

CAPÍTULO 5

O desafio da promoção da saúde dos Professores

Jefferson Peixoto da Silva

Frida Marina Fischer

Introdução

Desde que nos propusemos a estudar a temática do trabalho e saúde dos professores, uma das atividades que mantivemos com atenção e regularidade foi o acompanhamento daquilo que os jornais – especialmente os de grande circulação – têm noticiado a respeito do assunto. Por já fazermos isso há algum tempo, tem sido muito comum também que, por reconhecerem a importância da ação, amigos e demais colegas de trabalho nos enviem – espontânea e gentilmente – materiais diversos contendo informações pertinentes a essa questão. Desse modo, tem sido possível consolidar um conjunto significativo de informações, que só faz aumentar nossa convicção de que há algo de muito degradante pairando sobre as condições e a organização do trabalho dos professores, o que, conseqüentemente, tem prejudicado seriamente a saúde desses profissionais.

Ao analisarmos essas informações, algumas questões específicas têm se tornado marcantes, sobretudo quando comparamos às notícias coletadas. Nesse contexto, recordamo-nos que, no ano de 2016, uma matéria em específico muito nos chamou a atenção. Publicada pelo jornal O Estado de São Paulo, em 24 de março do referido ano, no caderno Metrópole, seu título estampou o seguinte: “Estado dá a professores 372 licenças por dia, 27% por transtornos mentais”. De modo geral, a notícia deu conta de que em 2015 (ano de referência dos dados utilizados) houve um total de 136 mil afastamentos médicos de professores na rede estadual de São Paulo. Em 37.833 dos casos, o motivo esteve relacionado a transtornos mentais e comportamentais. Como se pode observar,

além do alto número de licenças em si, a proporção representada pelos problemas mentais é igualmente preocupante, tanto que o jornal precisou recorrer à Lei de Acesso à Informação para obter os dados.

Ao procedermos a uma comparação com reportagem veiculada algum tempo antes por outro jornal de grande circulação, nossa preocupação com relação ao assunto só aumentou, posto que, em 8 de novembro de 2014, a *Folha de São Paulo* alertou para o crescimento do número de professores que passaram a recorrer à justiça para poderem tirar licença médica. Segundo dados da reportagem, tais solicitações subiram 301% entre 2012 e 2014, em virtude de mudanças que, conforme a reportagem citada, tornaram o sistema de concessão de licenças médicas mais rígido.

Um ano mais tarde, nos propusemos ao mesmo exercício e, na ocasião, nos perguntamos o seguinte: o que a comparação das matérias citadas com notícias posteriores (a respeito do mesmo assunto) revelaria? Apontaria para o reconhecimento de que medidas de atenção à saúde dos professores precisariam ser (e/ou foram) adotadas, ou pelo contrário, que o estado atual das coisas havia sido mantido e que o quadro nocivo perdurara? Quando, então, começamos a pensar em buscar novas matérias sobre o assunto, algumas notícias vieram até nós de modo abrupto, não propriamente pelo modo espontâneo como nos chegaram, mas pela gravidade do que elas comunicaram.

Foi assim, por exemplo, que em determinado momento fomos surpreendidos nas redes sociais (Facebook) pela chocante imagem de uma professora com o rosto sangrando após ter sido agredida por um aluno. A imagem circulou amplamente e gerou grande repercussão, levando-nos posteriormente a buscarmos informações sobre o assunto em órgãos da imprensa. Com isso, vimos que, em 21 de agosto de 2017, a página eletrônica do jornal Diário Catarinense estampou a mesma foto que a professora, ainda com o rosto sangrando, havia postado originalmente na sua *timeline* do Facebook, acompanhada da frase proferida por ela em tom de desabafo: “Todos ajudaram a deixar meu olho roxo”.

No mesmo sentido, apenas alguns dias depois, uma reportagem do jornal *Folha de São Paulo* de 17 de setembro de 2017 noticiou que, segundo dados policiais (boletins de ocorrência) referentes só ao primeiro semestre de 2017, “São Paulo tem quase dois professores agredidos ao dia; ataque vai de soco a cadeirada”.

Como se pode observar, a situação que envolve as condições de trabalho e saúde dos professores tem se tornado insustentável, e não são apenas as matérias jornalísticas que, quando comparadas em perspectiva, confirmam esse cenário. De igual maneira, uma considerável produção acadêmica tem se estabelecido e demonstrado o agravamento da precarização das condições trabalho e saúde dos professores (FERREIRA, 2010; GASPARINI, BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; NEVES, BRITO; ATHAYDE, 2010; PAPARELLI, 2009, 2010; SILVA-MACAIA; FISCHER, 2015).

Diante disso, constata-se que é preciso pensar em formas de promover a saúde dos professores, dando-lhes condições de trabalho adequadas. Para tanto, o caminho é investir na educação e, como parte fundamental disso, na figura do professor. Imbuídos desse espírito, nos propusemos aqui a discutir o cívico e necessário desafio de promover a saúde dos professores.

O que entendemos por promoção da saúde

Antes de partirmos para a delimitação daquilo que entendemos por promoção da saúde, duas considerações prévias se fazem necessárias. A primeira delas é de natureza conceitual e trata da importância de se destacar que, ao falarmos em promoção da saúde, os conceitos de prevenção e proteção são necessariamente convocados, uma vez que lhe são complementares. Por sua vez, a segunda questão que se impõe é a da necessidade de explicitação do contexto a partir do qual pretendemos abordar tais conceitos, visto que, prevenção, proteção e promoção são termos de uso relativamente comum, tanto no contexto social geral como no âmbito específico do campo da Segurança e Saúde no Trabalho (SST), área na qual este trabalho se insere.

Por ser multidisciplinar, tal campo é composto/alimentado por diversas vertentes como, por exemplo, a Medicina do Trabalho, a Engenharia de Segurança do Trabalho, a Higiene Ocupacional e a Saúde Pública (quer na perspectiva da Saúde Ambiental, em geral, ou mais particularmente, da sua aproximação com a perspectiva da Saúde do Trabalhador). Além destas, outras tantas áreas de significativa relevância se voltam ao debate em torno do assunto (MENDES; DIAS, 1991).

Dito isto, cabe destacar que os conceitos em questão (prevenção, proteção e promoção) poderiam ser definidos no contexto de cada uma dessas diversas perspectivas, gerando, assim, formas distintas – porém complementares – de fazê-lo. Isso porque, mesmo reunidas sob o mote da SST, tais áreas do saber possuem suas peculiaridades práticas e teóricas, o que acaba por se refletir no olhar singular de cada uma delas.

No contexto dessas múltiplas possibilidades de abordagens, importa destacar que trataremos o conceito de promoção da saúde (assim com os seus conceitos complementares de prevenção e proteção) a partir do referencial da Saúde Pública, perspectiva esta que, a nosso ver, é aquela que, junto com a medicina preventiva, mais se aproxima do sentido original do termo. Esse, portanto, é o lugar de onde falamos.

Com relação ao conceito de “promoção da saúde”, propriamente dito, Westphal (2013, p. 164) nos explica que o historiador da medicina Henry Sigerist (1891-1957) teria sido o primeiro a empregar o termo quando, em 1945, definiu o que ele considerava as quatro funções da medicina, quais sejam: promoção da saúde; prevenção da doença; restauração do doente; e reabilitação.

Observa-se que a noção de doença ocupou papel central nesta formulação, mas, a despeito disso, permitiu também que a ideia de promoção da saúde ganhasse destaque. Nesses termos, promoção da saúde despontou como uma espécie de dimensão (ou dinâmica) que antecede o próprio ato de prevenir a ocorrência de alguma doença – e de certo modo até se distingue dele –, ao mesmo tempo que, conforme veremos mais adiante, continua a integrar a própria noção de prevenção do referido modelo, no contexto do seu sentido mais amplo.

Desse modo, a título de aproximação inicial, pode se dizer que promoção da saúde se caracteriza como uma medida de “intervenção geral” (WESTPHAL, 2013, p. 164). Como tal, remete muito mais à ideia de saúde do que de doença, o que é bastante significativo, uma vez que aponta para uma direção distinta da concepção comumente veiculada (no senso comum) de que saúde se caracterizaria como a ausência de doenças, assim como do próprio modelo de Sigerist cujo foco também fora depositado na doença (e em possíveis formas de prevenção e/ou tratamento contra ela).

Ainda assim, embora não tenha sido concebida como instrumento voltado a impedir (ou prevenir) diretamente que uma doença em específico se instalasse – daí se caracterizar como medida de ordem geral e ter sido aqui apontada como possuidora de lógica peculiar e independente –, a noção de promoção da saúde ancorou-se no princípio (positivo) de que o próprio ato de fomentar medidas que auxiliem e/ou estimulem a saúde, em termos gerais, já seria um fator preventivo. Mas preventivo contra o quê? No caso, contra eventuais processos de adoecimento. Sob tal dinâmica – a da promoção da saúde –, a prevenção não se daria de modo direcionado e específico, mas geral, uma vez que não se voltaria contra doenças especificamente instaladas e/ou em processo de o ser.

Nesse sentido, em termos da lógica subjacente ao modelo de Sigerist, a noção de promoção da saúde se distingue consideravelmente das outras três “funções da medicina” por ele apontadas, posto que, nelas, o evento doença é figura central, conforme vimos. Além do mais, o enfrentamento direto de casos específicos de adoecimento (pelo viés da prevenção) se constituiria no intento principal de tal modelo, o que deveria acontecer tanto para prevenir a ocorrência da doença como para restaurar ou reabilitar o doente e, assim, prevenir sempre o pior (a morte, em primeiro plano, e a limitação permanente e/ou a incapacidade, em segundo).

Para melhor explicitar a lógica que rege a referida formulação e o lugar distinto que o conceito de promoção da saúde ocupa dentro dela, é importante levar em consideração que, como pano de fundo (ou contexto histórico fundamental), duas formas muito singulares de se conceber o adoecimento estavam no horizonte e, de certo modo, passaram a disputar influência no tocante ao modo como os processos de adoecimento (e suas respectivas medidas de intervenção) eram e/ou viriam a ser concebidos.

A primeira delas, de base tradicional, foi retomada da tradição clássica greco-romana nos contextos da ascensão do Estado liberal burguês e, posteriormente, da consolidação da sociedade industrial. Ela entendia que a relação entre saúde e condições de vida era direta e unívoca, e, sendo assim, as medidas de saúde precisariam contemplar intervenções de linhas gerais que se voltassem, sobretudo, aos espaços nos quais as experiências sociais se desenrolavam (CARVALHEIRO *et al.*, 2013; WESTPHAL, 2013).

Segundo tal visão, as doenças estavam associadas ao ambiente e às condições de vida das pessoas, de modo que agir sobre a doença significava, antes, agir sobre tais ambientes e condições. Embora enraizada num passado remoto, tal perspectiva se mostrava bastante abrangente. Ela explica, por exemplo, por que a definição de promoção da saúde – mesmo a de Sigerist, que era ancorada predominantemente no outro a ser apresentado – foi classificada como de linha “geral”, como vimos. Ao mesmo tempo, explica também por que o processo de precarização das condições de vida que a ascensão do Estado liberal burguês colocou em curso – da qual a revolução industrial é um dos produtos – fez ressurgir a importância de tal explicação de cunho geral. A esse respeito, Carvalheiro *et al.* (2013) explicam que:

Em seu trabalho sobre a história da Saúde Pública, George Rosen defende a ideia de que os problemas de saúde vividos pelo homem durante toda a sua história vinculam-se à organização comunitária e à estrutura social desenvolvida. A confluência histórica dos contornos encontrados na contenção das epidemias desde a melhoria do ambiente físico, a provisão de águas, a assistência médica e outras medidas originou o que atualmente se conhece como Saúde Pública [...]. A atual noção de Saúde Pública ganha nitidez no Estado liberal burguês do fim do século XVIII [...]. Será na segunda metade do século XIX que a higiene se torna um saber social que envolve toda a sociedade e faz da Saúde Pública uma prioridade política [...] A deterioração das condições de vida urbana da população de trabalhadores é brilhantemente descrita por Engels (2011) em obra publicada originalmente em meados do século XIX (1845). Nesse contexto, inúmeros trabalhos de pesquisa revelam claramente a relação direta entre saúde e condições de vida. (CARVALHEIRO et al., 2013, p. 1-2).

No mesmo sentido, Westphal (2013) afirma que:

Desde Esculápio e suas filhas Panacéia e Hygea, passando por Hipócrates, Galeano e outros autores ilustres como Chadwick, Vilhame e Virchow, a relação entre saúde e condições de vida tem sido constatada e explicitada [...]. Especialmente no fim do século XVIII e na primeira metade do século XIX, o processo de urbanização e industrialização na Europa provocou a deterioração das condições de vida e de trabalho nas cidades, fazendo-se acompanhar de um aumento da ocorrência de epidemias. Os curadores e os médicos, envolvidos com o intenso movimento social que emergiu nesse período, ao relacionarem as doenças com o ambiente, também faziam uma ligação com as relações sociais que as produziam. (WESTPHAL, 2013, p. 163).

Por sua vez, a segunda forma de se conceber o adoecimento que mencionamos produziu uma verdadeira revolução no modo como o adoecimento e suas formas de enfrentamento passaram a ser concebidos. Não à toa, foi cunhada como uma revolução: a revolução microbológica (ou pasteuriana). Curiosamente, tal revolução acabou por colocar em segundo plano a já explicitada forma de se olhar para o adoecimento (como elemento atrelado às condições de vida e do ambiente) que, embora com raízes mais antigas, se mostrava bem mais abrangente. A esse respeito, Westphal (2013) comenta o seguinte:

Na modernidade, o mundo ocidental construiu e viveu um grande avanço científico. Na área da Saúde, esse avanço repercutiu tanto do ponto de vista da medicina clínica como, principalmente, após a “Revolução Pasteuriana”, na microbiologia, na patologia, na fisiologia, na parasitologia e na medi-

cina preventiva [...]. As doenças passaram, então, a ser compreendidas como a relação entre o agente etiológico, alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas. A explicação microbiológica para a causa das enfermidades forneceu à medicina a condição de interferir no curso das doenças transmissíveis, que eram o principal problema de Saúde Pública [...]. O doente e seu ambiente passaram para um plano secundário e estabeleceu-se uma relação de causa e efeito entre germe e doença. A preocupação principal do médico tornou-se a doença e não o paciente. (WESTPHAL, 2013, p. 163).

Sobre o mesmo assunto, Carvalheiro *et al.* (2013) afirmam que:

*[...] as descobertas, na segunda metade do século XIX, de Pasteur, Koch e outros, com isolamento dos germes, provocam uma verdadeira revolução científica. Inicia-se um período da ciência dominado pela “Teoria do Germe”, que não se esgotou totalmente até hoje: uma forma de linear de associar a cada doença um germe. E seus corolários imediatos: a cada germe uma imunidade; a cada imunidade uma possível vacina [...]. Essas descobertas deram substância ao paradigma que viria a dominar o mundo científico, remetendo para o quase esquecimento as ideias generosas que associavam as doenças a determinantes sociais, políticos e econômicos. (CARVALHEIRO *et al.*, 2013, p. 2).*

Ao olharmos para esse panorama, podemos considerar que, enquanto as noções de prevenção da doença, restauração e reabilitação do doente (modelo de Sigerist) parecem nos remeter diretamente à citada lógica da “Teoria do Germe”, a ideia de promoção da saúde (vinculada

ao mesmo modelo em suas origens), por sua vez, parece refletir muito mais a concepção que a antecedeu, ou seja, aquela que relaciona a doença (assim como a própria saúde) ao ambiente no qual ela foi engendrada.

Desse modo, ao falar em prevenção, o modelo de Sigerist destacava o pressuposto da doença como elemento central e a concepção microbiológica da doença como lógica predominante, uma vez que ela acabou trazendo um modelo interpretativo que se tornou hegemônico. É preciso destacar, contudo, que mesmo assim continuou havendo lugar para interpretações de cunho mais amplo, por mais marginalizadas que tenham ficado. Nesses termos, o conceito de promoção da saúde se destaca como uma dessas manifestações mais gerais, ainda que pendendo cada vez mais para a lógica da centralidade da doença e do imperativo do agente etiológico e do individual.

Na medida em que, por influência do modelo microbiológico, a noção de doença foi se tornando cada vez mais central para os esquemas explicativos da área da saúde, coube também a esse modelo se dedicar a explicitar os processos de gênese da(s) doença(s), segundo os seus próprios pressupostos. Foi então que o conceito de História Natural das Doenças (HDN) se afirmou como importante elemento de referência, tanto para o tratamento de doenças já estabelecidas como para as medidas de prevenção encarregadas de evitá-las. Junto com ele, a noção de estímulo patogênico também ganhou força.

Acompanhando a projeção dos quadros explicativos em questão e, desse modo, seguindo a influência da “Revolução Pasteuriana”, a medicina preventiva ganhou expressão enquanto núcleo representativo da perspectiva da prevenção. Sem querer aqui resgatar e/ou reproduzir toda a discussão que há no tocante ao embate entre a linha preventivista, por um lado, e a linha da Determinação Social do processo saúde-doença (AROUCA, 1975), por outro, cabe destacar que nos concentraremos aqui em uma abordagem que priorize o conceito de promoção da saúde e suas possibilidades de definição, visto ser o que importa ao nosso intento.

No âmbito da história da medicina preventiva, portanto, o trabalho de Leavell e Clark (1976) tornou-se referência, e, no contexto de

sua formulação, o conceito de prevenção foi consagrado por eles como a “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976).

Para esses autores, a prevenção teria a HND como parâmetro e se apresentaria em três fases: primária, secundária e terciária (WESTPHAL, 2013, p. 164). Separando (ou ordenando) o limiar dessas três fases da prevenção, estariam os dois períodos diretamente relacionados à doença (mais precisamente, à sua História Natural), definidos, por assim dizer, como períodos pré-patogênico e patogênico. Ao período pré-patogênico, corresponderia a esfera da prevenção primária, enquanto ao período patogênico se associariam as esferas secundária e terciária da prevenção.

Entendido por tal modelo como período que antecede a ação do estímulo patogênico (ou da ação do patógeno, em termos predominantemente microbiológicos), o período pré-patogênico é o que englobaria tanto as iniciativas de promoção da saúde quanto as de proteção, na qualidade de ações de prevenção primária, uma vez que neles o estímulo patogênico ainda poderia ser evitado e/ou confrontado. Por outro lado, no tocante ao período patogênico, considerando que o limiar da doença já estaria estabelecido, caberia então partir para o diagnóstico e para o tratamento precoce, a fim de evitar a morte e a limitação da incapacidade, caracterizando, assim, a prevenção secundária. Feito isso, o próximo passo seria buscar a recuperação da capacidade por meio da reabilitação, o que constituiria a prevenção terciária.

Apresentado esse esquema, cabe agora especificarmos – ainda que de forma básica – o que definiria (em termos de exemplos) cada uma dessas três distintas fases da prevenção que foram apresentadas.

No tocante à prevenção primária – o que de certa forma é o que mais nos interessa neste texto –, o primeiro de seus componentes (justamente a promoção da saúde) seria entendido como um conjunto de ações ou medidas de validade (preventiva) geral, isto é, cabíveis para todas as doenças. Seria o caso, por exemplo, da prática de atividades físicas, do repouso, do lazer, da boa alimentação, da educação etc. Como segundo componente da prevenção primária, as medidas de proteção seriam mais específicas, pois se voltariam a doenças ou a conjuntos de doenças semelhantes e pontuais. Nesses termos, elas se destinariam a

eliminar as causas ou condições de aparecimento dessas doenças, agindo tanto sobre o comportamento individual como sobre o ambiente. Por exemplo, a segurança nas estradas e o saneamento básico poderiam ser citados como medidas de proteção a agir sobre o ambiente, assim como a vacinação e uma dieta sem sal exemplificam as medidas de proteção a agir sobre o comportamento individual (CARVALHEIRO *et al.*, 2013, p. 3).

Do ponto de vista da prevenção secundária, há que se considerar que, em se tratando de uma dimensão na qual o estabelecimento da doença ou do período patogênico já estaria caracterizado, o horizonte clínico em questão estabeleceria como prioritária a adoção de medidas de duas naturezas complementares: o diagnóstico, em primeiro plano, e o tratamento, em segundo. Em termos de diagnóstico, busca-se antecipar o reconhecimento do estado de doença por meio de exames, enquanto o tratamento, por sua vez, busca curar a doença e limitar a incapacidade que eventualmente possa se originar a partir dela.

Temos então que, enquanto as medidas de prevenção primária agem no sentido de evitar que a doença se instale, as ações típicas da prevenção secundária agiriam no sentido de prevenir o pior, isto é, a morte e a incapacidade total ou permanente. No tocante às ações de prevenção terciária, se caracterizariam justamente como de um terceiro nível de atenção, visto que, evitada a morte e a incapacidade (total ou permanente), a prevenção terciária atuaria para recuperar o máximo possível a capacidade que havia antes da ocorrência da doença, daí seu caráter restaurativo.

Como se pode observar, assim como Sigerist, Leavell e Clark (1976) também colocaram a prevenção como o fim maior do seu modelo, isto é, como núcleo em torno do qual gravitam todos os outros conceitos, inclusive o de promoção da saúde. Mesmo tendo uma origem mais remota e uma lógica própria, a promoção da saúde também é colocada por eles como parte (e a serviço) do seu modelo de prevenção. Apesar das limitações desse modelo, conforme apontado por Carvalho *et al.* (2013) e Westphal (2013), ele possui um potencial didático bastante interessante no sentido de ajudar a compreender como a noção de promoção da saúde se desenvolveu e de como ela vem sendo mais hodiernamente associada ao conceito de prevenção, nos dando elementos para prosseguirmos com nossa busca pela definição do termo.

Conforme a própria autora supramencionada afirmou, trata-se de um esquema com limitações, mas que, dentro do seu contexto, significou reconhecido avanço:

O modelo explicativo e as ações propostas por Leavell e Clark significaram um grande avanço na década de 1960, uma vez que passaram a analisar as doenças em uma perspectiva multicausal e processual. Reconhece-se hoje, no pensamento e no discurso da maioria dos profissionais e pesquisadores da área de Saúde esse conceito da promoção da saúde que é bastante restrito e normativo. (WESTPHAL, 2013, p. 164).

No que concerne ao reconhecimento de que, a despeito de suas limitações, tal modelo legou importantes contribuições, cabe destacar que, nele, o caráter de antecipação expresso na lógica da prevenção é reforçado, de modo que, como componentes da prevenção primária, tanto a promoção da saúde como a proteção ocupariam lugar de destaque, representando o nível mais desejável da prevenção, uma vez que se antecipar ao estado de doença é seu principal fundamento, evitando, assim, a ação do estímulo patogênico, seja ele de caráter microbiológico ou ambiental.

Ampliação conceitual

Segundo Westphal, o avanço da medicina social – cujo ideário inspirou, por exemplo, o Movimento Sanitário brasileiro e a “nova saúde pública” – foi fundamental para promover a ampliação do conceito de saúde, já que passou a considerar os determinantes sociais como questão central e conceber a saúde de modo multicausal e processual.

No campo da Saúde Pública, torna-se cada vez mais evidente a incapacidade do modelo baseado no conhecimento biológico, no parque tecnológico

médico, no risco e na atenção individual, dar conta dos problemas de saúde que continuam atingindo os indivíduos e as coletividades [...]. No Brasil, inspirados pelo paradigma da medicina social, uma nova corrente de pensamento em Saúde Pública gestada desde princípios da década de 1970, vários profissionais da saúde constituíram um Movimento Sanitário que conseguiu impulsionar mudanças progressivas na antiga estruturação do sistema nacional de saúde [...]. Esse movimento iniciou um processo de Reforma Sanitária defendendo a participação social, a equidade de acesso aos serviços de saúde, a universalização e a integralidade das ações de saúde, com base na concepção de saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte e liberdade [...]. A concepção de saúde que informa esse sistema é que esta seria resultante de condições de vida dignas e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. (WESTPHAL, 2013, p. 165).

Ao falar sobre o desenvolvimento de tal perspectiva em outras partes do mundo (em sua interface com o contexto nacional), a autora explica que:

Ao mesmo tempo, com base no mesmo ideário, na Europa Ocidental e no Canadá foi se configurando um processo denominado “Nova Promoção da Saúde” [...] esta reintroduz a visão de que saúde não é o análogo inverso da doença, mas um conceito construído socialmente. É referenciada por um conceito positivo de saúde, que se propõe a identificar e a reforçar potencialidades dos indivíduos e das comunidades, e pelo paradigma da produção social e

não natural da saúde, para atender às necessidades da população através de uma ação integrada, sobre os determinantes sociais do estado de saúde, sobre o estado de saúde em si [...] para colaborar no enfrentamento da múltipla causalidade do processo saúde e doença”. (WESTPHAL, 2013, p. 165).

Conforme se pode observar, o movimento de ampliação conceitual foi, aos poucos, fazendo com que o foco fosse se transferindo, passando da noção de doença para a de saúde. Não se tratou, todavia, de uma simples inversão de foco, mas sim de um típico aprofundamento conceitual. Com a afirmação dos já citados pressupostos conceituais de multicausalidade e de saúde/doença enquanto processo, tornou-se imperativo destacar que saúde não é o “análogo inverso de doença”, conforme vimos. Desse modo, não seria mais adequado falar em saúde e doença como estando em lados opostos. Por isso, a expressão saúde-doença foi adotada, já que alude a esse caráter processual e relacional subjacente ao conceito.

Cabe destacar, também, que não se tratou de um evento isolado e pontual de simples alteração de definições conceituais, mas sim de um movimento no sentido pleno do termo. Como tal, ele envolveu um contexto de conferências e debates que conferiram à promoção da saúde uma história peculiar. Essa história teve nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde seu marco principal. A partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, as bases do conceito moderno de promoção da saúde foram instituídas e a ideia de “nova agenda para a saúde” ganhou corpo.

Considerando as conferências internacionais de promoção da saúde que vêm ocorrendo desde 1986, e as cartas e/ou declarações delas resultantes, podemos recuperar a concepção que vem informando essa área de conhecimentos, sua natureza política e de práticas relacionadas a processos de saúde vistos da perspectiva macroestrutural, histórica e relacionados às mudanças ambientais e sociais que têm perpassado o mundo nestes últimos vinte anos [...].

Foi na Conferência Internacional de Promoção da Saúde, conforme mencionado, que os profissionais reunidos em Ottawa, em 1986, propuseram mudanças conceituais semelhantes às que foram inscritas na Constituição brasileira (Promoção da Saúde, 2002). Em um balanço histórico da promoção da saúde pode-se afirmar que a Carta de Ottawa reforçou as propostas de atenção primária a saúde de Alma-Ata, assim como as teorias de determinação social defendidas na América Latina na década de 1980. Vinte anos depois, seus princípios e áreas de ação aprofundados por aportes de seis conferências mundiais posteriores, culminando com a Carta de Nairóbi em 2010, se mantêm vigentes, e vibrantes orientados aos trabalhos de saúde com outros setores e para a construção da cidadania. Outras Conferências Internacionais realizadas nos últimos vinte anos geraram declarações e cartas que sintetizam suas conclusões e recomendações. Com base na concepção de saúde definida na Carta de Ottawa, firmaram-se compromissos para a implementação da promoção da saúde, que ultrapassaram o setor e exigiram parcerias com outros setores do governo e da sociedade (WESTPHAL, 2013, p. 166-168).

Reassumindo e rediscutindo princípios apontados originalmente na Conferência Internacional de Alma-Ata, antiga República do Cazaquistão (Ex-República Socialista Soviética), que ocorreu em setembro de 1978, a Conferência de Ottawa sintetizou ideias e legou um documento (a Carta de Ottawa) que se tornou base desse novo ideário de saúde, o qual colocou a promoção da saúde como elemento básico e prioritário de saúde, estabelecendo, a partir daí, essa nova agenda, conforme dito. Em tal documento, o conceito de promoção da saúde foi assim definido:

A promoção da saúde foi conceituada na Conferência de Ottawa como “um processo através do qual a população se capacita e busca os meios para conse-

guir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e o da comunidade ou que a podem estar pondo em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida". Outra tradução do mesmo conceito amplia um pouco seu âmbito de atuação: "Processo de capacitação de indivíduos e coletividades para identificarem os fatores e as condições determinantes da saúde e exercerem controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população" (Promoção de Saúde, 2002). Nessa visão, saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida (WES-TPHAL, 2013, p. 166-167).

À luz de tal definição, fica notório que promoção da saúde se constituiu como noção ampla ancorada em uma concepção de saúde que a vê como um meio, como um recurso, e não mais como um fim ou como um objetivo a ser alcançado. Ao mesmo tempo, se baseou também nas ideias de autonomia e emancipação dos indivíduos, apontando para a saúde como um processo que deve ser construído sobre uma confluência de condições e atitudes autônomas, as quais dependem não simplesmente de predisposições ou iniciativas individuais, mas do acesso a condições adequadas, tanto de capacitação como de participação. Não se trata, portanto, de ter vontade (ou não) de promover a própria saúde, em sentido individual e no campo dos interesses pessoais, os quais, como se sabe, são passíveis de variação. Antes, trata-se de ter condições (ou não) de exercê-la, em sentido coletivo.

Como, entretanto, conciliar então tal noção ampliada com a perspectiva preventivista que a precedeu? De que forma as formulações iniciais de promoção da saúde podem contribuir para a compreensão de sua definição atual? Dito de outro modo, como a comparação de ambas as perspectivas (a tradicional e a moderna) pode contribuir para a discussão que buscamos empreender neste texto? Para nós, a resposta reside no encontro entre a ideia de antecipação (típica do conceito mais remoto ou tradicional de prevenção), por um lado, com a concepção

de determinantes sociais do processo saúde-doença (característica do processo de ampliação conceitual), por outro.

Do ponto de vista da concepção mais remota, ficou claro que, para ela, a promoção da saúde se daria a partir da antecipação, isto é, da prevenção do contato e/ou do desenvolvimento do estímulo patogênico, conforme vimos. Nesse sentido, fomentar ações ditas “saudáveis” (como atividades físicas, de lazer, de repouso, de boa alimentação etc.), seria uma forma de se antecipar a tais estímulos, visando não dar lugar a seu estabelecimento. Do ponto de vista da concepção mais moderna, percebemos que a ideia de estímulo patogênico (que era central na concepção precedente e diretamente associada ao modelo microbiológico), deu lugar à noção de determinantes sociais, ampliando e tornando significativamente mais complexa a questão.

Ainda assim, não se pode dizer que falar em determinação social (e cultural) do processo saúde-doença seja algo que exclui a noção de antecipação presente na lógica da prevenção. Com a evolução dos conceitos, muda-se o foco das ações previstas e amplia-se a abrangência da concepção, mas a lógica de se antecipar à ocorrência do adoecimento (para então preveni-lo), se mantém, até mesmo considerando-se que essa era uma das maiores virtudes daquele modelo prévio.

Como fruto da comparação entre os dois referidos modelos (ainda que nos seus termos mais elementares), pode-se dizer que promover a saúde continua tendo a ver com se antecipar. A diferença é que não se busca mais pura e simplesmente se antecipar aos ditos estímulos patogênicos em sentido estritamente microbiológico. Antes, para além das questões microbiológicas, a antecipação deve se concentrar nos determinantes do processo saúde-doença como um todo, os quais têm a ver com o econômico, com o social, com o cultural e com o ambiental, dimensões estas que se integram e gravitam em torno das escolhas e das determinações político-econômicas de cada povo. Promover a saúde significa então se antecipar ao processo de adoecimento por meio da ação sobre seus determinantes, o que requer meios e condições apropriados, tais quais o protagonismo social, a participação e o empoderamento dos sujeitos e das sociedades.

Por que falar em promoção da saúde dos Professores é um desafio?

Conforme vimos, promover a saúde tem a ver com se antecipar aos processos de adoecimento, e fazê-lo, por sua vez, requer que se possa agir sobre seus determinantes. Ao pensarmos sobre isso e aplicarmos teoricamente tais pressupostos ao caso dos professores, torna-se claro, de imediato, que estamos lidando com um grande desafio. Mas por quê? Se o que mais nos interessa em termos de promoção da saúde é identificar, se antecipar e agir sobre os determinantes do adoecimento, uma breve averiguação dos casos típicos de adoecimento que têm acometido os professores e, sobretudo, dos elementos que têm agido como determinantes de tais processos nos leva a perceber o quanto as medidas necessárias estão distantes do alcance do cidadão comum, o que inclui tanto os próprios professores como os agentes comunitários de saúde.

De modo geral, podemos sintetizar a questão explicitando que os principais determinantes do preocupante quadro de adoecimento envolvendo os professores têm a ver com a desvalorização social que vem se abatendo de modo cada vez mais acentuado sobre eles. É por conta de tal desvalorização que os casos de indisciplina, por exemplo, têm se avolumado e transformado o trabalho desses profissionais em um martírio constante, sobretudo se considerarmos que ele tem ocorrido dentro de um contexto de profunda precarização. As mazelas desse lamentável cenário têm sido fartamente demonstradas pelos estudos dedicados ao assunto, conforme, por exemplo, as referências bibliográficas citadas no início deste texto. Entre os casos mais referidos por esses estudos, podemos mencionar as longas jornadas de trabalho, o acúmulo de cargos, as salas lotadas, os baixos salários, a falta de material e de infraestrutura para desempenho do trabalho etc. A nosso ver, todas essas questões decorrem de (ou pelo menos convergem para) um mesmo núcleo que é a crescente desvalorização social dos professores, a qual explica em grande medida a ausência de investimentos seriamente comprometidos com a superação do quadro nefasto que se abate sobre eles.

Como se pode observar, os determinantes do adoecimento ocupacional dos professores não são biológicos, mas sim políticos, econômicos, sociais e culturais. Sendo assim, temos que considerar que não

há exercícios físicos ou antibióticos que combatam, por exemplo, o “desinteresse” dos alunos (SILVA, 2008) ou a desvalorização social do professor que o acompanha. Não há também pílulas que curem a cegueira moral que tem condicionado a falta de políticas públicas e de investimentos adequados na educação, os quais só se explicam logicamente se associadas a um padrão de pensamento que vê no atraso um projeto para a manutenção do *status quo*.

Dentro desse contexto, cabe acrescentar que, a despeito de alguns marcos teóricos que a área da saúde e da saúde do trabalhador vêm produzindo, ainda não possuímos uma cultura de prevenção, de modo que o adoecimento ocupacional não é visto como uma falha organizacional ou sistêmica e, assim, continua a ser tratado como natural, inevitável e, sobretudo, como culpa, falta ou mesmo fraqueza de quem adoece. Diante disso, tais problemas tendem a continuar acontecendo sem que possam ser enfrentados em sua raiz, ou seja, não se age sobre os seus determinantes porque não se habituou a enxergá-los, restando apenas adotar medidas paliativas. Como se vê, a questão cultural se apresenta como parte significativa do desafio.

Seguindo essa linha, outra questão que merece ser destacada é o fato de que, para se promover a saúde, é preciso empoderar os sujeitos. Mas como empoderar os professores se eles estão no meio de um amplo processo de desvalorização social e de retrocessos em suas condições de trabalho? Diante desses tantos desafios ora elencados, a questão central do presente debate (a promoção da saúde) acaba por se constituir em mais um desses tantos desafios. Isso porque, como promover a saúde dos professores se há tantos percalços postos no caminho? Como avançar nessa questão se os desafios são tão distantes do nosso alcance? Como vencer desafios que se apresentam de modo, assim, tão profundo e complexo?

Lamentavelmente, ao pensarmos nestas questões, não temos respostas imediatas, apenas mais perguntas, principalmente quando concentramos o olhar no cotidiano de trabalho dos professores. Ao fazê-lo, cabe recordar que para se promover a saúde é requerido se voltar para os determinantes (do processo saúde-doença), o que nos leva a considerar que, em se tratando do caso dos docentes, o grave quadro de saúde apresentado por eles impõe que façamos questionamentos, conforme expomos a seguir.

Como agir sobre uma realidade que tem colocado diariamente professores em contato com um número cada vez maior de alunos dentro de um modelo de escola que parece não corresponder às suas expectativas, gerando, assim, o aumento dos conflitos? Como fazer com que professores cada vez mais atarefados consigam ter energia e serenidade emocional suficientes para lidar com o cenário cada vez mais conflituoso da escola? Como agir sobre uma sociedade e cultura que, instigadas pelos meios televisivos (e, por vezes, pelos próprios líderes políticos do país), alimentam visões demagógicas ou depreciativas contra o professor? Como fazer com que os casos de adoecimento mental, problemas da fala e da voz, distúrbios osteomusculares e dificuldades no processo de retorno ao trabalho (problemas de saúde mais prevalentes entre os professores) sejam vistos como frutos de um contexto iníquo e não como culpa das próprias vítimas?

Por fim, na perspectiva da intersetorialidade (preconizada pela evolução do conceito de promoção da saúde), como esperar que os órgãos responsáveis pela vida funcional dos professores assumam sua cota de responsabilidade com a valorização dos docentes, se a desresponsabilização é uma das grandes marcas do neoliberalismo plenamente em curso em nossa sociedade?

Considerações finais

Conforme podemos ver, as perguntas fundamentais que precisamos fazer não são nem um pouco simples. Suas possíveis respostas e soluções, menos ainda. Como agir então? Ceder ao pessimismo e acreditar que não há mais nada no horizonte que possa corrigir os rumos desse trem tão desgovernado? Conformarmo-nos com o fato de que, se ele continuar nesse curso, poderá nos levar a resultados ainda mais desastrosos em termos do tipo de sociedade que somos ou que queremos ser?

Se os problemas são complexos e as soluções mais ainda, talvez tenhamos que reconhecer que possuímos boas pistas, refletidas em nossas próprias perguntas. Isso porque não são quaisquer perguntas, são problematizações voltadas àquilo que, de fato, pode contribuir para a superação dos problemas elencados, já que remetem aos seus determinantes. Por hora, enquanto sabemos que essas perguntas (e suas respostas) não correspondem às prioridades políticas do nosso contexto, talvez seja cabível encerrar com outro apontamento, mas um que traga

esperança. Por assim dizer, consideramos que a saída – ainda que simbólica – talvez esteja expressa na arte e em sua poesia.

Em uma música que ganhou ampla projeção popular, o artista Zé Ramalho retratou a dureza da vida de trabalhadores que, na acepção metafórica da sua letra, estariam a viver como gado:

Admirável Gado Novo¹³

Vocês que fazem parte dessa massa
Que passa nos projetos do futuro
É duro tanto ter que caminhar
E dar muito mais do que receber
[...]
E ver que toda essa engrenagem
Já sente a ferrugem lhe comer
[...]
O povo foge da ignorância
Apesar de viver tão perto dela
E sonham com melhores tempos idos
Contemplam essa vida, numa cela
[...]
Ê, ô, ô, vida de gado
Povo marcado, ê!
Povo feliz!

Durante muito tempo a letra de “Admirável gado novo” habitou o imaginário popular e fomentou as mais diversas associações. Ela já foi – e ainda é – comparada a inúmeras ocupações, sobretudo às de caráter braçal, tal qual o trabalho na construção civil, na limpeza etc. Isso porque a desvalorização social e o potencial de desgaste que cercam essas profissões remetem fortemente a tal analogia.

Há algum tempo, contudo, tal associação seria muito pouco provável a um grupo também considerável de ocupações, entre elas a docência. Hoje, no entanto, é quase impossível olhar para essa letra e não pensarmos no caso dos professores, o que denuncia, assim, a força do processo de precarização em curso junto à docência. Diante disso, não há como vislumbrarmos outro caminho viável que não seja o do enfrentamento e o da necessidade de mudanças, ou seja, o da superação desse

¹³ Disponível em: <https://www.letras.mus.br/ze-ramalho/49361/>. Acesso em: 26 mar. 2019.

quadro. As razões são muitas, mas uma delas é crucial, já que toda e qualquer nação precisa de um bom sistema educacional e de bons professores se ela quiser, de fato, se desenvolver como tal. Uma nação que maltrata seus professores não tem como prosperar.

Se a mudança rumo à superação desse quadro é o único caminho viável, terminemos este texto com a arte das palavras poéticas que representam muito bem nossos anseios de mudança, ao mesmo tempo em que nos trazem um belo lembrete: o de que ter a esperança na mudança é mais do que plausível, pois mudar é humano...

O senhor... 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. Isso que me alegra montão. (GUIMARÃES ROSA, 1986, p. 15).

Referências

- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- CARVALHEIRO, J. R. *et al.* A construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: Rocha A. A. *et al.* (org.). **Saúde pública**: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
- FERREIRA, L. L. **Relação entre o trabalho e a saúde de professores na educação básica no Brasil**. Relatório Final do Projeto “Condições de trabalho e suas repercussões na saúde dos professores de Educação Básica no Brasil”. São Paulo, Fundacentro, 2010.
- FERREIRA, L. P., *et al.* Distúrbio de voz e trabalho docente. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 4, p. 932-940, 2016.
- GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 189-99, 2005.
- GUIMARÃES ROSA, J. **Grande sertão**: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991.
- NEVES, M. Y.; BRITO, J.; ATHAYDE, M. Mobilização das professoras por saúde. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (org.). **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsval e Santa Fé de Bogotá. Tradução, Fonseca LE. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PAPARELLI, R. **Desgaste mental do professor da rede pública de ensino**: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PAPARELLI, R. Saúde mental relacionada ao trabalho: o caso de educadores da rede pública de ensino paulistana. *In*: LOURENÇO, E. *et al.* **O avesso do trabalho II**: trabalho, precarização e saúde do trabalhador. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 317-42.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F.; TOLEDO, R. F. A Educação e a comunicação para a promoção da saúde. *In*: ROCHA, A. A. *et al.* (org.). **Saúde pública**: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

SILVA, J. P. **O sentido que os alunos de uma escola da rede pública estadual paulista atribuem ao ensino de História**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SILVA-MACAIA, A. A.; FISCHER, F. M. Retorno ao trabalho de professores após afastamentos por transtornos mentais. **Saúde Soc**, v. 24, n. 3, p. 841-852, 2015.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde: uma nova agenda para a saúde. *In*: ROCHA, A. A. *et al.* (org.). **Saúde pública**: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.