Sociedade*, 8(1), 49-61.
- Heller, Leo (1998), “Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento”, *Ciência e Saúde Coletiva*, 3(2), 73-84.
- Iriart, Jorge; Caprara, Andrea (2011), “Novos objetos e novos desafios para a antropologia da saúde na contemporaneidade”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 853-863.
- Lindner, Sheila; Coelho, Elza Berger Salema; Bolsoni, Carolina Carvalho; Rojas, Paulo Fernando; Boing, Antonio Fernando (2015), “Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional”, *Cadernos de Saúde Pública*, 31(4), 815-826.
- Lopes, Roseli; Malfitano, Ana Paula Serrata; Palma, Ariane Machado; Furlan, Paula Giovana; Brito, Eni Marçal de (2012), “Educação e saúde: territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais”, *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1, supl 1), 18-26.
- Luz, Madel (2006), “Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva”, in Roseli Pinheiro e Rubem Araujo (orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Luz, Madel (2009), “Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática”, *Saúde & Sociedade*, 18(2), 304-311.
- Luz, Madel (2011), “Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde”, *Saúde e Sociedade*, 20(1), 22-31.
- Marcacine, Karla; Abuchaim, Érika de Sá Vieira; Abrahão, Anelise Riedel; Michelone, Cecília de Souza Lima; Abrão, Ana Cristina Freitas de Vilhena (2013), “Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas”, *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 395-400.
- Martins, José (2008), *Sociologia da fotografia e da imagem*. São Paulo: Contexto.
- Minayo, Maria (1990), “A violência na adolescência um problema de saúde pública”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1, 278-292.

- Minayo, Maria (1991), “Um desafio sociológico para a educação médica”, *Revista Brasileira de Educação Médica* (ABEM), Rio de Janeiro, 15(1), 25-32.
- Minayo, Maria (2008), “Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud”, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(1), 5-8, janeiro-abril.
- Morin, Edgar (2000), *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez/Brasília, DF: UNESCO.
- Nascimento, Edna; Ribeiro, Adalgisa Peixoto; de Souza, Edinilsa Ramos (2014), “Percepções e práticas dos profissionais de saúde de Angola sobre violência contra a mulher na relação conjugal”, *Cadernos de Saúde Pública*, 30(6), 1-10.
- Oliveira, Cristiano; de Almeida, Margareth Aparecida Santini; Morita, Ione (2011), “Violência e saúde: concepções de profissionais de uma unidade básica de saúde”, *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(3), 412-420.
- Oliveira, Maria (2012), “A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em Enfermagem”, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 1-2.
- Rodrigues, Rosa (2010), “Gravidez na adolescência”, *Nascer e Crescer*, 19(3), 201.
- Santos, Boaventura Sousa (1988), “Uma cartografia simbólica das representações sociais: prolegômenos a uma concepção pós-moderna do direito”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 24, 139-172.
- Santos, Boaventura de Sousa; Hissa, Cássio (2011), “Transdisciplinaridade e ecologia dos saberes”, in Cássio E. Viana Hissa (org.), *Conversações de artes e de ciências*. Belo Horizonte: UFMG Humanitas, 17-24.
- Sartre, Jean (1963), *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Losada.
- Silva, Andréa; Coutinho, Isabela C.; Katz, Leila; Souza, Alex Sandro Rolland (2013), “Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo controle”, *Cadernos de Saúde Pública*, 29(3), 496-506.
- Thiollent, Michel (1988), *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.
- Velloso, Marta (2005), “Os catadores de lixo e o processo de emancipação social”, *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(supl.), 49-61.
- Velloso, Marta; Guimarães, Maria Beatriz Guimarães (2013), “A imagem na pesquisa qualitativa em saúde”, *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(1), 245-252.
- Zaluar, Alba; Barcellos, Christovam, (2013), “Mortes prematuras e conflito armado pelo domínio das favelas no Rio de Janeiro”, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28(81), 17-31.