

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

INGRID CAVALCANTE TAVARES BALREIRA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): OLHARES E INTEGRAÇÃO DE
PROFISSIONAIS NOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE**

CRICIÚMA
2024

INGRID CAVALCANTE TAVARES BALREIRA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): OLHARES E INTEGRAÇÃO DE
PROFISSIONAIS NOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Alex Sander da Silva

**CRICIÚMA
2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

B195p Balreira, Ingrid Cavalcante Tavares.

Programa Saúde na Escola (PSE) : olhares e
integração de profissionais nos processos educativos
em saúde / Ingrid Cavalcante Tavares Balreira. -
2024.

106 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo
Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em
Educação, Criciúma, 2024.

Orientação: Alex Sander da Silva.

1. Programa Saúde na Escola (Brasil). 2. Saúde
escolar - Política governamental - Brasil. 3.
Escolas - Serviços de promoção da saúde. 4. Educação
em saúde. I. Título.

CDD. 22. ed. 362.10981

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

INGRID CAVALCANTE TAVARES BALREIRA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): OLHARES E INTEGRAÇÃO DE
PROFISSIONAIS NOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 31 de outubro de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alex Sander da Silva Silva
(UNESC) - Orientador



Profa. Dra. Fabiane Ferraz –
(UNESC)

Documento assinado digitalmente



FRANCISCO FREITAS GURGEL JUNIOR
Data: 06/03/2025 10:31:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Francisco Freitas Gurgel Júnior
(Membro Centro Universitário INTA - UNINTA)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter me concedido força, coragem e persistência para chegar até aqui. A minha Mainha Fernanda Maria Cavalcante Tavares Pereira – in memoriam, que me incentivou a nunca desistir dos meus sonhos. Ao meu esposo e aos meus filhos, por todo amor e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus e Nossa Senhora, pela força, saúde e persistência, por iluminar meus caminhos em todos os momentos de minha vida e nunca terem me abandonado. Confiarei sempre em vocês.

Agradeço à minha família, meu alicerce, Balreira Júnior – marido, que sempre está presente, incentivando-me e dando-me forças para sempre superar os obstáculos, meus filhos – Iarley Cavalcante Tavares Balreira, Iasmyn Cavalcante Tavares Balreira e Iany Cavalcante Tavares Balreira, pelo apoio e carinho. Amo vocês.

Minha amada mainha – Fernanda Cavalcante- que não se encontra mais entre nós, mas sempre torceu por meu sucesso, intercedendo a Deus por essa jornada. Gratidão pelo incentivo para que eu conseguisse chegar ao Mestrado, pelos ensinamentos que me deixou e por ter sido para mim um exemplo de vida. Ao meu paiinho - Tavares, por ser meu porto seguro. Às minhas irmãs Dharla Cavacante Tavares e Carolina Cavalcante Tavares, melhores amigas do mundo, somos tão diferentes e complementares, somos eternas quando juntas.

Meu agradecimento especial também para o meu Professor e Orientador Dr. Alex Sander da Silva, pelo apoio fundamental e contribuição, sempre acreditando que iríamos conseguir.

Agradeço ao meu amigo/ enfermeiro, professor Dr. Francisco Freitas Gurgel Júnior pela paciência, ajuda e puxões de orelha que não me deixaram desistir nos momentos de dificuldades (que não foram poucos) e o incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Agradeço a Profa. Dra. Fabiane Ferraz, pelos ensinamentos e as primorosas contribuições como membro da banca.

Agradeço a todos(as) professores(as) que de uma forma ou de outra contribuíram no meu aprendizado e crescimento profissional. Aos profissionais de Saúde que aceitaram contribuir para que fosse desenvolvido essa pesquisa.

Agradeço ao Centro Universitário INTA (UNINTA), instituição de ensino que faço parte, pela oportunidade de realizar um curso de Mestrado, pelo incentivo do meu crescimento profissional e realização de um sonho, para que eu conseguisse buscar o aperfeiçoamento e possa retribuir com um trabalho de qualidade para a melhoria da Educação.

Gratidão por existirem em meu caminho; por me fazerem sonhar, sentir melhor, crescer, rir, acreditar, seguir, compartilhar e nunca desistir de meus sonhos. Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para concretização deste ideal.

Obrigada a todos.

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por meio do Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, surgiu do trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e da Educação com o desejo contínuo de estabelecer a intersectorialidade entre saúde e educação, de modo a contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica. Dessa forma, o PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar, a partir da participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades. Este estudo objetivou compreender a visão que os profissionais de saúde têm acerca de suas ações desenvolvidas junto ao PSE nos processos de educação e promoção à saúde. Tratou-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em dois Centros de Saúde da Família, do município de Sobral-Ce. Participaram do estudo 10 profissionais de saúde de equipe multidisciplinar. Considerando os princípios da abordagem qualitativa, utilizou-se como técnica de construção de dados a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas por um único entrevistador, de maneira coletiva por meio de roda de conversa. As falas foram posteriormente transcritas pelo entrevistador e analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Dois núcleos temáticos foram explorados: conhecimento e sentimentos sobre o PSE e prática na escola, e Desenvolvimento das ações e desafios do PSE. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (Parecer nº 6846937 e CAAE 7432542740000119). Os profissionais demonstraram conhecimento sobre o PSE, definindo-o de maneira abrangente e portando-se de forma ativa no que se refere a ele. Exibiram uma interpretação abrangente a respeito do programa e uma tendência a serem responsabilizados de saúde pela promoção do PSE nas escolas. Os participantes aprovaram o programa, inclusive salientaram a importância da atenção à saúde dos escolares. Descreveram o PSE como uma rota de encaminhamentos para a Centro de Saúde da Família (CSF). A pesquisa visou ampliar os conhecimentos sobre as práticas de educação em saúde que sejam caracterizadas e fundamentadas em ações que envolvam setores diferentes atuando de forma integrada, onde o objetivo comum é o que direciona as ações. As falas evidenciaram uma preocupação em relação ao envolvimento da família com o PSE. Atividades de capacitação e treinamento sobre o PSE, assim como a necessidade de uma integração maior entre os profissionais de saúde, educação e familiares identificou-se como um obstáculo importante a ser superado pelos gestores responsáveis pelo programa. Desta forma, conclui-se, ser necessário, oportunizar uma reflexão sobre as práticas de educação em saúde, direcionadas aos estudantes e desenvolvidas pelos profissionais da saúde, vislumbrando a partir dos resultados alcançados um conhecimento mais sistematizado da realidade, emergindo questões referentes à gestão e integração do PSE e dos profissionais e a organização do seu processo de trabalho na relação com a realidade local vivenciada.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola; promoção da saúde; educação; intersectorialidade.

ABSTRACT

The School Health Program (PSE), established through Decree No. 6,286 of December 5, 2007, arose from the integrated work between the Ministries of Health and Education with the continuous desire to establish intersectorality between health and education, in order to contribute to the integral formation of students in the public basic education network. In this way, the PSE contributes to the strengthening of actions from the perspective of integral development and provides the school community, based on participation in programs and projects that articulate health, education and other social networks to face vulnerabilities. This study aimed to understand the view that health professionals have about their actions developed with the HSP in the processes of education and health promotion. This was a descriptive exploratory research with a qualitative approach. This was a descriptive exploratory research with a qualitative approach. The study was carried out in 02 Family Health Center, in the municipality of Sobral-CE, Brazil. Considering the principles of the qualitative approach, the semi-structured interview was used as a data construction technique. The interviews were conducted by a single interviewer, collectively through a conversation circle. The statements were later transcribed by the interviewer and analyzed through thematic content analysis. Two thematic nuclei were explored: knowledge and feelings about the PSE and practice at school, and Development of the actions and challenges of the PSE. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of the Extreme South of Santa Catarina (Opinion No. 6846937 and CAAE 74325427400000119). The professionals demonstrated knowledge about the PSE, defining it comprehensively and behaving actively with regard to it. They exhibited a comprehensive interpretation of the program and a tendency to be held responsible for health care for the promotion of the HSP in schools. The participants approved the program, and even stressed the importance of health care for students. They described the PSE as a referral route to the Family Health Center (CSF) The research aimed to expand knowledge about health education practices that are characterized and based on actions that involve different sectors acting in an integrated way, where the common objective is what directs the actions. The statements showed a concern about the family's involvement with the PSE. training activities on the HSP, as well as the need for greater integration between health, education and family professionals was identified as an obstacle to the important to be overcome by the managers responsible for the program. Thus, it is concluded that it is necessary to provide an opportunity for a reflection on health education practices, directed to students and developed by health professionals, envisioning from the results achieved a more systematized knowledge of reality, emerging issues related to the management and integration of the PSE and the professionals and the organization of their work process in relation to the local reality experienced.

Keywords: School Health Program; Health promotion; Education; Intersectorality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Foto oficial do CSF Maria Eglantine Ponte Guimarães. Bairro Dom Expedito, Sobral – Ceará.21

Figura 2: Foto oficial do CSF Dr. José Mendes Mont' Alverne no Bairro Pedrinhas Sobral – Ceará.22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEPs	Comitês de Ética em Pesquisa
CSF	Centro de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
PPGE	Programa de Pós-Graduação em Educação
PSE	Programa Saúde na Escola
RC	Rodas de Conversa
SUS	Sistema Único de Saúde
UEVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1.....O MEU LUGAR DE FALA	13
1.2.....CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	14
2. ITINERÁRIO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	18
3.. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: CONCEITOS E ASPECTOS HISTÓRICOS.....	27
3.1.. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS	27
3.1.1 A educação em saúde as tendências pedagógicas	35
3.1.1 A escola como um ambiente promotor da saúde: O vínculo histórico entre saúde e educação.....	40
3.1.3 Programa Saúde na Escola: uma estratégia inovadora entre duas áreas do conhecimento.....	52
3.1.4 Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão, desafios e perspectivas...61	
4. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): OLHARES E INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS NOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE.....	80
4.1 CONHECIMENTO E SENTIMENTOS SOBRE O PSE E A PRÁTICA NA ESCOLA	80
4.2 DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE E DESAFIOS DO PSE	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	101
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA RODA DE CONVERSA PERGUNTAS NORTEADORAS	104
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA	105
ANEXO B - CARTA DE ANUENCIA – COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SOBRAL.....	106

1. INTRODUÇÃO

1.1 O MEU LUGAR DE FALA

Com o intuito de contextualizar esta pesquisa, descrevo a seguir um pouco da minha trajetória acadêmica e profissional. Sou graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA, em 2007. No ano seguinte ingressei no quadro de enfermeiros do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE. Ainda em 2008 assumi o cargo de enfermeira na Atenção Primária de Sobral, e por várias vezes exerci o cargo de gerente do Centro de Saúde da Família (CSF), tive a oportunidade de conhecer e trabalhar em cinco bairros na zona urbana de Sobral (CSF Terrenos Novos, CSF Coelce, CSF Parque Santo Antônio, CSF Tamarindo e CSF Centro), conhecendo os territórios e identificando as problemáticas de cada bairro.

Nos anos subsequentes estabeleci os primeiros contatos junto ao Programa Saúde na Escola. Em 2013, fui designada para o Departamento Municipal de Auditoria do SUS (DEMASUS), como enfermeira auditora do mesmo município, permanecendo até o ano de 2016. O processo de trabalho era baseado em funções administrativas e de supervisão.

No ano de 2017 ingressei como Enfermeira/ Preceptora das disciplinas de estágios supervisionados I e II, no Centro Universitário INTA (UNINTA), onde me encontro até os dias atuais. A referida instituição de ensino oferta aos seus funcionários a oportunidade de realizar um curso de Mestrado, incentivando o crescimento profissional e realização de um sonho, lugar onde me encontro agora.

Nesta perspectiva, no ano de 2022, a partir de uma necessidade de qualificação profissional e pessoal, iniciei o Mestrado Interinstitucional em Educação, do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Atuando como Enfermeira/ Preceptora na Formação da Graduação em Enfermagem, me possibilitou retornar à Atenção Primária em Saúde, acompanhando os alunos nos campos de estágios e apoiando os profissionais de Saúde no CSF.

Como consequência, o mestrado me impulsionou a desenvolver o presente estudo, a partir da necessidade de aprofundar a temática Programa Saúde na Escola (PSE). Reitero que esse desejo em pesquisar o tema, surgiu no âmbito do desenvolvimento do processo de trabalho enquanto enfermeira assistente e gerente

na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral, bem como, enquanto preceptora dos estágios supervisionados do Centro Universitário INTA-UNINTA, onde foi possível perceber e vivenciar na prática o distanciamento entre os Educadores e a Equipe de Saúde da Família que atuam no PSE, e na falta de consonância entre o planejamento e desenvolvimento das ações de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Desta maneira foi passível de observação ainda, a partir de reflexões sobre o processo de Educação em Saúde e Educação Permanente em Saúde (EPS), alguns profissionais e, conseqüentemente, suas equipes apresentavam dificuldades para o alinhamento de práticas dentro do Sistema de Saúde Escola de Sobral. Sobretudo, no alinhamento das ações do trabalho desenvolvido para as equipes de saúde e por eles aplicados no PSE. E mesmo levando em consideração os esforços por parte da gestão em implementá-las, com a oferta de momentos teórico-conceituais, ainda sim, atuando como preceptora nos espaços das Unidades básicas de saúde, pude constatar algumas dificuldades de implementação do programa nas escolas manifestadas por alguns profissionais.

Assim nasceu o interesse em estudar o Programa Saúde na Escola (PSE) a partir dos próprios profissionais da saúde envolvidos na tentativa de sua implementação nas escolas do município de Sobral-CE.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Ao se ampliar o conceito de saúde, englobando-se aspectos sociais e econômicos, mudou-se a forma de se pensar a própria noção do significado da promoção da saúde. Neste sentido, encontram-se duas estratégias para serem abordadas, uma focada na transformação das atitudes individuais e a outra na nova caracterização da promoção em saúde. Ou seja, uma pelos determinantes gerais de uma condição de vida e saúde da sociedade, e outra, pelas intervenções voltadas para a capacitação dos indivíduos e comunidade, por meio de políticas públicas focadas no crescimento da saúde (Haeser, Buchele, Brzozowski, 2012).

Nesse sentido, o ambiente escolar nos parece um ambiente fértil e importante para a promoção da saúde e pode ser compreendido sempre em permanente desenvolvimento. Para que as intervenções preventivas sejam cada vez mais assertivas, estas precisam ser baseadas, sobretudo, em evidências científicas. Por

isso estudos realizados *in loco* que apresentem o contexto nacional de programas e estratégias na área de saúde coletiva podem ser valorizados, a fim de rever e aprimorar ações e processo de trabalhos dos profissionais de saúde e gestão (Brasil, 2009).

Podemos dizer de antemão que a escolarização é um período privilegiado do desenvolvimento da formação humana para a aquisição de conhecimentos e habilidades e para o estabelecimento de relações interpessoais. O ambiente escolar propicia o contato dos estudantes com as temáticas que perpassam a vida individual e comunitária, sendo um espaço ideal para a promoção de hábitos saudáveis, para a realização de ações que favoreçam o desenvolvimento integral dos sujeitos e para a produção social da saúde (Brasil, 2007).

Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, aos adolescentes, aos jovens e aos adultos da educação pública uniram-se para promover o desenvolvimento desse público. Assim, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por meio do Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, veio como fruto do trabalho realizado e integrado entre Ministérios da Saúde e da Educação com o desejo contínuo de estabelecer a intersetorialidade entre saúde e educação, de modo a contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica (Dias *et al.*, 2014).

Dessa forma, o PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e integração entre a Saúde e a Educação. Sendo duas áreas importantes que se relacionam entre si, que podem proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem Saúde a Educação. E que podem agregar outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento das crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros.

Para tal, o PSE está inserido, estrategicamente, no âmbito da saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS), e na Educação Básica (Brasil, 2017). Na APS, pelos motivos de ela apresentar o mais alto grau de descentralização, de atuar onde as pessoas vivem e de ser a porta de entrada/ordenadora do cuidado da rede Sistema Único de Saúde (SUS). Na Educação Básica, por ser o caminho para assegurar a todos os brasileiros a formação comum indispensável para o exercício da cidadania. Esses são espaços favoráveis à articulação entre os profissionais e a comunidade, promovendo a acessibilidade, a permanência na escola, o diálogo, os processos de

aprendizagem e a continuidade do cuidado em saúde dos estudantes, imprescindíveis para o alcance de uma educação e saúde integrais.

O programa acima descrito, prevê ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino, que devem ser articuladas entre as Equipes de Saúde da Família (ESF), em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, reúne uma série de temáticas relevantes para serem trabalhadas no contexto escolar brasileiro, sendo elas: Saúde ambiental; Promoção da atividade física; Alimentação saudável e prevenção da obesidade; Promoção da cultura de paz e direitos humanos; Prevenção das violências e dos acidentes; Prevenção de doenças negligenciadas; Verificação da situação vacinal; Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; Saúde bucal; Saúde auditiva; Saúde ocular e Prevenção à covid-19. (Brasil, 2014)

Estas ações organizam-se em componentes que incluem: Avaliação Clínica e Psicossocial; Ações de Promoção da Saúde; Prevenção de Doenças e Agravos; Educação Permanente; Capacitação de Profissionais da Educação, da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola; Monitoramento; e Avaliação da Saúde dos Estudantes (Brasil, 2007; Dias *et al.*, 2014).

Acredita-se que uma boa condição de saúde é obtida através do acesso à educação de forma plena, cooperando, para tal, práticas cuidadoras e promotoras da saúde. Um indivíduo com um bom desenvolvimento cognitivo, respeitado e valorizado enquanto ser humano, tendo um ambiente saudável e condições adequadas de saúde, supostamente tem condições favoráveis ao desenvolvimento de suas potencialidades, melhorando a assimilação e aumentando a capacidade de tomar decisões e, conseqüentemente, amenizando as vulnerabilidades (Gomes; Horta, 2010).

Assim, a intersetorialidade, para que seja efetiva, necessita de abertura do processo dialógico entre os setores envolvidos para que haja corresponsabilidade e cogestão das ações (Cavalcante, Lucena, Lucena, 2015). Considerando-se ainda a importância de atender os desafios ainda existentes no que tange a saúde dos estudantes, alguns questionamentos surgiram sobre: Como os profissionais da saúde que atuam no PSE percebem em relação ao processo de trabalho vivenciado na implementação do programa, em relação a promoção da saúde e educação em

saúde?

Como consequência do problema de pesquisa e das questões que o alicerçam o presente estudo tem como objetivo geral compreender a visão que os profissionais de saúde tem acerca de suas ações desenvolvidas junto ao Programa Saúde na Escola – PSE nos processos de educação e promoção à saúde. Como objetivos específicos: a) identificar a integração dos profissionais de saúde acerca das ações por eles desenvolvidas junto ao PSE; b) Investigar como são planejadas as ações de educação e promoção à saúde em dois Centro de Saúde da Família e na Escola. c) Descrever as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde na escola e sua percepção sobre a importância das mesmas;

Desta forma, este estudo, se faz necessário, por oportunizar uma reflexão sobre as práticas de educação em saúde, direcionadas aos estudantes e desenvolvidas pelos profissionais da saúde. Vislumbrando a partir dos resultados alcançados um conhecimento mais sistematizado da realidade que permeiam a problemática em estudo. Emergindo questões referentes à gestão e integração do PSE e dos profissionais, bem como, a organização do seu processo de trabalho e a relação com a realidade local vivenciada.

2. ITINERÁRIO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, segundo os pressupostos da metodologia qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2017), a pesquisa exploratória é utilizada pelo pesquisador desde o momento em que o mesmo tem pouco conhecimento a respeito do assunto. Apresenta-se de forma flexível com aptidão para inovar, além disso, não contém formalidade. Ao entrar em contato com o caso em pesquisa, o objetivo principal é a descoberta do mesmo.

A Pesquisa descritiva, por sua vez, tem como objetivo à descrição das características de determinada população. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar pesquisas que podem ser classificadas como descritivas (Gil, 2010). O método qualitativo é o que permite ao pesquisador descobrir processos sociais até então pouco conhecidos relacionados a grupos particulares, propiciando a formação de novas propostas, abordagens, conceitos e categorias no período da investigação, levando em conta um universo de significados, como crenças, conhecimentos, sentimentos, pensamentos, opiniões que os seres humanos fazem a respeito de si e de seus cotidianos (Minayo, 2014).

O município de Sobral, escolhido como *locus* do estudo, está localizado ao Noroeste do estado do Ceará, distante a 235 quilômetros da capital Fortaleza, possuindo uma área de unidade territorial 2.122,89795 Km² e população estimada de 193. 134 habitantes, 51.274 famílias, sendo, 45.938 na zona urbana e 5.876 na zona rural. Apresenta ainda uma densidade demográfica média de 88,67 habitantes/Km², acima da apresentada pelo Estado do Ceará que é de 56,76 habitantes/Km² (IBGE, 2019).

O Estudo será realizado em dois Centros de Saúde da Família (CSF), sendo um deles o Centro de Saúde da Família, no bairro Dom Expedito, e outro no CSF Dona Maria Eglantine Ponte Guimarães e no bairro Pedrinhas no CSF José Mendes Mont'Alverne. A cidade de Sobral oferece 38 CSF, (23 na sede do município e 15 em distritos), com horário de funcionamento de 07:00h às 19:00h (Horário ampliado). Desenvolvendo ações de acolhimento; consultas e tratamento odontológico; dispensação de medicamentos básicos; exames preventivos (câncer de colo de útero e de mama); procedimento ambulatoriais (curativos, administração de medicamentos, nebulização, testagem rápida para HIV, SÍFILIS e HEPATITES); grupos de educação em saúde; imunização; atendimento de pré-natal; puericultura; coleta de exames

laboratoriais; consultas individuais; visitas domiciliares e atendimento multiprofissional.

Em relação à cobertura de assistência da Atenção Básica (AB), a mesma encontra-se dividida em cinco grandes macrorregiões de saúde, assim distribuídas: Macro 1: Distritos: Taperuaba, Bilheira, Bonfim, Aprazível, Jaibaras, Aracatiaçu, Jordão, Barracho, Rafael Arruda, Torto, Caracará. Macro 2: Sede: Sinhá Sabóia, Dom Expedito, COHAB I e II e Pedrinhas. Distrito: Patriarca, Caioca; Macro 3: Sede: Tamarindo, Estação e Sumaré. Terrenos Novos e Vila União, Padre Palhano, Coelce, Alto do Cristo e Alto Novo, Junco e COHAB III Macro 4: Sede: Expectativa, CAIC, UVA, Pedrinhas e Recanto (Sobral, 2019).

A Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela: Estratégia Saúde da Família (38 CSF); Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – eMulti; Academia da Saúde (2 polos); Estratégia Trevo de Quatro Folhas; Programa Saúde na Escola – PSE e E-SUS. A APS garante anualmente a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo município por meio do Sistema Único de Saúde.

O Bairro Dom Expedito, situado no município de Sobral, também conhecido como a margem direita do Rio Acaraú, é delimitado ao norte por este rio, ao sul pelo Riacho da Várzea Grande (antigo Oiticica), ao leste pela ponte Othon de Alencar e Avenida Senador Fernandes Távora, e a oeste pela BR 222. Localizado a sudeste do Centro numa área de 1.006.940 m², possuía população de 2.837 habitantes, distribuída em 847 domicílios particulares permanentes com média 3,9 moradores por casa em 2010 (Sobral, 2019/ IBGE, 2010). Ainda de acordo com os dados censitários, a renda média mensal das famílias era de 1 salário (SEUMA/IBGE, 2010), 837 famílias possuíam renda mensal por pessoa de até meio salário e, dessas, 60 estavam em extrema pobreza.

O CSF Dona Maria Eglantine Ponte Guimarães do bairro Dom Expedito possui uma equipe de saúde com 31 de profissionais: 02 equipes da ESF; 02 equipes de saúde bucal; profissionais da residência multiprofissional em saúde da família que realizam cobertura ao território - 02 profissionais e 03 da equipe multiprofissional – E-Multi.

Figura 1: Foto oficial do CSF Maria Eglantine Ponte Guimarães. Bairro Dom Expedito, Sobral – Ceará.



Fonte: Prefeitura Municipal de Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

O território Dom Expedito tem extensão de 2,05 km², apresenta uma distância para o centro da cidade de 1,0 km e distância máxima entre o domicílio mais distante do território até o CSF de 2,6 km. Possui barreiras geográficas: Rio Acaraú e Distrito industrial. O território tem áreas críticas que são: Vila Pepita, Rua Maria de Lourdes, Várzea grande e Rua Espanha. O principal meio de transporte utilizado no território: Transporte ativo (motocicleta e bicicleta). Possui cobertura do saneamento básico; cobertura de água por via pública; cobertura de energia elétrica e cobertura da coleta seletiva.

Com a grande variedade produtiva, portanto, aumentou a oportunidade de emprego, sendo que boa parte da população possui algum tipo de vínculo empregatício dentro do seu próprio bairro de moradia. Contudo, percebe-se também um aumento da violência, devido ao maior número de assaltos e de conflitos entre facções, gerando uma situação de insegurança na comunidade local. Todavia, a reestruturação comercial e acadêmica do bairro tem favorecido a presença constante de policiamento, objetivando a garantia da tranquilidade da população. Dessa forma, o bairro vem se desenvolvendo, tornando-se uma região marcada pela

presença de escolas, creches, universidades e nosso ponto histórico essencial: o rio Acaraú.

Figura 2: Foto oficial do CSF Dr. José Mendes Mont' Alverne no Bairro Pedrinhas Sobral – Ceará.



Fonte: Prefeitura Municipal de Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

A extensão do território do bairro pedrinhas é de 20,4 KM, com distância para o centro da cidade de 1,21 KM e distância máxima entre o domicílio mais distante do território até o CSF: 6,76 KM. Possui espaços de lazer: Academias, Restaurantes, Buffer, Memorial de Ensino Superior, AABB e etc. Barreiras geográficas: Rio Acaraú e Av. Othon de Alencar (Trilho Ferreo). O território possui áreas críticas nas localidades Marrecas e Mont'Alverne II. O carro é o principal meio de transporte utilizado no território. Apresenta cobertura do saneamento básico e água por via pública em 95.98%, dispõe cobertura de energia elétrica em 100% do território e cobertura de coleta seletiva com 95.98%.

A cidade de Sobral é referência em Ensino Fundamental I e II, conta com 47 escolas públicas distribuídas entre sede e distritos. O município de Sobral tem sido referência em educação em todo o Brasil, recebendo, assim, diversos títulos de reconhecimento pela qualidade de ensino, por ter uma das melhores redes

educacionais públicas do Brasil.

A rede municipal de Sobral é responsável pela educação de 33 mil crianças matriculadas na educação infantil (EI) e nas duas fases do ensino fundamental (anos iniciais e finais). A educação pública em Sobral, desde a educação infantil (EI) até a conclusão do ensino fundamental, é fornecida exclusivamente pelo governo municipal. Em 2019, havia cerca de 33 mil crianças matriculadas nas 62 escolas municipais e/ou centros de educação infantil. Dessas unidades escolares, 15 oferecem apenas educação infantil; 14, apenas os anos iniciais do ensino fundamental; 13, apenas os anos finais (sendo 7 escolas em tempo integral); e as outras 20, uma combinação de diferentes níveis de ensino. No Ceará, diferentemente de muitos estados no Brasil, os anos finais do ensino fundamental são totalmente ofertados pelos governos municipais; portanto, todos os estudantes desse nível de ensino em Sobral estão matriculados na rede municipal.

O município ganhou destaque pelas políticas de ensino e taxas de alfabetização na idade certa, saindo de um dos piores resultados do país e conquistando, recentemente, os melhores indicadores educacionais do Brasil, alguns deles são: o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB); o Índice de Oportunidades da Educação Brasileira (IOEB); e o Ranking de Competitividade dos Municípios, fator que o levou a ser modelo reconhecido nacional e internacionalmente, além dos excelentes números obtidos na Avaliação do PISA (Programa Internacional de Avaliação de Estudantes).

Em 2022, Sobral conquistou o 1º lugar nacional na categoria Educação do Prêmio Band Cidades Excelentes do Índice de Gestão Municipal Aquila (IGMA), na cerimônia realizada no Centro Cultural Banco do Brasil, em Brasília. Além disso, Sobral também conquistou o primeiro lugar na categoria Saúde para municípios acima de 100 mil habitantes, com a nota 72,08.

A população deste estudo foi composta por profissionais da saúde de ambos os sexos e diferentes identidades de gêneros, que fazem parte das unidades básicas de saúde, situadas no município de Sobral- CE. Foi realizado o contato com os que concordaram voluntariamente a participar desse estudo diante dos critérios de inclusão da pesquisa. A pesquisa foi realizada com um total de 10 participantes profissionais de saúde, sendo 3 enfermeiros, 2 dentistas, 1 educador físico, 3 agentes comunitários de saúde e 1 agente de saúde bucal . Esses trabalhadores atuam em dois CSF, talizando cinco equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF,

duas de equipes de saúde bucal e oito profissionais da equipe multiprofissional.

Como critérios de inclusão foram elegíveis os profissionais de saúde que se encontravam há pelo menos 01 ano, na Estratégia Saúde da Família, tempo este considerado suficiente para conhecimento dos processos de trabalho na ESF condicionada a participação na pesquisa a assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)”.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais de saúde da ESF que estivessem de atestado, férias, licença prêmio, licença maternidade e outras ações e que não estarão no exercício de suas atividades, no período da coleta. A coleta de dados ocorreu no mês de maio, no horário de funcionamento da CSF, após anuência da Secretaria Municipal a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

O procedimento teve início com a solicitação da carta de anuência à secretaria de saúde depois o contato junto aos coordenadores do Programa Saúde na Escola do Município de Sobral-CE, apresentando a estes o projeto juntamente com o termo de autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina, rebendo parecer favorável sob. Nº 6.846.937 e CAAE 74325423.4.0000.0119.

Nas práticas de educação e saúde, existem as Rodas de Conversa (RC), baseada nas teorias de Paulo Freire, que consistem em um espaço no qual as pessoas se dispõem circularmente, possibilitando o mútuo olhar e comunicar dos participantes, realizando assim uma dialética pautada nos conhecimentos e experiências pessoais de cada um, conduzindo a processos reflexivos.

Desta forma, as RC's como instrumento metodológico abrem espaço para que os sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem estabeleçam um espaço de diálogos e interações no contexto da temática, ampliando suas percepções sobre si e sobre o outro, em um movimento de alteridade e compreensão sobre a voz do outro em seu contínuo espaço de tempo (Barbosa E Horn, 2008).

No contexto de saúde, a temática a ser discutida pode ser direcionada em prol do que a equipe profissional deseja trabalhar naquele momento, buscando temas que sejam de real interesse dos usuários, propiciando a motivação em sua participação, e desta forma, cumprindo os objetivos educativos para a saúde (Sampaio, 2014).

Para realização dessa pesquisa foram utilizadas as Rodas de Conversa com grupos de profissionais de saúde da ESF, onde as discussões e reflexões partiram

através de um roteiro (APÊNDICE A) com perguntas norteadoras que contemplou os objetivos da pesquisa. O instrumento contém também dados que permitam a caracterização dos participantes, como: sexo, idade, informações profissionais como: tempo de formação, especialização na área de atuação. Ou se metodologias ativas e participativas que permitiram estimular e valorizar o contato e o saber dos atores envolvidos.

Vale ressaltar que o formato de rodas de conversa, se deu através da dialética, permitindo ao pesquisador se inserir como sujeito da pesquisa pela participação na conversa. Destaca-se que campo empírico desta pesquisa já utiliza o método de co-gestão de coletivo rotineiramente nos seus serviços de saúde, denominado método da Roda conforme proposto por Gastão Wagner (Campos, 2007).

Nesta perspectiva, a pesquisadora utilizou esses espaços e momentos já sistematizados para o desenvolvimento de um dos momentos da metodologia da pesquisa. Desta forma, foram realizadas as rodas de conversa utilizando-se o formato de pauta por ocasião das rodas de gestores com os gestores, bem como durante as rodas dos Centro de Saúde da Família para realização das rodas de conversa com os profissionais de saúde.

Reitera-se, que o Método da Roda é definido como um arranjo de gestão que busca gerar novas relações entre os protagonistas da saúde, baseadas na horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes (Campos, 2007).

No município de Sobral, o Método da Roda constrói espaços de co-gestão entre os gestores, gerentes, profissionais, trabalhadores da saúde e o Sistema Municipal de Saúde de Sobral. Afinal as Rodas são a possibilidade de “construção de espaços coletivos e constituição de Sujeitos com capacidade de análise e de intervenção como estratégia de democracia institucional” (Campos, 2007, p.41).

Gastão Wagner Campos (2007) afirma que a gestão democrática e participativa, se concretiza por construção de um sistema de co-gestão, portanto, é um eixo de conformação anti-taylor, através do Método da Roda. Cabe destaque, que as Rodas dos CSF's do município de Sobral têm organicidade instituída, enquanto um instrumento de gestão, com local, hora e calendário fixo. Tem contribuído para sua efetivação, por ser organização pública, como nos afirma Campos (2007).

Nesta etapa, foi realizada a discussão dos principais resultados da pesquisa

através da comparação do conhecimento teórico, da identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão sistemática. Ao identificar as lacunas o revisor apontou sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde (Façanha, 2018). Utilizou-se análise temática para categorizar os resultados. Segundo Minayo (2015), pode ser compreendida três etapas operacionais, pré-análise, exploração de materiais e tratamento de resultados obtidos a interpretação.

Na primeira etapa, chamada de pré-análise, de acordo com o pensamento de Minayo (2015), antes de tudo, foram feitas a escolha dos documentos que subsidiaram a fundamentação teórica para encontrar os resultados encontrados com esta pesquisa. Dessa forma, fez-se a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, desenvolvendo-os de acordo com as hipóteses inferidas inicialmente.

Na segunda fase o material foi selecionado, buscando uma abrangência na compreensão do conteúdo. Foi nessa fase que o objetivo da busca consistiu em encontrar significativas informações em relação aos termos em que este assunto está organizado. Foi um momento apreensível, pois a utilização de material abordado as vezes poderá não ser tão consolidada como o esperado. (Minayo, 2014).

Segundo Minayo (2015) na terceira etapa do estudo, o autor em geral se submete os resultados dados às informações obtidos. É nesse momento que o pesquisador pode inferir com interpretações possibilitando uma nova demissão teoria através da leitura. Para realização desta pesquisa foram adotados procedimentos éticos de acordo com o exigido. A investigação transcorreu seguindo os princípios basilares da bioética, postulados na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos. Que são as seguintes: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e equidade (Brasil, 2016).

No estudo, propôs-se proposto, a autonomia do participante que ocorreram por meio da assinatura do TCLE, no qual os participantes foram informados acerca da temática a ser pesquisada, dos objetivos da pesquisa e sobre os princípios éticos postulados na Resolução 466/12 (Brasil, 2016). Os participantes puderam retirar seu consentimento em qualquer momento, caso não desejarem mais continuar participando da pesquisa, sem que isso acarretasse danos ou constrangimento de qualquer natureza.

Beneficência: O pesquisador deve sempre buscar o bem, isto é, fazer algo

que possa trazer benefícios. O bem-estar das pessoas que participam de pesquisas deve estar acima dos interesses da ciência e da sociedade. Não maleficência: o pesquisador não deve fazer nada que cause mal ou problemas para os participantes. Justiça e equidade: Todas as pessoas podem ser participantes de pesquisa e devem ter acesso aos benefícios de seus resultados.

Benefícios: Os benefícios para os participantes foram tanto diretos como indiretos. Indiretos por meio da contribuição para a produção de conhecimento processo de criação, fortalecimento e utilização de estratégias e ferramentas que promovam a implementação do PSE. Como benefício direto é possível apontar a oportunidade de reflexão sobre o seu processo de trabalho e, conseqüente, transformação na organização do mesmo, de forma a melhor lidar com os obstáculos para implementação das ações de integração entre saúde e educação

Os riscos: Os riscos para os participantes da pesquisa foram mínimos, basicamente desconforto momentâneo em função de algum questionamento por parte da pesquisadora ou de outros participantes. O sigilo será respeitado em todas as etapas a fim de evitar conseqüências danosas ou desagradáveis para os participantes. Todo o material coletado será armazenado pelos pesquisadores, garantindo que somente eles o acessem. A fim de que os profissionais tenham liberdade de expressar suas dificuldades, sem nenhum constrangimento, o local para realização dos encontros dos grupos, serão definidos pelos participantes convidados. Como as atividades ocorrerão presencialmente, reiteramos que todas as medidas de biossegurança serão cuidadas.

3.. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: CONCEITOS E ASPECTOS HISTÓRICOS

Para uma melhor compreensão este capítulo trata da sustentação teórica desse estudo que dividimos em dois subcapítulos. No primeiro discutimos a educação em saúde e as práticas educativas em saúde, na qual foi dividido em quatro subcategorias, sendo elas compreendidas como: A educação em saúde e as tendências pedagógicas; A escola como um ambiente promotor da saúde: o vínculo histórico entre saúde e educação; Programa Saúde na Escola: uma estratégia inovadora entre duas áreas do conhecimento; Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão, desafios e perspectivas. No subcapítulo 3.2 apresentamos a perspectiva dialógica e libertadora de Paulo Freire na prática pedagógica e na prática educativa em saúde.

3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS

Conceitua-se prática educativa em saúde como toda atividade desenvolvida em conjunto com grupos sociais, derivados de conhecimento que compõem as áreas interdisciplinares da saúde e da educação (Acioli, 2008). As práticas educativas em saúde podem envolver trabalhos junto às famílias, grupos, usuários e trabalhadores da área de saúde. São práticas que circulam nos mais variados cotidianos, constituindo espaços de vivências e encontros com os outros sujeitos portadores de diferentes saberes, experiências, necessidades e de produção de subjetividades, de sentidos e significados que vão sendo construídos e desconstruídos (Bagnato et al, 2009).

Neste sentido, as práticas educativas em saúde podem ser aplicadas tanto nas ações destinadas à população, denominadas de educação em saúde, quanto naquelas voltadas para os trabalhadores de saúde, intituladas de educação na saúde (Falkenberg et al, 2014). A educação em saúde possui perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, almejando a promoção de autonomia, a formação da consciência crítica e a cidadania participativa (Feio, Oliveira, 2015).

As práticas educativas em saúde pressupõem uma compreensão de

educação como instrumento transformador, no sentido de construir sujeitos livres, que identificam seu poder e potencial para produzir saber e originar novos conhecimentos, por meio de diferentes espaços e diferentes saberes, conduzindo a ações que garantam melhoria na qualidade de vida (Sabóia; Valente, 2010).

Buscando uma melhor compreensão da educação, da saúde e de suas práticas, faz-se necessário um passeio nos aspectos históricos da educação em saúde. A educação em saúde surgiu em 1909 nos Estados Unidos da América (EUA), como uma estratégia de prevenção das doenças. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram a prevenção dos problemas de saúde pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida, o entendimento de que a falta de informação leva aos problemas de saúde da população e que a educação deveria ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos (Alves; Aerts, 2011).

Desde a Idade Média, na Europa, já se acreditava na importância da educação em saúde e eram feitas recomendações alimentares e de higiene para que as pessoas vivessem mais. No séc. XVIII ocorreu uma divulgação de conhecimentos científicos a respeito de questões de higiene e saúde principalmente, por meio de publicações em livros e periódicos, que só atingiam as classes mais favorecidas. Naquela época e, muitas vezes ainda hoje, acreditava-se que apenas a divulgação de informações seria suficiente para provocar as mudanças pretendidas nos comportamentos dos seres humanos (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

Aliado a isso, acreditava-se que a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes (Alves; Aerts, 2011). O caminho para a transição do modelo de polícia médica ao higienismo passa pelas mudanças que ocorreram nas sociedades francesa, inglesa e, “tardamente”, na alemã (Lucca, 2016, p. 45).

Nesta perspectiva, o campo da educação e da saúde foi fortemente influenciado pelo higienismo. Este princípio doutrinário assumiu sua importância histórica no século XIX e início do século XX, onde uma série de investigações realizadas principalmente na Europa revelaram a influência de intermediários na transmissão de doenças. A chamada “era microbiana” ou “bacteriológica” enfatizava a concepção biológica da doença e foi marcada por uma educação controladora,

baseada na teoria tradicional que explicava o surgimento das doenças de forma bastante simplista, associando a dita ignorância e descaso das pessoas (Pelicioni; Pelicioni, 2007, p. 321).

No cenário da vigilância e policiamento das ações, instituía-se a higiene como a base das práticas educativas em saúde, sendo a educação em saúde o recurso tido como viável para auxiliar a transformação de hábitos familiares de higiene. Para os pensadores desse movimento, as pessoas eram fruto do meio em que viviam e a educação em saúde era a resposta governamental para a transformação desse meio (Vieira, 2007). Vale destacar que, em fins do século XIX, a administração pública brasileira relacionava as ações saneadoras nas cidades com a incorporação de um modelo europeu de civilização e, associando a pobreza presente nas regiões à ocorrência de epidemias. As práticas sanitárias voltavam-se fundamentalmente para as áreas urbanas com prioridade de higienizar ruas e casas (Acioli; David; Faria, 2013).

Ainda nesse período, “com o impulso dado nos EUA aos programas de higiene maternoinfantil, saúde escolar, controle da tuberculose e outros, os órgãos oficiais de saúde viram-se envolvidos em programas educativos e preocupados em instruir o público em questões de saúde com 25 distribuição ampla de impressos” (Pelicioni e Pelicioni, 2007, p.321). Além disso, percebia-se a importância do desenvolvimento da educação em saúde nas escolas.

No Brasil, até o início do séc. XX, as preocupações do setor saúde centravam-se apenas nas situações de epidemia e, no campo da educação, restringia-se ao ensino de hábitos de higiene. Somente após a proclamação da República, aconteceu a incorporação dos modelos tecnológicos de saúde, os quais passaram a ser mais vinculados à situação econômica e política do país, assim como o desenvolvimento internacional capitalista (Sabóia, 2003).

A gestão do médico Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde entre 1903 e 1909 caracterizou o primeiro período do movimento sanitarista brasileiro. Nessa época, as práticas de saúde notadamente o saneamento urbano e combate às epidemias foram concentradas no Rio de Janeiro e em alguns portos. Ainda nessa fase, a “polícia sanitária” dedicava-se ao confinamento de enfermos em desinfectórios e à vacinação compulsória da população, relegando a educação a um segundo plano. No segundo período do movimento sanitarista, as práticas de saúde pública concentraram-se no saneamento rural para combate de doenças (Buss; Carvalho,

2009).

Em substituição à palavra “higiene”, surgiu nos EUA, em 1919, a expressão health education (“educação sanitária”). Contudo, a essência mantinha-se a da palavra antiga. Dois anos depois tiveram início os primeiros treinamentos para a preparação de educadores no campo da saúde. As ideias da educação sanitária foram trazidas dos EUA para São Paulo, porém ainda focava nos ensinamentos de higiene (Pelicioni; Pelicioni, 2007). A educação nesse período era vista como um processo individual de mudança de comportamento em que os fenômenos sociais responsáveis pelas barreiras à aprendizagem não eram considerados, e muito menos as raízes estruturais e socioeconômicas dos problemas de saúde. A prática profissional era conservadora e reprodutiva, traduzida em ações de higienização, normatização e domesticação (Leite; Prado; Peres, 2010).

Portanto, a educação em saúde foi inserida nesse contexto histórico, como instrumento capaz de, isoladamente, ensinar as pessoas o que elas deveriam fazer para manter a saúde e evitar doenças. Assumindo assim, a questão sanitária, uma conotação mais clara de política intervencionista. Essa prática atendia as necessidades de produção e força de trabalho na época. Após a segunda guerra mundial, a educação em saúde ressurgiu com um novo discurso, devido o interesse econômico decorrente do incremento à produção da borracha na Amazônia, então passou-se a incentivar a educação em saúde como prática educativa em saúde como forma de diminuir os riscos das doenças e atrair trabalhadores para esta área (Sabóia, 2003, p.56).

De 1945 em diante, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) surgiram novas discussões sobre o processo saúde-doença destacando-se o conceito de saúde como o estado de mais completo bem-estar e não simplesmente ausência de doença. Embora o conceito de bem-estar fosse amplo e pouco definido constituiu-se em um avanço para o processo de transformação da educação sanitária (Buss; Carvalho, 2009, p. 2306).

A mudança de nomenclatura de “educação sanitária” para “educação em saúde” diz respeito a mudanças nos paradigmas vigentes na prática educativa à época. A educação sanitária baseava-se na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar de sua saúde, vista como ausência de doença. A educação era entendida como um repasse de conhecimentos de saúde seguindo a educação tradicional e a educação “bancária” (denominação dada pelo educador Paulo Freire).

Essa transmissão de conhecimentos, de idéias selecionadas organizadas logicamente dá ênfase aos modelos, privilegia a especialidade e o professor (Pelicioni; Pelicioni, 2007, p. 324).

A educação em saúde, por sua vez, baseia-se na concepção de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, que é resultante de múltiplos fatores intervenientes no processo saúde-doença, a partir do referencial coletivo de conhecimento de sua realidade. A educação deve ser crítica, problematizadora da realidade, um processo compartilhado, reflexivo, construído a partir de ações conjuntas como planejamento participativo, trabalho em grupo e pesquisas (Pelicioni; Pelicioni, 2007, p.324).

A partir da década de 50, novas idéias foram introduzidas nas discussões e propostas de educação em saúde. Sob influência americana, passou-se a destacar, no cenário nacional, a importância da organização da comunidade, da participação e integração dos setores. A educação em saúde passou a fazer parte das estratégias governamentais para a conscientização da clientela em relação ao binômio saúde-doença, com ênfase à promoção, proteção, recuperação da saúde (Sabóia, 2003, p.56).

Para Leite, Prado e Peres (2010, p. 82) a educação em saúde consiste em proporcionar à população os conhecimentos e as destrezas necessárias para a promoção e proteção de sua saúde individual, da saúde de sua família e de sua comunidade por meio do desenvolvimento de capacidades e habilidades para que as pessoas participem ativamente na definição de suas necessidades, consigam negociar e implantar suas propostas para a obtenção das metas de saúde. Educação em saúde pode ser conceituada como o somatório de todas as influências que determinam conhecimentos, crenças e comportamentos relacionados à promoção, manutenção e restabelecimento da saúde nos indivíduos e comunidades. Pressupõe que todos os indivíduos recebem educação em saúde de várias formas ao longo da vida seja na educação formal, nas escolas seja na informal, com a família ou mesmo na comunidade (Pedroso; Brito, 2014, p. 37).

A palavra educação origina-se do vocábulo latino “edurece”, que significa “conduzir para fora”, portanto, impulsiona um processo educativo que deverá ocorrer “de dentro para fora”, no sentido de prover situações e experiências que estimulem as potencialidades humanas (Ohara, Saito, 2014, p. 461). Na visão de Paulo Freire, as pessoas possuem conhecimentos diferentes e a educação se efetiva sempre por meio

de uma relação de troca, envolvendo juntamente um processo de transformação dos sujeitos, que aos se transformarem, modificam os seus pares. Em setembro de 1978, realizou-se em Alma-Ata, na antiga União Soviética, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, dando origem a declaração de Alma-Ata. Uma das conclusões desse evento foi o entendimento da necessidade da comunidade desenvolver iniciativas para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. Apontando a atenção primária em saúde como estratégia de mudança do modelo assistencial vigente (Brasil, 2002, p. 19).

Diante das novas idéias que surgiram em Alma-Ata, conferiu-se destaque à saúde como componente central do desenvolvimento humano, iniciaram-se as discussões em torno do Movimento da Promoção da Saúde, como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria das suas qualidades de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (Brasil, 2002, p. 19). Portanto, foi proposto basear-se em tecnologias práticas, fundamentadas cientificamente e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance de todos, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter. E a educação em saúde foi uma das atividades incluídas como essenciais.

Na década de 1980, a OMS passou a propagar uma maior amplitude conceitual à saúde considerando a importância de determinantes e condicionantes econômicos, sociais, ambientais e culturais. A saúde passou a ser vista como um direito humano fundamental, como conceito positivo que considera recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas. Com a redemocratização do país, a sociedade civil organizada representada por profissionais de saúde, docentes de Universidades, participantes de movimentos sociais, entre outros, se articularam em torno da Reforma Sanitária Brasileira e suas discussões que floresceram VIIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerada como um marco histórico na política de saúde brasileira, pois se conseguiu avanços significativos em direção às propostas de democratização da saúde, modelo de atenção à saúde integral denominado “Promoção da Saúde”, considerado um novo paradigma para a saúde pública (Pelicioni; Pelicioni, 2007, p.322).

Consoante a Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986, no Canadá, a Promoção da Saúde é o processo de capacitação e de fortalecimento (empowerment) das populações para melhorar suas condições de saúde, aumentar o seu controle sobre as mesmas e

melhorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde. Propõe cinco estratégias de ação consideradas prioritárias ou campos de atuação: o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o empowerment e fortalecimento das ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais, e a reorientação dos serviços de saúde. (Brasil, 2002, p. 19).

Portanto, tem-se a Promoção da Saúde como responsabilidade não exclusiva do setor saúde, mas cabe o envolvimento de uma combinação de setores, atores sociais, políticos, educacionais, econômicos e culturais (Ohara, Saito, 2014, p.460). O empowerment, em português empoderamento, possibilita aos indivíduos, de forma particular e coletiva, um aprendizado que os capacita a viverem todas as etapas de vida, lidando com restrições impostas pelas enfermidades eventuais (Fonseca et al, 2015, p. 755). Esse movimento deu origem ao capítulo da Saúde na Constituição Brasileira de 1988 que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, resultante das condições de vida e trabalho. Pela primeira vez se dá ênfase aos fatores determinantes e condicionantes da saúde (Aguiar, 2015, p.43).

O referencial traçado nesses eventos evidenciou que a Promoção da Saúde pode ser viabilizada pela Educação em Saúde, processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social e busca da melhoria da qualidade de vida. Deve-se preparar cada indivíduo para assumir o controle e a responsabilidade sobre a sua própria saúde e sobre a saúde da comunidade, preparar para o empowerment, para a participação, para a tomada de decisões, para o controle social, para exigir direitos, para atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes da sua saúde e qualidade de vida (Pelicioni; Pelicioni, 2007, p.325).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, já em 1991, a educação em saúde era entendida como um processo de ação social e experiências de aprendizagem planejadas voltadas à capacitação das pessoas para que adquiram controle sobre os determinantes de saúde, o comportamento em saúde e as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e dos outros (Ohara, Saito, 2014, p.461).

A promoção da saúde aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam favoráveis à qualidade de vida e à saúde e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar. Apresentando-se como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais

com responsabilidade social pela saúde (Czeresnia; Freitas, 2003, p. 33).

Nesse contexto, o ambiente educacional é imprescindível para a promoção da saúde, pois possibilita que os indivíduos e grupos sociais ampliem seus conhecimentos a respeito dos determinantes e condicionantes de vida e podendo assumir o controle sobre eles com uma decisão crítica e reflexiva. Cabe ressaltar que a importância da educação para a promoção da saúde é inegável e tem sido reconhecida através dos tempos por diferentes autores como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida.

Desta forma, a Educação em Saúde tangencia o trabalho, mas não é o foco, e sim a promoção da saúde. Essas discussões teórico-prática-política são interligadas, dialogando a todo tempo. Dessa forma, a promoção da saúde reforça o conceito de determinação social da saúde, contudo voltada para atuar favoravelmente na qualidade de vida das pessoas, para tal, ações intersetoriais e intrasetoriais são imprescindíveis. Por meio delas é possível ampliar a educação em saúde para mudança das condições de vida da população, assim as estratégias da promoção da saúde são capazes de promover a autonomia e os processos políticos e sociais, que por meio deles levar à transformação das práticas em saúde em direção dos princípios do SUS (Heidemann; Wosny; Boehs, 2014, p. 3555).

As práticas de saúde decorrem de experiências contínuas de ensino-aprendizagem e acabam influenciando as decisões a serem tomadas ao longo da existência dos indivíduos, podendo contribuir para diminuir, manter ou elevar o seu nível de saúde. A abordagem educativa deveria, portanto, estar presente em todas as práticas para promover a saúde passando a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades. Tomando como ponto de partida o saber gerado nas situações vivenciadas no dia-a-dia, deve-se procurar atender aos interesses dos sujeitos, os quais pertencem a contextos diferentes. Stotz (2007, p. 57), pontua em seu estudo, diferentes enfoques da educação e saúde, considerando as experiências e saberes das pessoas em seu contexto de moradia, trabalho, gênero, raça e etnia, educando-se na ação desenvolvida.

A visão integral de saúde apresentada pela proposta da política de promoção da saúde em contraposição ao modelo biomédico pressupõe que “todos os sistemas e estruturas que regem as condições sociais e econômicas, assim como as condições do ambiente físico, devem ser considerados quanto ao seu impacto nas condições de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade”. É também

consequência das ações desenvolvidas por outros, ressaltando a importância da intersectorialidade das medidas enfatizando a necessidade da participação social, o fortalecimento do poder local e das comunidades, e o estabelecimento de parcerias entre setores governamentais as quais nortearão a formulação e implementação de planos, programas e projetos para a sua operacionalização (Brasil, 2002, p. 22).

Dessa forma, a educação em saúde pretende ir muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. Tem por objetivos preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena, criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos, mas, principalmente, possibilitar que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade como sujeitos da história, como propõe a teoria freireana.

A prática educativa em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social (Machado, 2007, p. 340).

3.1.1 A educação em saúde as tendências pedagógicas

A educação em saúde está diretamente relacionada com as vertentes educacionais, resultando num movimento de interação e dialogicidade entre as duas principais tendências pedagógicas (pedagogia liberal e pedagogia progressista) e as duas abordagens comumente aplicadas na educação em saúde (educação sanitária ou tradicional e a educação em saúde/ dialógica).

De acordo com Libâneo (2014, p.22), a primeira vertente pedagógica é denominada de pedagogia liberal, a qual entende a educação como instrumento de equalização social, onde a sociedade é considerada como um desvio a ser corrigido.

A escola, nesse contexto, teria a função de formar indivíduos para desempenhar determinados papéis sociais, coerentes com suas aptidões. Destacam-se nessa vertente a pedagogia tradicional, a pedagogia renovada e a pedagogia tecnicista. A pedagogia tradicional caracteriza-se pela aprendizagem centrada no

professor, o qual transmite seus conteúdos através de regras impostas. Sendo assim, o aluno é educado para atingir, de forma individualizada, sua realização como pessoa. Os conteúdos, os procedimentos didáticos e a relação professor-aluno não estão relacionados com o cotidiano do aluno, nem com as suas realidades de vida, no contexto extraescolar.

Em suas interpretações, Libâneo (2014, p. 64), destaca que alguns pensadores criticam a visão tradicional do ensino em que, primeiro, elege-se o conteúdo, em seguida o compreende e, no final, se fazem os exercícios, dentro de uma visão linear. Ele propõe uma concepção de ensino-aprendizagem em que os conhecimentos sejam integrados no projeto do sujeito que aprende, o qual formará suas próprias representações do objeto de conhecimento. A chamada escola ou pedagogia tradicional se fez presente no contexto escolar, de modo predominante, até o fim do século XIX.

Este modelo de ensino, que ainda hoje é predominante no Brasil, caracteriza-se pela exposição dos conteúdos de forma verbal pelo professor, que é autoridade máxima, bem como a memorização através da repetição e o aluno deve se empenhar para atingir êxito pelo próprio esforço. A educação é entendida como processo externo. Neste contexto, prevalece a transmissão de conhecimento, sendo a escola centrada numa formação moral e intelectual (Silva, 2012, p.2).

Paulo Freire (2015b, p. 81), em sua conhecida obra intitulada *Pedagogia do Oprimido*, denomina essa vertente educacional como Educação Bancária, que ocorre com a imposição do conhecimento realizada pelo professor sobre o aluno, ou seja, uma ação de depósito deste conhecimento nos alunos. Na *Pedagogia Renovada* ou *Escola Nova*, a educação é entendida como um processo interno, que se origina nas necessidades e interesses dos alunos, definidos como o centro do processo educativo. O desenvolvimento dos educandos é considerado como necessário para a adaptação individual e contribuição democrática ao meio social. Essa tendência valoriza a autoeducação, a descoberta e o aprender, com apoio do professor (Libâneo, 2014, p. 26).

Na história da educação ocorreram momentos em que a importância do aprender predominou sobre o ensinar. O momento inicial deste predomínio deu-se com Rousseau, no século XVIII, para, em seguida, ser amplamente desenvolvido pelo movimento da *Escola Nova*, no século XX (Rodrigues; Moura; Testa, 2011). A *Escola Nova* no Brasil surgiu vinculada à necessidade de expandir o ensino elementar, de

superar a escola tradicional diante das exigências do mundo moderno. No final do século XIX se iniciava o escolanovismo, que já no século XX, por meio do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, publicado em 1932, representou um dos mais significativos e propositivos movimentos nacionais em prol da implantação do sistema de educação pública (Silva, 2012, p. 3).

Na Tendência liberal tecnicista, a escola é considerada como modeladora do comportamento humano, a partir da utilização de determinadas técnicas, cuja finalidade é organizar o processo de aquisição de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos, para que os indivíduos integrem-se à sociedade. Os conteúdos programáticos são repassados através de manuais, livros didáticos e recursos audiovisuais. O ensino é tratado com processo de condicionamento, que visa ao controle do comportamento do indivíduo para atender os objetivos preestabelecidos. Os conteúdos são “passados” de forma técnica, o que contribui para o distanciamento entre educador e educando. Os materiais didáticos são adotados, sem que se reflita criticamente sobre o seu conteúdo, numa demonstração clara da perpetuação da consciência ingênua (Libâneo, 2014, p.30).

A história da educação em saúde foi influenciada pela vertente educacional liberal. A educação em saúde fundamentou-se no modelo tradicional da Educação Bancária, transmitindo informações, depositando conteúdos, desconsiderando a realidade, não estimulando a criação, contribuindo para a formação de seres passivos por meio de uma educação verticalizada. Portanto, formando indivíduos meros receptores de informações, que poderão não saber aplicá-las a sua realidade (Figueiredo; Neto; Leite, 2010, p. 120).

No modelo sanitário de educação em saúde, o discurso é dirigido para a diminuição da doença, trabalhando-se apenas as fragilidades humanas, na sua dimensão físico-fisiológica. A relação existente entre este problema e os processos sociais nos quais o indivíduo está inserido não é levada em consideração e a influência que a sociedade exerce sobre o homem está fora deste contexto (Sabóia, 2005, p. 175).

Essa abordagem de educação em saúde reflete a história da educação em geral. Somente conseguiremos modificar essa realidade quando a educação em saúde for compreendida como uma proposta que tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, como também, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações,

de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico (Figueiredo; Neto; Leite, 2010, p. 120).

Nesse sentido, associando a educação às vertentes pedagógicas, tem-se a tendência Progressista, a qual designa reflexões que, partindo de uma análise crítica das realidades sociais, sustentam as finalidades sócio-políticas da educação (Libâneo, 2014, p. 33). Nessa vertente, parte-se do pressuposto de que a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica não ocorre automaticamente, sendo que uma das tarefas primordiais da pedagogia progressista é desenvolver a curiosidade crítica que protege dos excessos de racionalidade, tão comum nos dias atuais (Freire, 2014, p. 51).

Desta forma, metodologicamente procura-se construir o conhecimento de forma coletiva e participativa. Há espaço para que o grupo envolvido coopere na definição de objetivos e de conteúdos programáticos. As atividades são orientadas de forma dinâmica e com participação de todos. A relação educador-educando é horizontal e dialógica; isto é, os sujeitos do processo de construção do conhecimento se encontram mediatizados pelo objeto a ser conhecido. Entretanto, o professor não se exclui, permanece vigilante e responsável pela coordenação e orientação dos trabalhos. Na pedagogia progressista, destacam-se três tendências: a libertadora, mais conhecida como pedagogia de Paulo Freire, a libertária, que reúne os defensores da autogestão pedagógica; a crítico-social dos conteúdos que, diferentemente das anteriores, destaca a prioridade dos conteúdos no seu confronto com as realidades sociais (Libâneo, 2014, p. 33)

Zatti (2007, p.61), interpreta a teoria pedagógica de Freire como sendo uma educação problematizadora, dialógica, oposta à educação bancária e, por isso, não trata os educandos como depósitos de conteúdos. Busca promover caminhos para que o próprio aluno seja sujeito, fortaleça a sua autoestima e construa sua autonomia. Dessa forma, a contradição educador-educando, em que o aluno é objeto passivo, começa a ser superada.

A Tendência Progressista Libertadora é uma vertente educativa que possui um caráter essencialmente político e coloca-se em oposição ao autoritarismo, valorizando a experiência vivida como fundamento da relação pedagógica. É muito utilizada no ensino “não-formal”. Dentro dessa perspectiva, o educador e o educando, mediatizados pela realidade, apreendem e extraem o conteúdo da aprendizagem. O objetivo primordial é fomentar o desenvolvimento da consciência crítica e aperfeiçoar

a compreensão da realidade, visando à sua transformação (Libâneo, 2014, p. 34). A Tendência Progressista Libertária possui uma vertente cuja educação deve contribuir para a transformação na personalidade dos alunos, em um sentido libertário e autogestivo. A ideia básica é introduzir mudanças institucionais, a partir dos níveis subalternos que irão contaminando o sistema, cuja autoridade é sempre questionada (Libâneo, 2014, p. 37).

Para Libâneo (2014, p. 38), esta tendência pretende ser uma forma de resistência contra o Estado, partindo-se do pressuposto de que o mesmo controla tudo, incluindo-se as práticas educativas, retirando a autonomia do professor. Os conteúdos são colocados à disposição do aluno, mas não são exigidos. Funcionam como um instrumento a mais, já que o que importa é o conhecimento que surge das experiências vividas numa visão crítica. Confirma-se desta forma o caráter político desta vertente teórica da educação. A Tendência progressista “crítico-social dos conteúdos”, trata de conteúdos vivos, concretos, ligados diretamente às vivências sociais. Nesta corrente pedagógica, a escola, é valorizada como instrumento de construção e sistematização de um saber que terá reflexo na vida dos alunos, no sentido de favorecer mudanças sociais

Segundo Libâneo (2014, p. 41), os educadores que trabalham na perspectiva da pedagogia crítico social dos conteúdos defendem a tese de que o conhecimento resulta da interação entre o meio cultural, social e natural, e o educando, sendo o professor o mediador, o orientador que se esforça no sentido de abrir perspectivas a partir dos conteúdos. O modelo dialógico de educação em saúde fundamenta-se na vertente educacional progressista. Nessa visão, aprende-se por meio de uma prática reflexiva, contribuindo para a formação de indivíduos ativos por meio de uma educação baseada no diálogo, considerando-se a realidade do educando (Figueiredo; Neto; Leite, 2010, p. 120).

A educação em saúde passa a ser vista não mais como ação autoritária, individualista e assistencialista, mas como dinamizadora. Essa prática educativa deve ser desenvolvida com a população e não para ela, assumindo o significado de luta junto com ela, pela sua verdadeira cidadania (Sabóia; Valente, 2010, p. 21). Tal visão reforça a vertente educacional progressista. Apesar das novas proposições, tem sido difícil evitar os discursos tradicionais da saúde pública na prática contemporânea da educação em saúde.

Nesse cenário, na teoria e na prática, os objetivos de um se sobrepõem aos

do outro e persiste uma visível distância entre as intenções progressistas e a realidade (Oliveira, 2005, p. 425). Libâneo (2014, p. 21), destaca que a classificação e descrição das tendências funcionam com instrumento de análise para avaliação da prática de ensino. Porém, as tendências não aparecem de forma pura e nem sempre são exclusivas, pelo contrário, muitas vezes se complementam. No entanto, percebe-se que a maioria das práticas de educação em saúde que tem sido desenvolvida permanece centrada na prevenção de doenças e focada na responsabilização individual. Sugerindo um esquecimento das outras causas sociais da falta da saúde, as quais não tem sido consideradas com a ênfase desejada e necessária (Oliveira, 2005, p. 426).

Nesse contexto, um dos elementos básicos da discussão refere-se ao ensinar, ao aprender e ao apreender. Há 400 anos, na visão de ensino tradicional, a aula é o espaço em que o “educador” fala, diz, explica o conteúdo, compete ao aluno anotá-lo para depois memorizá-lo. O aprender tem se resumido num processo de memorização, precisando ser superado na direção do apreender, segurar, apropriar, agarrar, prender, pegar, assimilar mentalmente, entender e compreender para que o aluno possa construir o conhecimento (Anastasiou; Alves, 2012, p. 19).

Diante dessas reflexões, surgiu o termo ensinagem, o qual indica uma prática social complexa efetivada entre os sujeitos, professor e aluno, englobando tanto a ação de ensinar quanto a de aprender, em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para o enfrentamento na construção do conhecimento, decorrente de ações efetivadas na sala de aula e fora dela. Propõe-se uma unidade dialética processual, na qual o papel condutor do professor e a autoatividade do estudante ocorrem em e dupla mão (Anastasiou; Alves, 2012, p. 20).

Torna-se, portanto, um desafio promover práticas educativas em saúde que reforcem e estimulem a promoção da saúde de uma forma participativa e crítica, promovendo autonomia e liberdade pautadas na vertente educacional progressista.

3.1.1 A escola como um ambiente promotor da saúde: O vínculo histórico entre saúde e educação

Destaca-se inicialmente a existência de um vínculo histórico entre a saúde e a educação, e nessa ligação existe o entendimento de que bons níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável assim como uma população

saudável tem maiores possibilidades de apoderar-se de conhecimentos da educação formal e informal (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 830). A primeira política de atenção à saúde do escolar surgiu na Alemanha no final do século XVIII e início do século XIX, representada pelo chamado Sistema Frank, elaborado pelo médico alemão Johan Peter Frank (1746-1821), então considerado “pai da saúde escolar”. O Sistema Frank tratava desde atendimento escolar, supervisão das escolas e prevenção de acidentes, programas de atletismo, preocupação com a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010, p. 17).

Nesse cenário, inicialmente a escola foi reconhecida como ambiente estratégico para a propagação da higiene porque agrupava num mesmo espaço crianças, entendidas como “massa modelável”. O ideário higienista encontrava sintonia com o discurso ideológico corrente que colocava a escola como instituição responsável por modelar essa população. Pautada na hipótese de que a doença surgia e se mantinha em decorrência da ignorância, a solução seria então a prescrição de normas e regras. Com isso, a escola elaborou propostas de construção de modelos educacionais, formação de professores, inspeção de alunos e de organização de espaços e equipamentos, objetivando a formação de novos e higienizados cidadãos (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 835).

O discurso higienista serviu para fornecer hipóteses e justificativas sobre o fracasso escolar. O “fracasso escolar” foi um nome dado a algo inesperado, que fugiu dos padrões e expectativas preestabelecidas, e que na maioria das vezes atribuía ao aluno o insucesso. Também referido como reprovação, baixo rendimento, distorção idade-série/ano e dificuldade de aprendizagem (Cruz, 2011, p.61).

De acordo com o autor supracitado, o fracasso escolar é um problema que vem de muitas décadas, trazendo argumentos preconceituosos sobre a classe pobre do Brasil. Ignoram-se as redes micro e macro socioculturais que perpassam essas crianças para justificar o seu mau rendimento. Relacionando o fracasso escolar à desnutrição, aos distúrbios neurológicos e outras patologias, atribuindo aos indivíduos e às suas famílias a pesada culpa e fatalismo.

Tendo-se assim, a patologização da educação, a qual consiste em explicar a situação e o destino de indivíduos e grupos através de suas características individuais e de saúde, ocultando os determinantes políticos e pedagógicos do fracasso escolar, isentando de responsabilidades o sistema social vigente e a instituição escolar.

Como decorrência dessa concepção, é o indivíduo o maior responsável por sua condição de vida e destino, as circunstâncias sociais e políticas teriam influência mínima (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 835).

Até o início da década de 70 (setenta), a busca pelas causas do fracasso escolar concentrou-se nos determinantes do baixo rendimento escolar e a ênfase continuava a ser nas variáveis externas ao sistema de ensino. Somente a partir da segunda metade dessa década que algumas pesquisas passaram a investigar temáticas voltadas à burocratização da escola e a sua influência sobre a qualidade do trabalho docente, a distância entre as culturas escolar e popular, a inadequação do material pedagógico e a discriminação das diferenças no contexto escolar.

Já a partir dos anos 90 (noventa), o estudo de Pezzi e Marin (2014, p. 4) relatam que as pesquisas que investigavam o fracasso escolar assumiram duas tendências. Na primeira delas, culpabilizava-se os alunos e suas famílias e, na segunda, ele era entendido como decorrente de causas intraescolares, atribuindo-se aos professores ou a questões institucionais e políticas da escola a responsabilidade pela reprodução das desigualdades sociais, que acabavam por reforçar as dificuldades escolares.

Em outra ótica, considera-se que o processo de escolarização enfatiza o espaço escolar como um campo de relações complexas que precisam ser analisadas. Desse modo, o fracasso escolar deve ser compreendido como um resultado desse processo. Não é apenas um problema educacional, mas possui repercussões individuais e sociais (Cruz, 2011, p.57; Pezzi e Marin, 2014, p. 2).

Sendo assim, a análise desse processo deve ocorrer nos âmbitos macro e micro dos aspectos que produzem o fracasso escolar: a escola, as crianças, as famílias, a sociedade, o sistema capitalista, as políticas e diretrizes educacionais. Diante das falhas do processo de escolarização, existe uma variedade de aspectos institucionais, sociais e culturais passíveis de avaliação. Exigindo que os profissionais ocupem um lugar de reflexão e ação.

Para isso, é necessário considerar a criança em suas relações estabelecidas nas redes sociais e também é fundamental uma avaliação do processo de escolarização que a escola tem oferecido. Sendo assim, não deveria se falar em fracasso ou em não aprendizagem, mas sim de compreender o modo de aprendizado pelo qual passa o aluno naquele momento. Contudo, é necessário ampliar a concepção das formas do aprender na escola, nas ruas, em casa, enfim, no cotidiano.

Sendo essencial compreender que existe ali todo um jogo de forças que atravessa não mais o fracasso, mas o processo de escolarização (Pezzi; Marin, 2014, p. 7).

A partir destas heranças, iniciativas de saúde escolar praticadas nas décadas de 1980 e 1990 em países da América Latina restringiram-se a ações para melhorar condições de higiene e saneamento básico, prevenção de doenças transmissíveis, tratamento de doenças específicas e realização periódica e indiscriminada de exames médicos ou provas de triagem. Tais ações ocorriam de forma desarticulada, sem explícita identificação de possíveis objetivos estratégicos e políticos e a partir de modelo vertical, “medicalizado” e “assistencialista”. A saúde da população escolar continuava sendo compreendida mais em termos de ausência de doença, do que como o resultado de um processo de transformação coletiva dos fatores determinantes de saúde e o bem-estar, no qual os profissionais da saúde e todos os membros da comunidade escolar podem e devem converter-se em atores ativos (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 835).

Portanto, em uma linha do tempo, pode-se afirmar que o ponto de partida seria o da identificação da escola como espaço de disseminação de regras de civilidade e normas de higiene calcadas no ideal higienista dos séculos XIX e XX. No outro extremo temporal, os debates mais recentes pautariam a escola como local de promoção da saúde (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 835).

Começou-se a perceber a escola como um importante ambiente para o desenvolvimento de práticas de promoção à saúde com crianças, oferecendo a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes, sejam eles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, os quais exercem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores e/ou outros profissionais, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e expressando-se em atitudes e comportamentos (Brasil, 2009, p. 15).

Esse encontro de diferentes saberes, ou também chamado de cultura escolar, é composto de práticas socioculturais e comportamentos amplos e que ultrapassam as fronteiras da escola. É dentro desse aspecto que se entende e justifica-se um Programa de Saúde Escolar, inserido e integrado no cotidiano e na cultura da escola, irradiando-se dessa forma para além dos limites do espaço escolar (Brasil, 2009, p.

15). Portanto, a saúde da comunidade escolar é uma forma de cuidar em saúde de grande viabilidade para a concretização de práticas de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos que frequentam o ambiente escolar, a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade escolar, a criação de ambientes saudáveis e a consolidação de uma política intersectorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a construção de uma nova cultura da saúde (Balbino, 2010, p. 33).

A educação em saúde nas escolas pode auxiliar os indivíduos discutir comportamentos e criar espaços de reflexão sobre práticas saudáveis de vida. Apresentando-se como um ambiente privilegiado de articulação entre os conteúdos científicos e o dia-a-dia, fundamental para a saúde dos escolares. Nesse sentido, a sala de aula deve ser um espaço dinâmico, de vida, de relações interativas, no qual o prazer, a criatividade e o desenvolvimento da autonomia precisam estar presentes. (Guimarães; Aerts; Câmara, 2012 p.92).

Durante algum tempo, a educação em saúde na escola centrou sua ação nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças estavam inseridas. Era comum acontecerem ações isoladas voltadas ao trabalho para saúde, partindo de uma visão assistencialista de educação e sem discutir a conscientização acerca do tema saúde e suas inter-relações para o equilíbrio dinâmico da vida (Gonçalves *et al*, 2008, p. 182).

As políticas de saúde escolar estão enredadas por um circuito internacional de desenvolvimento de políticas, que os aspectos econômicos tem sido definidores da consecução destas estratégias internacionais, que apesar das novas roupagens os programas de saúde escolar, mantém em seus conteúdos e formas princípios ligados ao higienismo, correndo o risco de se tornarem políticas de policia medica, em um mundo cada vez menos afeito a diversidade e à solidariedade. As origens da saúde escolar na policia médica europeia e seu modelo atualizado se expandiu por todo o ocidente. O mesmo aconteceu com a temática do higienismo em que apontamos a evolução escolar, também transitando dos países centrais para os periféricos, percebendo a possibilidades do higienismo ainda prevalecer no interior das politicas contemporaneas (Lucca, 2016, p. 172-173).

Assim como nas instituições formais de tratamento da saúde, a saúde escolar iniciou-se com o sanitarismo, focando a insalubridade do ambiente escolar. Com o

desenvolvimento técnico-científico a mudança de paradigma vem sendo incorporada aos poucos, passando a focar a Promoção de Saúde, que reforça ideias como melhoria na qualidade de vida e a saúde do ser biopsicossocial (Souza, 2015, p.47). Desdobrando de forma a tentar promover a superação das mesmas, encontramos as políticas de promoção da saúde, que seguiram também a trilha aberta há algumas décadas, passando de diretrizes europeias e norte-americanas para outros países contemporâneas (Lucca, 2016, p. 173).

Neste contexto, em 1954, a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da OMS colocou a necessidade de serem realizadas, dentro do espaço escolar, diversas atividades que favorecessem a promoção da saúde, e não somente o trabalho de transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde. Nesse sentido, foi apresentada uma abordagem inicial ao conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS), sendo lançado o desafio da instituição dessas políticas de saúde dos anos de 1970 em diante. contemporâneas (Lucca, 2016, p. 172-173).

A proposta da EPS foi desenvolvida ao longo da década de 1990 como um dos desdobramentos do movimento da promoção da saúde. Sua formulação está direcionada para o desenvolvimento de práticas integradoras de saúde na escola. Desde então passou a ser divulgada com o apoio de organismos internacionais, como é o caso da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). É importante notar que foi no ano de 1995 que a OPAS lançou a proposta das EPS na América, almejando a mudança do paradigma tradicional da saúde escolar para uma educação voltada para a saúde integral. O projeto das Cidades Saudáveis na Europa teve início em 1986 com a OMS, e estendeu-se pela América, chegando a América Latina com os Municípios Saudáveis no início dos anos 90. (Lucca, 2016, p. 174; Cavalcanti; Lucena; Lucena, 2015. p. 392).

Em Portugal é possível considerar que por ser um país próximo dos centros decisórios das políticas ocidentais (apesar de ser considerado periférico na Europa), as influências e transformações ocorram muito mais rapidamente, sendo um dos países em que ocorreu o projeto piloto da Rede Europeia de EPS. O autor evidencia que políticas de cunho internacional afetaram e afetam as políticas e programas brasileiros contemporâneas (Lucca, 2016, p. 175).

E ainda no sentido da Promoção da saúde, foi realizada a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Santafé de Bogotá, em 1992, com o objetivo de discutir a importância da promoção da saúde na América Latina e debater

fundamentos, táticas e incumbências envolvidas com o progresso da saúde da população. Dessa conferência, originou-se a Declaração de Bogotá que por sua vez propõe, entre outros, a criação de condições adequadas para a construção do conhecimento que, apoiado pela participação da comunidade educativa, poderá favorecer a adoção de estilos de vida saudáveis e condutas de proteção ao meio ambiente. (Gonçalves *et al*, 2008, p. 182). Podemos compreender que importantes sistematizações e direcionamentos ocorreram a partir da criação da Rede Latino-Americana de EPS durante o Congresso de Saúde Escolar no Chile, em 1995 (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 830).

Portanto, essas discussões já preconizavam a idéia de que a promoção da saúde consiste em proporcionar à população as condições necessárias para melhorar e exercer o controle sobre sua saúde, envolvendo: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. Após a 4ª Conferência, em Jacarta no ano de 1997, elaborou-se um documento denominado Declaração das EPS, o qual preconizava que toda criança tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educada em uma EPS (Gonçalves *et al*, 2008, p. 182).

Ainda nesse contexto, na XIV Conferência Mundial em Educação em Saúde em 2011 elaborou-se um documento no qual se colocava que todos os locais onde a educação fosse 40 desenvolvida seriam espaços ideais para as aplicações das sugestões básicas citadas na Declaração de Alma Ata e na Carta de Ottawa (Gonçalves *et al*, 2008, p. 182).

Em meio a esses diversos encontros internacionais sobre o tema, onde se refletiu e se explicitou claramente a sua importância, o processo de valorização da promoção da saúde no âmbito escolar também começou a ser percebido no Brasil. As propostas inovadoras e centradas na Promoção da Saúde chegaram ao Brasil nas décadas de 1980 e 1990, tornando-se desta forma um dos pilares mais importantes da agenda internacional, criando políticas saudáveis e ambientes sustentáveis, denominadas Cidades Saudáveis e EPS contemporâneas (Lucca, 2016, p. 176).

No Brasil, apesar da existência de inspeção das escolas públicas e privadas da Corte no século XIX, a saúde escolar - ou higiene escolar - como era chamada, apenas ganhou impulso a partir do século XX, quando o país apresentava crítica situação de saúde pública, intensa imigração e êxodo rural, que contribuíram para o surgimento de epidemias (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010).

Até o surgimento da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN)

5.692/71, o tema saúde era abordado dentro do referencial curricular escolar, utilizando como designação a referência Programas de Saúde, sem ser incorporado como disciplina curricular, e sim como um trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo. O objetivo desse trabalho era levar “a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, à alimentação, à prática esportiva, ao trabalho e ao lazer, permitindo-lhes a sua utilização no sentido de preservar a saúde pessoal e a dos outros” (Gonçalves *et al*, 2008, p. 182).

Já com a nova LDBEN 9394 e a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais, a saúde no campo da educação passou a ser considerada como um tema transversal, expondo a necessidade de se assegurar uma ação integrada e intencional entre os campos da educação e saúde, uma vez que ambos se pautam, fundamentalmente, nos princípios de formação da consciência crítica e no protagonismo social pragmático e contínuo (Gonçalves *et al*, 2008, p. 182).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais, dentro do capítulo relacionado ao tema transversal saúde, sugerem que toda escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela OMS, com os objetivos de fomentar a saúde e o aprendizado em todos os momentos; integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e membros da comunidade, no esforço de transformar a escola em um ambiente saudável; implementar práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade individuais e implementar políticas que garantam o bem-estar individual e coletivo, oferecendo oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável, com a participação dos setores da saúde e educação, família e comunidade formação da consciência crítica (Gonçalves *et al*, 2008, p. 183).

Em relação ao Ensino Fundamental, o currículo tem uma base nacional comum, complementada em cada sistema de ensino, por uma parte diversificada constituindo um todo. Os conhecimentos que fazem parte da base nacional comum asseguram a característica unitária das orientações curriculares nacionais. A parte diversificada do currículo será definida pelos sistemas de ensino e pelas escolas, de modo a complementar e enriquecer o currículo, assegurando a contextualização dos conhecimentos escolares em face das diferentes realidades.

Os conteúdos têm origem nas disciplinas científicas, no desenvolvimento das linguagens, no mundo do trabalho, na cultura e na tecnologia, na produção artística, nas atividades desportivas e corporais, na área da saúde e ainda incorporam saberes que advêm das formas e cenários diversos. Os conteúdos diversificados abordam

temas abrangentes e contemporâneos que afetam a vida humana em escala global, regional e local, bem como na esfera individual. É importante pontuar que a transversalidade constitui uma das maneiras de trabalhar os componentes curriculares, as áreas de conhecimento e os temas sociais em uma perspectiva integrada (Brasil, 2013a, p. 102).

Os objetivos relacionados à saúde no ensino fundamental são de conscientizar sobre o direito à saúde, sensibilizar na busca permanente da compreensão de seus determinantes e capacitar para a utilização de medidas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde ao seu alcance. Os estudantes deverão agir com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde da comunidade; conhecer formas de acesso aos recursos da comunidade e as possibilidades de utilização dos serviços de saúde. Os conteúdos são organizados em blocos que lhes dão sentido e cumprem a função de indicar as dimensões individual e social da saúde (Brasil, 2000, p. 75).

Com a dupla preocupação ministerial, o tema da promoção da saúde na escola torna-se um eixo de importante trabalho em nível nacional, deixando clara a visão de que a escola é um ambiente de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante, no qual se adquirem valores fundamentais. A escola é o lugar ideal para se desenvolverem programas da Promoção e Educação em Saúde de amplo alcance e repercussão, já que exerce uma grande influência sobre seus educandos nas etapas formativas e mais importantes de suas vidas (Gonçalves *et al*, 2008, p. 183).

Na perspectiva da promoção da saúde, a escola deve ser vista como um ambiente protetor da saúde, pois congrega crianças e adolescentes. Em função disso, a OPAS elegeu a promoção da saúde na escola como prioridade, adotando princípios e práticas que incidam no cotidiano do corpo docente e discente; de funcionários e direção, e contribuam para uma vida pessoal mais potente, fraterna e solidária de todos os envolvidos. As estratégias de saúde escolar devem estimular a flexibilização dos currículos escolares e criar espaços institucionais para o planejamento integrado da educação e da saúde com enfoque integral e participativo (OPAS, 2003).

As discussões sobre a promoção e educação em saúde nas escolas poderão incluir a operacionalização de programas que promovam a melhoria da qualidade de vida. Devem fortalecer a capacidade individual e social para fazer o enfrentamento dos condicionantes da saúde; e ter uma visão integral do ser humano, considerando

as pessoas dentro dos seus ambientes familiares, comunitários e sociais. Com isso, promovem autonomia, criatividade, participação de alunos, professores e funcionários nas discussões sobre a escola e o ambiente escolar (Guimarães; Aerts; Câmara, 2012, p.91).

A Promoção da Saúde é considerada uma importante estratégia para a superação do desenvolvimento de ações meramente curativas e individuais direcionadas à saúde. Gomes (2009) considera que a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pode ser um importante mecanismo capaz de trazer avanços que possam contrapesar as ações meramente curativas e individuais por intermédio de ações de promoção de saúde.

O autor ainda indica que tais ações se expressam não apenas no que concerne ao entendimento do que seja a saúde, mas também na forma de organização dos serviços. No caso da Promoção da Saúde, observa-se que o próprio entendimento quanto à sua conceituação reflete em alguns empecilhos. Ressalta-se que ao longo dos anos seu conceito tem sofrido alterações, acompanhadas da conjuntura social, política e econômica de cada período (Cavalcanti; Lucena; Lucena, 2015. p. 388).

Há também mudanças na visão sobre os papéis e as responsabilidades assumidas através das parcerias e articulações em torno das estratégias de promoção da saúde na escola. Entendendo-se que há necessidade de forte conexão entre escolas e serviços de saúde para favorecer a interconexão de saberes e a participação de ambos a partir de objetivos comuns. As ações dos profissionais de saúde nas atividades intersetoriais precisam criar vínculos e envolver os professores de forma participativa, respeitando os diferentes saberes e necessidades (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 836).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), juntamente com a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico e o Ministério de Saúde, publicaram algumas considerações identificando a importância da realização de um trabalho interligado entre os âmbitos da saúde e da educação na infância, como estratégia essencial para a melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes (UNESCO, 2002; UNICEF, 2001).

São valorizadas as iniciativas com participação ativa dos estudantes e as atividades de empowerment com objetivo de formar agentes multiplicadores e

valorizar o surgimento de líderes entre os próprios jovens. As atividades em saúde no ambiente escolar devem favorecer uma ação mais reflexiva e crítica do conceito de saúde, com investigação de demandas e temas pertinentes à comunidade escolar e particularmente aos escolares (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 836).

Mediante todo esse contexto, há importantes desafios da promoção da saúde na escola a serem conquistados. Estes desafios remetem a três conceitos que podem e devem ser aprimorados e problematizados na perspectiva de atuação em saúde escolar, são eles: intersectorialidade, interdisciplinaridade e participação ampla de profissionais, pais, estudantes e comunidades nas diversas etapas dos projetos e ações (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 836).

No estudo de Casemiro, Fonseca e Secco (2014, p. 838), o cenário latino-americano revela a persistência de iniciativas centradas na doença e em suas formas de transmissão, de ações de triagens e de construção de perfis epidemiológicos e de estratégias educativas relacionadas à transmissão de conhecimentos sobre prevenção, higiene e primeiros socorros. Em grande medida têm sido atividades que, desconsiderando o contexto local e o espaço da vida, apresentam uma lista de regras de controle de risco nem sempre possíveis de serem vivenciadas que acabam por culpabilizar a população pelo seu não cumprimento.

As respostas de como enfrentar realidades com suas adversidades, precariedades e riscos à saúde, certamente não está sob o domínio de nenhum profissional isoladamente por mais bem intencionado que esteja. Na verdade, ainda que uma parte da resposta possa estar com os profissionais de saúde e educação em suas diversas especialidades, com certeza parcela importante e essencial encontra-se com os estudantes, as famílias e a comunidade. Trata-se, portanto de um campo interdisciplinar complexo e desafiador (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 839).

Deste modo para que seja possível construir processos educativos visando à existência de vidas mais saudáveis, e também ambientes mais favoráveis para a promoção da saúde no ambiente escolar, é preciso que a educação e a saúde caminhem juntas. Porém, a educação ainda é vista, por muitos, como atribuição somente da escola e dissociado dos processos de aprendizagem e saúde. E as questões de saúde ainda são vistas como atribuição apenas de profissionais da saúde sem integrar as ações com outros profissionais. Havendo mudança dessa realidade, poderão ser estabelecidas relações de trocas de saberes entre a educação e o serviço de saúde, através de ações coletivas entre os processos educativos e os de saúde e

doença (Balbino, 2010, p. 36).

Na pesquisa realizada por Penso et al, 2013, p.548, destacou-se o reconhecimento da necessidade da integração entre saúde e educação, apontada como vantajosa por parte dos entrevistados. Além disso, os sujeitos das pesquisas, profissionais de saúde, citaram o excesso de burocracia e a falta de recursos humanos e de tempo como uma importante dificuldade. A burocracia é mencionada como fator impeditivo de viabilização da parceria entre a saúde e a educação, e quanto à falta de tempo, os sujeitos relataram que para um profissional sair da unidade de saúde e ir à escola é preciso autorização do seu chefe, pois não pode deixar de atender no serviço de saúde para ir à escola.

Essas realidades são apontadas como um fator dificultador do planejamento conjunto e sistematizado de ações no cuidado em saúde no âmbito escolar. Dessa forma, fica evidente a importância da implementação de estratégias de saúde integradas com o sistema educacional, suas unidades de ensino e suas representações políticas, sem deixar de considerar como essencial a formação e qualificação dos profissionais, na expectativa de que essas estratégias fomentem mudanças individuais e organizacionais necessárias (Balbino, 2010, p. 25).

Nesse contexto, cada participante possui suas atribuições, aos trabalhadores da saúde e cabe a capacitação de professores para a abordagem de temas relacionados à saúde, assessorando a comunidade escolar na identificação de problemas e prioridades que deverão desembocar no desenvolvimento de atividades educativas de promoção da saúde. Aos professores cabe a criação de estratégias que incidam, de forma positiva, na vida de crianças e adolescentes; possibilitando o diálogo, a reflexão crítica e criativa e o desenvolvimento de relações, o que potencializa a formação de alianças e lideranças positivas. Ao estado cabe estimular alternativas intersetoriais que promovam a saúde, e desenvolver políticas públicas capazes de produzir espaços limpos e seguros; de fortalecer a cultura da paz; de ofertar alimentos com pouca quantidade de gorduras, farináceos e açúcares; de estimular a criação de comportamentos saudáveis; e de reforçar o poder de decisão e participação dos jovens.

Além disso, é fundamental a parceria com as comunidades e famílias, que também podem possibilitar que crianças e jovens se sintam acolhidos e protegidos e, com isso, modifiquem seus estilos de vida de forma a torná-la mais solidária e saudável (Guimarães; Aerts; Câmara, 2012 p.93).

Portanto, a efetivação da saúde escolar como política pública de promoção da saúde e de garantia de qualidade de vida exige coordenação e planejamento intersetoriais, com definição de orçamento adequado e coerente com o discurso construído acerca de uma noção ampliada de saúde e de uma educação integral que vem sendo produzido e divulgado na Região. Requer a definição de iniciativas interdisciplinares selecionadas a partir de diagnóstico local da realidade, com identificação dos problemas reais e das soluções viáveis em cada escola de forma a contribuir para a autonomia e o empoderamento dos sujeitos diante dos direitos fundamentais relacionados ao tema da saúde escolar: direito à saúde, à educação, à alimentação e à vida digna (Casemiro; Fonseca; Secco, 2014, p. 839).

Dessa forma, a saúde escolar é concebida como um ambiente de vida da comunidade em que a escola está inserida, cujo referencial para ação deve ser o desenvolvimento do educando, como expressão de saúde, com base em uma prática pedagógica participativa, tendo como abordagem metodológica a educação em saúde transformadora. Uma visão intersetorial poderá se constituir em um caminho, quando se objetiva a promoção da saúde e educação de crianças e adolescentes no Brasil.

Saúde, educação e desenvolvimento são conceitos que não podem caminhar sozinhos. Educação em saúde vai além de ações pedagógicas para garantia de serviços de saúde, é o desenvolvimento de possibilidades geradoras de mudanças pessoais e sociais, promovendo sentido à vida (Gonçalves *et al*, 2008, p. 190).

3.1.3 Programa Saúde na Escola: uma estratégia inovadora entre duas áreas do conhecimento

Em conformidade com Gomes (2012, p. 33), no decorrer dos anos, com a mudança da concepção de saúde, a visão do processo ensino-aprendizagem também foi sendo modificado. Isso possibilitou o desenvolvimento de uma nova perspectiva para se pensar educação e saúde, levando em consideração suas interfaces. Os programas de saúde escolar foram sendo organizados, estruturados e desenvolvidos considerando diferentes representações de concepções sobre saúde e sobre educação, o que contribuiu para repercutir em práticas de saúde na escola.

A política brasileira de saúde escolar dos anos 1970, guiadas pelo duro cenário das ditaduras militares. A saúde era assistencialista e não universalizada, a educação era excludente, apesar de iniciativas para aumentar o número de

matriculados e, a assistência social era assistencialista, cuidada pelas “políticas das primeiras damas” (as esposas de dirigentes do executivo). Como era de se esperar, a saúde escolar deste período privilegiou os conteúdos e a implantação de serviços médicos de saúde nos espaços escolares (Lucca, 2016, p. 175).

No Brasil, desde 1889, com o surgimento de problemas de saúde pública, criou-se um serviço de Inspeção Higiênica, apontado como uma das primeiras medidas governamentais relativas aos Serviços de Saúde Pública e posteriormente estendidos ao ambiente escolar, sendo, na época, reconhecido como ambiente intermediário e responsável também por ações de saúde na escola (Pires *et al*, 2012, p. 669).

É imperioso lembrar que ao final da ditadura civil-militar em 1984 após terem sido identificados problemas de saúde que interferiam no processo ensino-aprendizagem, instituiu-se o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) com o objetivo de promover a saúde do escolar do ensino fundamental da rede pública por meio do desenvolvimento de ações educativas, preventivas e curativas. Ao longo dos anos, o PNSE foi sendo alterado até que a partir de 2006 o programa passou por reformulações e ampliações que preanunciaram a instituição do PSE em 2007 (Lucca, 2016, p. 117).

Ainda e meados dos anos 1990, já com a implantação do SUS, a perspectiva da saúde escolar se mantinha pautada pelas ações curativas. Porém, através da influência das políticas internacionais de promoção da saúde e das EPS, iniciou-se um esforço nacional para a implementação do conceito de EPS tendo como umas de suas expressões a implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), em 2004, e a PNPS, aprovada em 2006, cujos fundamentos remontam à Carta de Ottawa (Lucca, 2016, p. 175; Brasil, 2006).

O incentivo da Organização Pan-Americana de Saúde para estratégias chamadas de Iniciativa Regional EPS, permitiu iniciar as mudanças conceituais e metodológicas no âmbito da promoção da saúde, na saúde pública e suas ações no cenário escolar, deslocando em processo lento a lógica da saúde escolar como uma polícia médica e do sanitarismo, para uma realidade de educação em saúde e formação de conhecimento e aprendizado (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010, p. 399).

Resultado de movimentos em busca da redução de custos e de melhor efetividade nas ações em saúde, entre 1974 até os anos 2000 ocorrem diversos

congressos e conferencias das quais surgem os documentos norteadores para as políticas de promoção da saúde, das escolas promotoras de saúde, das cidades saudáveis, etc. No Brasil, a promoção da saúde tem suas discussões formalizadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998, culminando em 2006 na primeira versão da proposta desta política, revista em 2014. Este plano de fundo somado ao processo histórico das políticas que integram saúde e educação alcançam entre 2006 e 2007 a formulação do PSE que substitui o PNSE de 1984 (Lucca, 2016, p. 175).

As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira são projetadas para se unirem a fim de promover saúde e educação integral. O marco mais atual nessa perspectiva, é a instituição do Programa Saúde na escola (PSE) por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, visando um trabalho integrado entre o MS e o Ministério da Educação (MEC), na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (Brasil, 2009, p. 20).

O PSE propõe-se a contribuir para a promoção de saúde na escola, tendo a educação em saúde como um de seus pilares fundamentais. A Portaria nº 1.861/2008 define que a “[...] programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no projeto político pedagógico de cada uma das escolas [...]” para que os objetivos desta política sejam alcançados (Brasil, 2008, p. 2). Ocorre, desta forma, o reforço da educação em saúde como mais uma tarefa a ser realizada pelo coletivo de educadores e profissionais da instituição escolar. (Barbieri; Noma, 2013, p. 2).

Os principais objetivos deste Programa governamental são: promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca; e fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos

três níveis de governo (Brasil, 2013b, p. 11).

Desenvolvida de forma articulada ao Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia saúde da família (ESF), é divulgada como um programa de caráter intersetorial, uma vez que se dá mediante articulação entre MS e MEC (Brasil, 2007). Segundo os documentos orientadores desta política, a escola é compreendida enquanto um ambiente amplo, cenário não somente do processo de ensino aprendizagem, mas de relações sociais que interferem diretamente na produção social da saúde. Por isso, o PSE se propõe a contribuir para a construção de uma escola capaz de proporcionar o desenvolvimento integral dos educandos e promover o acesso da comunidade escolar em programas de saúde de modo a formar cidadãos críticos e capacitados para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o seu desenvolvimento (Barbieri; Noma, 2013, p. 14).

O PSE é um programa que faz parte de uma política pública voltada à intersetorialidade, que se propõe a consolidar um novo desenho de política de educação e saúde, tratando de forma integral e articulada estes complexos, com vistas à formação ampla para a cidadania e uso dos direitos humanos, fundamentando-se na Intersetorialidade. Há um desafio da gestão compartilhada, em que os saberes científicos, populares e locais são levados em consideração, incluindo os sujeitos e a participação numa troca dialógica (diálogo), encontro que se produz o novo; e na integralidade por meio de encontro de saberes guiados por políticas de garantia da saúde e educação como um direito universal (Bueno, 2012, p. 13).

Cavalcanti; Lucena; Lucena (2015. p. 394), quando reporta em seu estudo particularmente as ações intersetoriais entre a saúde e a educação na perspectiva da promoção da saúde, pontua que as mesmas estão sendo cada vez mais necessárias no cenário escolar. Crianças e adolescentes têm se mostrado extremamente vulneráveis no ambiente escolar, o que faz da escola um cenário perfeito para que as ações de promoção da saúde sejam desenvolvidas.

Entretanto, o que a literatura também aponta é a dificuldade que persiste no desenvolvimento de ações intersetoriais entre esses setores. No rol das dificuldades apontadas encontra-se, a dificuldade em desenvolver ações que sejam convergentes com o conceito ampliado de saúde. O PSE aponta as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar.

Brasil (2007, p.1) refere que as equipes de saúde da família deverão realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas, e isso inclui ações de avaliação, prevenção e promoção. Portanto, não é solicitado que exista uma equipe de saúde ou a presença de um enfermeiro, técnico de enfermagem ou outro profissional da saúde que fique lotado permanentemente do espaço escolar para realizar ações de saúde na escola, pois há um entendimento de que o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico, mas deve ser utilizado para triagens, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo.

Deste modo, o PSE pontua a importância das ações serem desenvolvidas pela comunidade escolar junto à equipe saúde da família, a qual já acompanha, pela unidade de saúde, os educandos que estudam em determinada escola, visto que aquele espaço faz parte do seu ambiente adscrito de atuação. Devendo compreender ações de promoção, prevenção e assistência em saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2011, p.6; Brasil, 2013b, p. 12).

A proposta do PSE é centrada na gestão compartilhada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução, monitoramento e a avaliação das ações são realizados coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. O trabalho no GTI pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes, compartilhamento de poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais (Brasil, 2013b, p. 5).

Percebe-se assim, que o PSE é uma estratégia muito importante da atenção básica, podendo atuar como um elo aproximador entre a comunidade escolar e a rede de atenção básica em saúde. Dessa forma, o PSE surge diante de todo esse contexto, retomando os princípios e intenções da atenção primária à saúde, integrando e reforçando fatores como promoção da saúde, qualidade de vida, gestão local, fatores sociais e novos estilos de políticas públicas e saúde integral (Paramo, 2010, p. 121).

Em 05 de agosto de 2015 foi instituída a Portaria Nº 1.130, a qual institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. Essa Portaria considerou inúmeros decretos e portarias anteriores no âmbito da saúde da criança, assim como o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que

institui o PSE, no âmbito dos MS e MEC (Brasil, 2015a).

Nesse contexto, considerando a atual dimensão e complexidade das políticas públicas e a necessidade de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos desta Política para promover a integralidade do cuidado da criança, articulando as ações de saúde em todos os níveis de atenção, alinhando com a definição das condições estruturais necessárias para a implementação em todas as esferas de gestão do SUS, o PSE está contemplado na nova portaria nº 1.130 e é uma importante estratégia que contribui para atenção integral à saúde da criança (Brasil, 2015a).

Ressalta-se ainda a importância de que a prática de saúde inserida na atenção à saúde da criança e jovens na rede básica de saúde deveria priorizar as ações promoção de saúde. Estas ações devem ser compartilhadas pela equipe de profissionais da unidade básica de saúde, de maneira que cada um desenvolva ações conjuntas em prol de uma melhor assistência à criança e ao adolescente. Porém, o que vemos na prática são as ações de saúde ainda inseridas em um contexto centrado no modelo biomédico hegemônico, dificultando atingir a saúde integral dos escolares (Novaczyk; Dias; Gaíva, 2008, p. 1131).

Na pesquisa realizada por Paramo (2010, p. 127) os jovens sugeriram que as ações e concepções do PSE na Colômbia sejam revistas, a fim de alcançarem uma ação na saúde na escola mais integral e exemplificaram com a sugestão de aumentar as ações de saúde, além de estratégias que promovam mais a saúde mental e que atendam as necessidades e realidades vividas por determinada comunidade escolar. O que demonstra a necessidade de discussão e aprimoramento contínuo do programa.

Percebemos a necessidade de investimento nas possibilidades nas quais a educação e a saúde fomentem cada vez mais resistências à constituição de identidades e de maneiras de viver, agir, sentir e pensar sujeitadas, regulamentadas e controladas. A partir desse ponto, elaborar dispositivos que retomem as necessidades dos educandos, promovendo assim uma saúde escolar de qualidade, colaborando com ações conjuntas entre governo, escola, saúde e comunidade (Barros, 2013, p. 379).

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (Brasil, 2013b, p. 4).

Portanto o PSE apresenta-se como uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Sua sustentabilidade e qualidade dependem da ação dos profissionais envolvidos, desenvolvimento de estratégias eficazes, políticas e comprometimento de toda sociedade.

Segundo manual de orientações do Programa, a ideia central do PSE é desenvolver em cada sujeito a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de forma que possa desenvolver atitudes e comportamentos adequados a uma boa qualidade de vida. Neste contexto, os profissionais de educação e de saúde devem ter atitude de empoderamento dos princípios básicos da promoção da saúde, bem como toda a comunidade escolar. Para alcançar seus objetivos e metas, o PSE está estruturado em três grandes componentes que devem ser articulados ao projeto político-pedagógico das escolas (Barbieri; Noma, 2013, p. 10).

O Componente I trata da Avaliação das Condições de Saúde com o objetivo de avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentem alguma alteração possam ser encaminhados para atendimento e acompanhamento. O Componente II aborda a Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos atuando na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde devendo perpassar todas as ações do Programa. E o Componente III trata da Formação e Capacitação, pensando no processo de formação das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE, assim como a formação de jovens para atuarem como multiplicadores (Brasil, 2013b).

As práticas de promoção da saúde que estão sendo abordadas nesse trabalho estão inseridas no componente II do PSE, o qual refere-se às ações de promoção da saúde e prevenção, tais como: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção da cultura de paz e Direitos humanos; Saúde Mental; SPE: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids, prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; prevenção de acidentes; saúde ambiental e práticas corporais e atividade física (Brasil, 2011, p. 18).

Na prática, percebe-se que esse eixo ainda é pouco abordado quando se fala em saúde na escola, visto que sabemos que promoção da saúde é um dos principais pilares da atenção básica esta discussão participativa deve ser incentivada e realizada nas escolas. As práticas de promoção da saúde deveriam perpassar todas as ações do Programa. As ações do componente II visam garantir oportunidades a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem,

portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde.

O encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde potencializa o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, provocando efeitos no desenvolvimento saudável e protagonismo do educando e da comunidade onde vive, permitindo que realize opções que melhorem sua qualidade de vida (Brasil, 2013b, p. 56).

No município de Sobral, em relação ao componente II, estão sendo planejadas e realizadas formações de profissionais de educação e saúde para atuarem nessa perspectiva da promoção da saúde, usando metodologias ativas e participativas para abordagem das temáticas. Os profissionais participantes das capacitações são profissionais que compõem a equipe do PMF (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário), profissionais da comunidade escolar (professores, diretores, coordenador pedagógico e merendeiras), profissionais de e e Unidades Básicas de Saúde vinculados às escolas pactuadas.

As ações de capacitação realizadas para esses profissionais, até o momento, são ações de promoção de alimentação saudável, atividade física, saúde mental, prevenção de violência e ações de prevenção de DSTs, saúde sexual e reprodutiva. Além disso, com a integração da educação e saúde no Grupo de Trabalho Intersectorial – Municipal (GTI-M), da escola de saúde pública Visconde de Sabóia está sendo possível conhecer o trabalho que já vem sendo realizado por esses seguimentos, e partir disso, está sendo proposta a realização das ações de promoção da saúde de forma articulada entre saúde-educação com a participação de diversos setores, como o Setor de Alimentação Escolar, Coordenação de nutrição, Coordenação de Educação Física, Universidade estadual Vale do Acaraú, Coordenação de DST/AIDS, Centro de Controle de Zoonoses, reuniões com os pais, atuação das Unidades de saúde, escolas, e outros. Fomentando assim, a atuação de todos esses atores nas ações de promoção da saúde (Sobral, 2024).

O MS em um documento do PSE sugere trabalhar as temáticas por meio de metodologias participativas e ativas de aprendizagem, porém superar e compor junto com as tradicionais ações de repasse de informações relevantes é um grande desafio das ações desse componente. A potência do encontro entre saúde e educação pode revelar aqui uma de suas vertentes mais interessantes. À medida que os profissionais da área da saúde e da educação propõem-se a planejar, executar e avaliar as ações

coletivamente poderão trocar saberes sobre as práticas pedagógicas mais atraentes e contundentes para abordagem dos temas de promoção da saúde (Brasil, 2013b, p. 34).

No entanto vale destacar que existem outros desafios em todo esse contexto, Cavalcanti; Lucena; Lucena (2015. p. 396) consideram que o processo de formação profissional, apesar de críticas, ainda segue baseado na lógica da especialidade, fazendo com que os profissionais tendem a desempenhar suas práticas dentro dos limites de suas áreas de atuação. Sendo comum a estes profissionais contarem com a sobrecarga de responsabilidades e atribuições dentro de seus setores, o que dificulta a possibilidade de romper com o conservadorismo presente nas ações desenvolvidas. Além disso, a precarização dos serviços e recursos materiais e humanos da atenção básica, também se apresenta como um dificultador do desenvolvimento do PSE. Pois é nesse contexto de dificuldades que se estabelece a articulação do ESF e escolas ao PSE.

Outro fato desafiador é quanto ao conceito de promoção da saúde por parte dos profissionais. Eles consideram como algo de extrema importância a ser trabalhado no ambiente escolar, porém ainda apresentam uma visão muito limitada, resumindo-a ao desenvolvimento de hábitos alimentares e de higiene. O entendimento referente ao conceito de promoção da saúde é um grave problema que compromete seu alcance (Cavalcanti; Lucena; Lucena, 2015. p. 396).

Graciano (2014, p.7), em pesquisa similar junto a professores do ensino fundamental, adverte sobre o aspecto prejudicial de os profissionais que atuam no PSE não trabalharem em sintonia em relação à compreensão do que seja promoção da saúde. Segundo a autora: “As professoras apresentaram uma tendência em direcionar o conceito de promoção da saúde às características da prática profissional e às condições de vida dos escolares”.

Cavalcanti; Lucena; Lucena (2015. p. 397) aponta em seu estudo que é importante assinalar que os documentos do PSE analisados apresentam diretrizes voltadas para o contexto nacional sem intuir aos gestores a necessidade de considerarem suas realidades locais na priorização das demandas a serem respondidas pelo PSE. É preciso existir o reconhecimento de que as escolas públicas e seus entornos apresentam demandas internas para além do que está disposto no componente II e que isto deve ser considerado.

Além disso, outro desafio é a participação e envolvimento dos diversos

setores, pois na maioria das vezes o setor saúde tem feito a condução das propostas do PSE, tanto no contexto de ações quanto na formulação e normatização do programa Para Gomes (2012, p. 21), isso é evidenciado no fato de que das oito Portarias que regulam o PSE, cinco foram emitidas pelo MS, e quanto no contexto da atuação e participação a equipe da saúde também tende a ser mais atuante do que a equipe escolar. Vale ressaltar que para que as ações de educação em saúde nas escolas atenda aos seus objetivos e necessidades reais da comunidade escolar é importante proporcionar a integração desse programa no currículo das escolas, devendo também explorar novas estratégias e técnicas participativas e de educação em saúde que possibilitem a reflexão crítica da realidade e mudanças de comportamentos.

Logo, para desenvolver o PSE deveriam ser utilizadas abordagens de educação em saúde baseadas na realidade e necessidades dos educandos, como uma ferramenta de educação no âmbito da saúde e educação. Visando a construção de novos conhecimentos sobre as diversas temáticas e mesmo que não sejam absorvidas de imediato, podem favorecer um repensar de atitudes. Dessa forma, o PSE estará atuando como um elo entre a comunidade escolar e o serviço de saúde, por meio de um trabalho conjunto e com ações integradas.

Verifica-se que, de fato, o PSE apresenta um caráter inovador no tocante à política de saúde escolar, pois além de propor uma atuação que rompe com o caráter meramente assistencialista das práticas, expressa por intermédio de propostas que preconizam o trabalho direcionado à promoção da saúde, e na intersetorialidade como mecanismo central dessas ações. É perceptível diante da literatura, que o PSE tem contribuído para a melhoria do aspecto assistencial dos estudantes, porém, a participação social, o empoderamento, a utilização de ações multiestratégicas seguem como um importante desafio a ser enfrentado pelo Programa (Cavalcanti; Lucena; Lucena, 2015. p. 399

3.1.4 Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão, desafios e perspectivas

O moderno movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento intitulado “A new perspective on the health of Canadians”, conhecido como Informe Lalonde. Este foi o primeiro documento oficial a utilizar o termo ‘promoção da saúde’, inserindo o campo no contexto do pensamento

estratégico. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o United Nations Children's Fund (Unicef), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em AlmaAta, considerada um dos eventos mais significativos para a saúde pública mundial, com alcance em quase todos os sistemas de saúde do mundo (Buss, 2009).

A partir de então, uma série de iniciativas se configuraram em conferências internacionais que resultaram em significativos produtos (Dias *et al.*, 2018). Dentre eles, a Carta de Ottawa representa o documento oriundo da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, como resposta a um movimento mundial, considerando as crescentes expectativas por uma nova saúde pública (Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 2002).

No Brasil, a partir da década de 1980, diversos acontecimentos contribuíram para que a promoção da saúde fosse incorporada como uma nova filosofia na prática inerente às políticas de saúde, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e a Constituição Federal de 1988, por meio da qual o Estado brasileiro assumiu como objetivos a redução das desigualdades sociais e regionais. Neste contexto, surgiu o SUS, e, de acordo com as deliberações das conferências nacionais de saúde, considerando um amplo processo de discussão, foi possível um movimento indutor para definição e institucionalização da PNPS, como um esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde em um cenário socio-histórico cada vez mais complexo (Brasil, 2010; Dias *et al.*, 2018).

De acordo com Czeresnia e Freitas (2003), a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi considerada um sinalizador da vitalidade de uma produção científica própria, capaz de propor mudanças na estruturação das políticas de saúde brasileiras. A década de 1980 pode ser representada, ainda, pela associação da conquista da saúde ao processo de democratização da sociedade brasileira, considerando que a saúde da população resulta da forma como é organizada a sociedade.

O início da institucionalização da promoção da saúde, no SUS, ocorreu a partir da criação de um Comitê Gestor, por meio da Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005, com a finalidade de consolidar a proposta da PNPS, definir a condução da implantação nas diferentes Secretarias do Ministério da Saúde, articular e integrar as

ações de promoção da saúde no âmbito do SUS. Inicialmente, o Comitê foi composto apenas por entidades e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. Posteriormente, passaram a integrar o colegiado, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), por meio da Portaria MS nº 1.409, de 13 de junho de 2007; e, a partir da publicação da Portaria MS nº 1.571, de 19 de julho de 2012, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (Brasil, 2015a).

A PNPS foi aprovada por meio da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, como um compromisso da gestão do Ministério da Saúde para a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. O esforço para construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, está em consonância com a busca pela formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e a recuperação da saúde. Neste contexto, a aprovação da PNPS levou em conta a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS, agregando as diretrizes operacionais e os componentes do Pacto pela Saúde – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2010).

Malta *et al.* (2016) sistematizaram a caminhada referente à PNPS em três períodos. O período de 1998 a 2004 representado pelo embrião da PNPS; durante o período compreendido entre 2005 e 2013, houve o nascimento, crescimento e desenvolvimento da política; e, no período de 2013 a 2015, a ocorrência do processo de revisão, ampliação e divulgação da PNPS.

O objetivo geral da PNPS consiste em promover a equidade e a melhoria das condições de vida e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde, decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2014).

A Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que redefiniu a PNPS (Brasil, 2014), estabeleceu como diretrizes, o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; o incentivo à gestão democrática, participativa e transparente; a ampliação da governança no

desenvolvimento de ações de promoção da saúde; o estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências; o apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde; a incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica, por meio de ações intersetoriais; e a organização dos processos de gestão e planejamento dessas ações, de modo transversal e integrado.

Segundo Dias *et al.* (2018), dentre os documentos que podem ser considerados no desenvolvimento e implantação da PNPS, destacam-se: Portaria nº 687/GM/MS, de 2006, que aprovou a PNPS, estabelecendo as bases para atuação do Estado Brasileiro no campo da promoção da saúde; Decreto nº 6.286, de 2007, que instituiu, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Portaria nº 1.409/GM/MS, de 2007, que instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, com as atribuições de consolidar a implementação da PNPS e a Agenda Nacional de Promoção da Saúde; Portaria GM/MS nº 719, de 2011, que instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS, a ser implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, com o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. Os autores identificaram, ainda, interfaces da PNPS com documentos de gestão orientadores da política nacional de saúde. Dentre esses documentos, destaca-se o Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

Verificou-se que compete às esferas de gestão federal, estadual e municipal, o estabelecimento de instrumentos e de indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da PNPS. Entretanto, não foram identificados indicadores específicos, nem o componente 'Avaliação' no documento oficial da política (Brasil, 2010; Brasil, 2014). Embora o campo da promoção da saúde não tenha seus limites contornados no setor saúde,

Dias *et al.* (2018) identificaram a interface da PNPS com as demais políticas, programas e projetos vinculados, considerando a transversalidade da promoção da saúde. Segundo Bueno, Moysés e Bueno (2017, p. 52), "a intersectorialidade como princípio, configurase em todas as práticas no campo da promoção da saúde". Dessa

forma, é fundamental o estabelecimento de parcerias com todos os setores da administração pública, com organizações privadas e do terceiro setor, para o desenvolvimento de políticas públicas vinculadas à garantia de direitos de cidadania e à autonomia de sujeitos e coletividades (Malta *et al.*, 2009).

Bueno, Moysés e Bueno (2017) abordaram, em um estudo sobre a revisão da PNPS, a importância da relação estruturante que a promoção da saúde apresenta com o desenvolvimento sustentável e o protagonismo social, destacando-se a necessidade de atuação sobre os determinantes sociais da saúde, considerando os condicionantes étnico-raciais e de gênero, as condições de vida no trabalho, o planejamento urbano e rural, a mobilidade, a acessibilidade, e a violência.

Devido aos avanços e desafios das transformações sociais (Rocha *et al.*, 2014), do contexto nacional e internacional (Brasil, 2015), associados à necessidade de articulação de agendas e à pequena participação social na elaboração da PNPS, o Ministério da Saúde e o Grupo Temático (GT) de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Abrasco propuseram sua revisão, pois, em seu processo de formulação, somente as instituições de ensino e pesquisa e o GT estiveram presentes. Dessa forma, a atuação de um segmento restrito ou ponto de vista não é suficiente para atender às necessidades, sendo fundamental o apoio à transparência e à participação democrática (Rocha *et al.*, 2014).

O olhar reducionista, que considera a centralidade das ações específicas no desenvolvimento da PNPS, foi problematizado nos movimentos de revisão a que esta foi submetida, do final de 2013 ao início de 2014, com a expectativa de que a nova versão da política possa ampliar as possibilidades de ações, considerando os determinantes da saúde, bem como os contextos territoriais e a capacidade de contribuição destes (Dias *et al.*, 2018).

O processo de revisão foi realizado por meio de uma parceria entre membros do GT Promoção da Saúde da Abrasco, do Comitê Gestor da PNPS e do Ministério da Saúde, incluindo a equipe do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, e a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS). Participaram membros de diferentes segmentos, como gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais, profissionais de instituições de ensino superior, e representantes de instituições fora do setor saúde (Rocha *et al.*, 2014; Brasil, 2015).

Este processo de revisão, ocorrido de forma ampla, democrática e

participativa, aponta para a necessidade de articulação com outras políticas públicas, devido à impossibilidade do setor saúde responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes, reconhecendo que as ações de promoção e prevenção precisam ser realizadas de forma articulada com outras políticas públicas, com as demais esferas de governo e com a sociedade civil organizada (Brasil, 2015; Malta *et al.*, 2016).

De acordo com a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (Brasil, 2014), que redefiniu a PNPS, esta política pública está baseada em um conceito ampliado de saúde, considerando um conjunto de estratégias para produzir saúde, em âmbito individual e coletivo, com articulação e cooperação intra e intersetorial, além da formação da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de articular suas ações com as demais redes de proteção social, considerando a participação e o controle social.

Segundo a mesma Portaria (Brasil, 2014), são valores fundantes no processo de efetivação da PNPS, a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social. Ainda, a Portaria estabelece, como princípios da PNPS, a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.

A prevenção, diferentemente da promoção, buscaria que os indivíduos ficassem isentos das doenças, ao se orientar em ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco. Dessa forma, o foco da prevenção acaba direcionado à doença, e aos mecanismos geradores, de modo a atuar nos fatores que a geram ou precipitam. A promoção da saúde possui um enfoque mais amplo e abrangente, ao procurar identificar os acrodeterminantes do processo saúde-doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Suas estratégias são integradas e intersetoriais, supondo uma efetiva participação da população, desde a formulação até a implementação (Buss, 2009). Além da intersetorialidade, é fundamental a criação de redes de corresponsabilidade, a fim de buscar a melhoria na qualidade de vida (Malta *et al.*, 2018).

Dentre os limites ou dificuldades identificadas por Dias *et al.* (2018), destaca-se a falta de estrutura na atenção básica, recursos financeiros limitados para as práticas de promoção da saúde, ausência de cobrança da aplicação dos recursos, falta de avaliação da política, escassez de recursos humanos, dificuldade de transportes, falta de adesão da população, burocratização dos processos de trabalho,

sobrecarga de atividades na atenção básica, desconhecimento da PNPS por trabalhadores e pela população. Os autores identificaram, ainda, a falta de indicadores para avaliação e monitoramento das ações de promoção da saúde. Além disso, segundo

Petermann e Kocourek (2020), existe uma carência de estudos empíricos sobre a PNPS, que possibilitem mensurar o impacto dessa política pública na saúde dos brasileiros. O desafio para o gestor federal do SUS consiste em estabelecer uma política transversal, integrada e intersetorial, articulada com diversas áreas e setores, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade visando a melhoria da qualidade de vida da população. Neste sentido, o setor saúde traz consigo o desafio de construir a intersectorialidade, em um cenário que exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros, que extrapolam o âmbito da saúde (Brasil, 2010).

Segundo Dias *et al.* (2018), apesar de a PNPS estar normativamente bem consolidada, caracterizando um avanço verificado no desenvolvimento institucional do Estado brasileiro, a simples edição de normas legais não é condição suficiente para sua efetivação, e os desdobramentos práticos destas normas devem ser concretizados por ações e serviços públicos de acordo com a promoção da saúde em todo o país. A PNPS alcançou êxito ao conseguir inserir programas de promoção da saúde na programação orçamentária, com avanços em projetos, parcerias, capacitação de recursos humanos e mobilização social. Porém, o avanço na intersectorialidade ainda constitui um desafio para a política, ao buscar articulação com diversos setores e em todas as esferas de governo (Malta *et al.*, 2016).

A promoção da saúde, ao atuar no enfrentamento de iniquidades intra e inter-regionais, possui potencial para fortalecer os princípios do SUS, e para favorecer a promoção da equidade (Rocha *et al.*, 2014). No entanto, os avanços obtidos podem estar ameaçados em casos de crises políticas, econômicas e institucionais, configurando incertezas para o futuro das políticas sociais. Cortes orçamentários a nível federal, podem afetar municípios e estados resultando em retração da oferta de ações e serviços do SUS, incluindo os previstos na PNPS e que dependem de esforços intersectoriais. Estes fatores, associados a uma tendência de fragilização do papel regulatório do Estado, indicam dificuldades para a sustentabilidade da PNPS, e do próprio SUS (Malta *et al.*, 2018).

Ainda, a PNPS necessita de articulação com as demais redes, como a rede de proteção social, a qual a saúde faz parte, com a assistência e com a

previdência social. Dessa forma, a articulação intersetorial deve estimular, na construção de determinadas políticas, que os demais setores considerem fatores e condições de vulnerabilidade, riscos e potencialidades da saúde que afetam a vida da população, incluindo a saúde na composição das agendas de todas as políticas públicas (Brasil, 2015).

Além disso, o baixo número de publicações nos últimos anos, reforça a necessidade de mais estudos sobre a PNPS no contexto brasileiro, especialmente estudos avaliativos que identifiquem o impacto da política na saúde dos sujeitos e coletividades, e também a percepção dos profissionais de saúde e gestores públicos sobre a PNPS (Petermann; Kocourek, 2020).

Apesar de a PNPS estar institucionalizada no Brasil, ainda é necessário avançar em ações de promoção da saúde no cotidiano de estados e municípios, pois, apesar de buscar o desenvolvimento das ações sob a ótica dos Determinantes Sociais em Saúde, sua prática ainda possui muitos desafios (Albuquerque; Sá; Araújo Júnior, 2016).

Dessa forma, é necessário superar o modelo tradicional e hegemônico do setor saúde (Moysés, 2003), centrado na doença e na assistência, considerando que as ações de promoção da saúde desenvolvidas, não foram, ainda, consolidadas, de forma a alterar de forma expressiva o modo de produzir saúde e de enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença (Malta *et al.*, 2018).

Assim, a reorientação dos serviços de saúde requer organização e mudança de atitude, com a adoção de uma postura abrangente por parte dos profissionais de saúde, respeitando as necessidades individuais e comunitárias, além da abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde, 2002).

Diante do exposto, verificou-se que a PNPS foi institucionalizada no Brasil, porém, ainda existe a necessidade de avançar em ações de promoção da saúde no cotidiano de estados e municípios. Destacam-se múltiplos desafios, especialmente relacionados aos investimentos e à necessidade de articulação intersetorial com outras políticas públicas. Além disso, a necessidade de superar o modelo tradicional e hegemônico do setor saúde, é fundamental, pois a reorientação dos serviços requer mudanças de atitudes e, também, na sua organização. A perspectiva dialógica e libertadora de Paulo Freire na prática pedagógica e na prática educativa em saúde

Utilizou-se como referencial para esse estudo os pressupostos teóricos de

Paulo Freire. Trata-se de um educador brasileiro nascido em 19 (dezenove) de setembro de 1921, na cidade de Recife/Pernambuco-Brasil, Paulo Reglus Neves Freire contribuiu com seus escritos e suas ações para uma educação mais humanizada, reflexiva e conscientizadora pautada na coerência entre teoria e prática (Freire, 2015b, p. 12).

Freire viveu momentos importantes de ditadura militar, em que a pobreza se instalava. E este cenário aliado a preocupação com os oprimidos e a ajudar a construir seu método de ensino, estimulou a criação de um método pautado no diálogo, em que a educação fosse voltada contra a opressão, portanto para a prática da liberdade (Freire, 2015b, p. 25).

Era formado em Direito, mas se dedicou à pedagogia, ensinando a língua portuguesa. Dotado de visão crítica sobre assuntos voltados para a prática da liberdade, preocupava-se com a formação consciente da população, dirigindo atenção à alfabetização de adultos (Freire, 2015a, p. 17).

Com o Golpe militar de 1964, Freire interrompeu os planos de alfabetização no Brasil, pois o populismo, além de ter uma forma ambígua, mantinha também um descomprometimento com a política capitalista. Freire foi acusado de estar traindo sua pátria e permaneceu preso por 70 dias. Posteriormente, em 1967, exilado na Bolívia e no Chile publicou seu primeiro livro: *Educação como Prática da Liberdade*. No ano seguinte, publicou a obra “*Pedagogia do Oprimido*”, a obra foi publicada em várias línguas. O Brasil estava passando por repressões na época da ditadura militar e este livro só foi publicado no país depois de 1974, quando o General Geisel tomou o controle do Brasil e iniciou um processo de liberalização cultural (Silva, 2006).

Em 1970, o intelectual brasileiro se muda de Cambridge para Genova, na Suíça, para trabalhar para o Conselho Mundial de Igrejas. Tornou-se consultor educacional, atuando em colônias portuguesas na África, Guiné Bissau e Moçambique. Paulo Freire voltou para o Brasil em 1980 e se afiliou ao Partido dos Trabalhadores, na cidade de São Paulo. Atuou como supervisor no programa do partido para alfabetização de adultos de 1980 até 1986, e foi indicado Secretário de Educação para São Paulo (Moreno, 2012).

Em 1991, foi fundado o Instituto Paulo Freire em São Paulo, SP, que nasceu para colocar em prática as teorias do autor sobre educação popular. É nesse instituto que estão os escritos e arquivos sobre o autor. Freire foi autor de muitas outras obras, como: *Pedagogia da Autonomia*, *Pedagogia da Esperança*, *Pedagogia da Tolerância*,

Pedagogia da Indignação e muitas outras obras também escritas com outras pessoas. O ilustre educador reconhecido internacionalmente, que procurou pensar o ser humano e sua realidade, sempre os sensibilizando e os conscientizando de forma crítica sobre o mundo em que vivem, faleceu no dia 2 de maio de 1997 de um ataque cardíaco na cidade de São Paulo.

Os princípios teórico-filosóficos de Paulo Freire como dialogicidade, emancipação, liberdade, transformação, autonomia, contextualização, e construção do conhecimento dialógica e compartilhada são utilizados como suportes teóricos para conduzir esta pesquisa, devido à defesa de uma educação problematizadora em que o educando assume o papel de sujeito no processo ensino-aprendizagem.

A pedagogia freireana tem por fundamento o uso de uma prática dialética com a realidade, criando o educando sua própria educação, oposta à educação imposta e arbitrária. Paulo Freire não inventou o homem, apenas pensou e praticou um método pedagógico que procurava dar ao homem a oportunidade de se redescobrir por meio da retomada reflexiva do próprio processo em que vai ele se descobrindo, manifestando-se e configurando o “método de conscientização” (Freire, 2015b, p. 139).

No plano teórico, a partir do trabalho de Paulo Freire, a concepção dialética da educação passou a fundamentar o campo da pedagogia, o que influenciou o setor saúde e contribuiu para a disseminação teórica do denominado modelo dialógico de educação em saúde (Silva *et al.*, 2010, p. 2542).

Esse modelo dialógico e participativo vislumbra uma educação transformadora em que o sujeito deixa de ser um agente passivo para ser ator participativo no seu processo de saúde. A visão inovadora da Educação em Saúde gera propostas para uma prática educativa que vá além da busca por mudanças de hábitos. Essa prática deve contribuir para o desenvolvimento de uma consciência crítica, articulando-se com a teoria educacional progressista de Paulo Freire (Sabóia, 2003).

Assim, pode-se admitir que os pilares da prática educativa têm por base o referencial pedagógico da dialogicidade e do ensino problematizador, defendidos por Freire. Em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, o autor ressalta que o diálogo se constitui da palavra verdadeira, que implica ação e reflexão. Se há valorização demasiada da ação em detrimento da reflexão, o que acaba por acontecer é um ativismo; e se há valorização demasiada da reflexão, o que há é verbalismo. Segundo Freire, não é no

silêncio que os homens se fazem, mas nas palavras, no trabalho, na ação-reflexão (Freire, 2015b, p. 92).

Para este pensador, o diálogo é uma exigência existencial sendo o encontro em eu solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e 56 humanizado. Dessa forma, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, numa simples troca de ideias a serem consumidas (Freire, 2015b, p. 109). Freire defende uma educação dialógica. Assim, o convencimento da necessidade de lutar não é uma doação de ninguém, mas chegou a este saber por um ato total de reflexão e ação e da superação da contradição educador-educando mediada pela relação dialógica.

Como diz o autor, foi a sua inserção lúcida na realidade, na situação histórica, que o levou à crítica desta mesma situação e ao ímpeto de transformá-la. Por meio da dialogicidade, as pessoas podem despertar para a consciência crítica do mundo em que se encontram, saindo de sua condição de invisibilidade, buscando assim a condição do ser mais, em meio a um processo de humanização, em atendimento a uma vocação humana universal.

Deste modo, considera-se que o referencial teórico de Paulo Freire coaduna com o objeto e os objetivos deste estudo. Assim, a partir da visão freireana, que defende o método educativo ativo, dialogal e participante, mas também fomentar a conscientização destes estudantes em torno da problemática, gerando instrumentos para criar mais opções na busca de ações, a fim de evitar a massificação das informações considera-se esse um movimento necessário para que futuros enfermeiros e educadores fortaleçam seu compromisso profissional com a sociedade.

Paulo Freire fomentou uma reflexão acerca das concepções de educação bancária (depositária) e de educação libertadora (problematizadora). A educação bancária consiste na narração de conteúdos pelo educador para os educandos. Essa narração conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado, transformando-os em “vasilhas”, em recipientes a serem “enchidos” pelo educador (Freire, 2015b, p. 82).

Segundo Paulo Freire (2015b, p. 83), “esta falsa concepção da educação, que se baseia no depósito de informes nos educandos, constitui, no fundo, um obstáculo à transformação”. Freire buscou conceber um processo educativo em condições de promover a libertação da consciência e emancipação do sujeito. A concepção de processo ensino-aprendizagem como uma troca, como um processo dialógico entre

educador e educando, que se dá numa realidade vivida, são marcas da pedagogia idealizada por Paulo Freire.

O conhecimento advém da reflexão crítica sobre essa realidade, construindo-se ao mesmo tempo que o homem vai se constituindo e se posicionando como um ser histórico. E esta prática faz toda a diferença na prática educativa em saúde. Nesse sentido, não cabem relações verticais entre educador e educando, ou a transferência de conhecimentos e a normatização de hábitos, que marcaram o pensamento hegemônico da educação sanitária no século passado e que, ainda hoje, estão presentes nas práticas educativas em saúde (Pereira; Lima, 2009, p. 15).

Para Freire (2015b, p. 108), há um modelo educativo em que as pessoas são estimuladas a desenvolver consciência crítica, por meio do processo de análise coletiva de problemas na busca de soluções e estratégias conjuntas, visando à mudança da realidade. Essa pedagogia evidencia a formação de um indivíduo mais crítico e questionador. Ao lado da conscientização, a mudança é um tema gerador da prática de Paulo Freire.

Este pensador fala de uma mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais. E a conscientização desempenha um papel importante no processo de mudança (Freire, 2014, p. 9). A primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir. Isso exige um exercício de distanciamento e, concomitante, de reflexão sobre o contexto que o cerca para poder objetivá-lo e transformá-lo (Freire, 2011, p. 32).

A educação deve realizar-se por meio da construção do conhecimento, deve ser problematizadora e libertadora e fundada no diálogo intersubjetivo. Diferentemente, a educação bancária, tão criticada por Freire, é caracterizada pelo depósito de conhecimento em alunos “desprovidos” de seus próprios pensamentos e experiências. A finalidade do processo educativo é a construção de uma ideologia crítica nos alunos, gerando um pensamento reflexivo sobre o mundo e a sociedade.

Na visão freireana, é por meio da percepção que podemos alterar e objetivar a realidade, por meio de um processo de conscientização que gerará libertação e transformação (Freire, 2014, p. 34).

Logo, o sentido da prática educativa eficaz e efetiva só pode ser atingido por meio do desenvolvimento na prática educativo progressista da curiosidade crítica e participação livre dos educandos (Freire, 2011, p. 45). Para Paulo Freire o homem chega a este nível de consciência crítica em dois momentos: primeiro chamado de

codificação, ele deve partir de uma situação existencial real, ou seja, de uma situação que faz parte da sua realidade não uma situação criada pelo educador que ele ache importante ao aluno, partindo desta situação existencial o homem se distancia do objeto cognoscível e neste momento educador e educando passam a refletir juntos, de modo crítico, sobre o objeto que os mediatizam.

Com a descodificação que é a substituição da abstração pela percepção crítica do concreto, o homem atinge um nível crítico de conhecimento (Freire, 1980, p. 100). A mudança da percepção nada mais é que a substituição de uma percepção distorcida da realidade por uma percepção crítica da mesma e esta mudança se dá na problematização de uma realidade concreta. Implica admirá-la em sua totalidade, vê-la de dentro e, desse interior, separá-la em suas partes e voltar a admirá-la, tendo assim uma visão mais crítica e profunda da sua situação na realidade que não condiciona. Implica uma apropriação do contexto, uma inserção nele, um não estar sob o tempo, mas no tempo. Implica reconhecer-se homem. Homem que deve atuar, pensar, transformar e não se adaptar fatalisticamente a uma realidade desumanizante (Freire, 2015b, p. 35).

Este mesmo autor acrescenta ainda que quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para sermos denunciadores de uma estrutura desumanizante e anunciadores de uma estrutura humanizante. E este trabalho humanizante é o da desmistificação, é o olhar mais crítico possível da realidade, é aquele que desvela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam, que oprimem e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante.

A crítica de Freire (2015b, p.80) ao modelo de educação que orienta a prática do educador, que transmite conhecimentos de quem sabe para quem não sabe, foi denominada por educação bancária. Nesse modelo, para Freire, o educador é um ser superior que ensina ignorantes, cuja tarefa é encher os educandos dos conteúdos de sua narrativa. É uma educação descolada da experiência existencial dos educandos, na qual os conteúdos são retalhos da realidade desconectados da totalidade, ou seja, não tem significação para o educando.

Na educação conduzida com base nesses pressupostos, os educandos são vasilhas, recipientes a serem preenchidos pelo educador e quanto mais encher os recipientes com seus depósitos, melhor será o educador. E quanto mais docilmente se deixam encher, melhores serão os educandos. Freire denomina este tipo de educação de bancária, antidialógica por essência e não comunicativa. Neste processo

de educação o educador deposita no educando o conteúdo programático da educação que ele mesmo elaborou. Na educação bancária, o professor despeja nos estudantes todos os conteúdos a serem ensinados e, desta forma, não constroem o conhecimento coletivamente, porque o professor acredita ser detentor do saber.

Além disso, nesta concepção, está posta a relação oprimido-opressor, visto que os oprimidos são os estudantes que não podem questionar o conhecimento enquanto o opressor, o professor, molda a educação da forma que lhe é conveniente (Freire, 2015b, p.84). A contrariedade de Freire à educação bancária está na composição de memorização, ou seja, o aluno decora o conteúdo por meio da repetição. Além disso, é considerada como antidialógica porque, ao considerar o professor o único detentor de todo o conhecimento, os educandos não têm o direito de manifestar suas opiniões sobre diferentes conceitos, ou seja, não há questionamentos e não há diálogo (Freire, 2015a, p. 47).

A educação fundamental para o desenvolvimento do homem e da sociedade remete os educadores a acompanharem, criticamente, o surgimento de novos paradigmas, para que se coloquem a serviço da construção de um mundo melhor, para além da incorporação tecnológica, à qual somos cotidianamente submetidos. É preciso refletir sobre as relações pedagógicas que devem considerar o educando como sujeito de seu processo educativo, buscando resgatar valores como 59 autonomia e liberdade, necessários à construção da cidadania (Juliani; Kurcgant, 2009, p. 513).

O homem como sujeito da educação e não seu objeto, se tornou uma das principais máximas de Paulo Freire. Sendo assim, ele deve agir criticamente em seu espaço social e é a partir do conhecimento de suas condições que esse sujeito poderá se “distanciar”, analisar e intervir em sua realidade. Por isso, ninguém educa ninguém (Freire, 2015b, p. 86).

A autonomia do ser educando é um saber necessário à prática educativa e respeitar essa realidade é um imperativo ético e não um favor. Dessa forma, o respeito à autonomia e à identidade exige uma prática educativa coerente com esses conceitos (Freire, 2015a, p.60). O potencial da educação como processo emancipatório na interface com os movimentos sociais tem, na categoria de práxis social, criadora e transformadora da realidade, um aspecto central que está presente nas teses que permeiam o pensamento de Paulo Freire.

Paulo Freire defende a educação como possibilidade de libertação dos

homens. Só pela educação o homem se reconheceria como um ser inacabado e em constante busca de ser mais, isto é o que ele chama de raiz da educação (Freire, 2015b, p. 56). Mas para que esta educação seja realmente prática de liberdade é preciso primeiramente que o homem tenha consciência crítica da sua realidade, não uma consciência ingênua em que o homem faça um mero reconhecimento da realidade sem uma inserção crítica, conduzindo a nenhuma transformação de realidade objetiva, pois neste tipo de consciência não há um reconhecimento verdadeiro (Freire, 2015a, p. 70).

Para que haja conscientização crítica o homem tem que ultrapassar a esfera de apreensão espontânea da realidade e chegar a uma esfera crítica e isto se dá com o ato ação-reflexão. Vale ressaltar que Freire cita que liberdade sem limite não é desejada. Entende a liberdade algo que amadurece no confronto com outras liberdades, em face a autoridade do educador. Sem impor sua vontade ou se aborrece porque seu ponto de vista não foi aceito. Portanto, é preciso aprender a conviver com a relação tensa e contraditória entre autoridade e liberdade, no sentido de assegurar o respeito entre ambos, cuja ruptura provoca a hipertrofia de uma ou de outra (Freire, 2015b, p. 106).

Na educação problematizadora e dialógica defendida pelo autor, o conteúdo jamais é depositado, ele parte e nasce dos educandos, em diálogo com os educadores, reflete seus anseios e esperanças. Sendo, portanto, a investigação temática o ponto de partida do processo educativo dialógico. Portanto, para a prática educativa atender sua proposta deve ser pautada na realidade e necessidades dos educandos, respeitando os saberes construídos com a prática comunitária. Pois ensinar não é transferir conhecimento, precisa-se promover e respeitar a autonomia do ser educando, 60 fomentando a reflexão crítica sobre a prática e o reconhecimento da identidade cultural (Freire, 2015a, p. 132).

Para esse pensador, o educador que impede os educandos de criarem e acreditarem que deve ser repetido o que o professor diz na aula, toma o sujeito como instrumento. Este fato dificulta que os educandos possam responder com o tempo os desafios do mundo e fazendo história pela sua própria atividade criadora (Freire, 2014, p. 41).

O educador que possibilita a conscientização, a reflexão e a mudança necessita ampliar constantemente os seus conhecimentos, não só do ponto de vista de seus métodos e técnicas de ação, as também dos limites objetivos com os quais

se enfrentam (Freire, 2014, p.74).

Dessa forma, privilegia-se uma abordagem que enfatiza experiências e saberes contextualizados dos sujeitos envolvidos, entendendo-os como processos estimuladores de mudanças individuais e coletivas. As práticas educativas em saúde denotam ações que compreendem relações entre os sujeitos sociais que ocorrem em diferentes espaços e portam diferentes saberes (Acioli, 2008, p. 118).

Ressalta-se assim, que o homem por estar no mundo com o mundo o torna um ser capaz de relacionar-se. Por meio da experiência nas relações, que acontece o desenvolvimento da ação reflexão (Freire, 2014, p. 37).

No contexto da tendência progressista crítico social dos conteúdos de Paulo Freire tem-se a presença significativa de características como: a necessidade dos conteúdos universais serem difundidos; os conteúdos devem estar relacionados á realidade social; educador e educando são mediatizados pela realidade, que oferece subsídios para os problemas/questões a serem discutidas; é uma tendência que fomenta a consciência crítica; contribui para criticidade e autonomia; estimula a construção do conhecimento (Freire, 2015b, p.25).

Os saberes dos educandos devem ser respeitados, além dos saberes das classes sociais que chegam até os educandos. A experiência do aluno deve ser aproveitada. Precisa-se entender nesse contexto, que através de uma prática educativo-crítica, a educação é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que implica para além dos conteúdos ensinados ou aprendidos, mas intervenção para aspirar mudanças na sociedade, nas relações humanas, à educação, à saúde (Freire, 2015a, 74, 96).

A importância da concepção dos sujeitos estudados está no fato de haver compreensão e respeito com a maneira com que os grupos se relacionam com seu mundo. Por isso, é relevante a educação livre de punições e preconceitos (Brandão, 1999, p. 25).

Por isso, ressalta-se que o dever do professor e da escola não é só respeitar os saberes com que os educandos, mas também os das classes populares, saberes socialmente construídos na prática comunitária. Além disso, deve ser discutido com os educandos a razão de ser de alguns desses saberes em relação com o ensino dos conteúdos (Freire, 2015a, p. 31).

Freire disserta que educar exige rigorosidade metódica, não significando rigor no sentido de uma educação autoritária, mas, sim, um método didático que possua

uma práxis pedagógica. O educador deve desenvolver uma prática pedagógica que instigue o educando a ter uma ideia crítica, em processo dialético entre o concreto e abstrato (Freire, 2014, p. 96).

Para Salci *et al.* (2013, p. 227), a utilização da abordagem dialógica, é necessário mudança na conduta do profissional, rompendo com padrões comportamentais autoritários, reconhecendo que o educador também precisa estar aberto ao outro, para assim, construir um novo conhecimento. Neste processo educativo é quebrada a hierarquia entre um que sabe, e outro que não sabe, mas há o reconhecimento de que ambos sabem coisas diferentes. Ou seja, “o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado”. Freire aponta para o compromisso do profissional com a sociedade por meio da capacidade de agir e refletir associado a capacidade de atuar, operar e de transformar a realidade. Não há compromisso autêntico quando se joga a realidade como algo dado, estático e imutável (Freire, 2014, p. 30).

Nesta realidade, na construção de um contexto emancipatório surge a necessidade dos profissionais, visualizarem novas formas de intervir na realidade de saúde, alicerçando sua prática profissional no respeito e confiança das potencialidades dos seres humanos, com os quais interagem e pactuam parcerias nas ações de educação em saúde. O poder emancipatório envolve o conhecimento instrumental e comunicativo. Para que este movimento aconteça, todos os princípios da integralidade devem ser atendidos e as pessoas empoderadas para sua efetiva realização no processo de cuidar de si (Salci *et al.*, 2013, p. 227).

O pensamento freireano afirma que a educação tem caráter permanente, influenciando sujeitos de todas as idades, pois o homem é um ser incompleto, inacabado por natureza, necessitando da educação para sua completude (Freire, 2014, p. 35).

O processo educativo precisa ter caráter transformador, na perspectiva da superação do ensino tradicional, acrítico e mecanicista, preocupado unicamente com a transmissão de conhecimento, ignorando as singularidades dos sujeitos (Mânica Schweickardt, Tobias, 2014, p. 26).

As práticas educativas precisam ser redesenhadas, no sentido da construção de um processo que objetive a educação transformadora aliada ao conceito de saúde ampliado. Assim, a educação em saúde é reorientada, permeando o diálogo, a pactuação e a horizontalização entre os sujeitos sociais e profissionais de saúde. O

processo de ensino-aprendizagem deve possibilitar uma atuação educativa comprometida com a mudança social e a construção da cidadania, o que poderá ser alcançado por meio de trocas de experiências entre os atores deste processo. Pois no processo de educação em saúde deve ser trabalhada a autonomia, a autoestima, a liberdade, o fortalecimento de ampliação de poder do indivíduo como sujeito social. Em movimentos de promoção da saúde, isto pode ser chamado de empowerment ou empoderamento. Componente essencial da educação e convergente com as ideias de emancipação, autonomia e libertação de Paulo Freire (Ohara, Saito, 2014, p.463).

Numa perspectiva progressista, o educador deve estar aberto a indagações, à curiosidade, às perguntas, às inibições, um ser crítico, inquiridor e inquieto na tarefa de ensinar, assim como referido por Freire (2015a, p. 47): “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”. Aplicadas ao campo da saúde, as abordagens participativas, tem por objetivo discutir problemas de saúde encontrados na realidade local por meio do diálogo, da problematização e da ação comum entre diferentes grupos para a construção compartilhada de conhecimentos e para organização política, necessárias à superação dos problemas encontrados (Stotz, David E Wong-Um, 2005, p. 58).

Para Becker (2011, p. 18,19), o homem só compreende bem aquilo que faz, e só faz o que compreende bem, onde fazer e compreender equivalem a agir e refletir, desde que dialeticamente entendidos, entendendo tomada de consciência e processo de conscientização como processos parecidos, tendo atividade criadora e inventiva, desde que entendidos como função da ação do próprio homem e não de um ensino unidirecional ou de uma repetitiva doutrinação. Dessa forma, a educação segundo a tomada de consciência em o processo de conscientização, por si só, não realiza a libertação do oprimido. Pois, o educador que quiser contribuir para o processo de libertação da opressão não pode continuar a participar de uma educação apenas com caráter repetitivo, como é o ensino basicamente tradicional que continua sendo ministrado nas escolas e nos espaços de educação.

Uma educação problematizadora, que rompe com os esquemas verticais da educação bancária, não pode realizar-se sem superar a contradição entre o educador e os educandos. O educador não é apenas quem educa, pois enquanto educa, é educado, em diálogo, também educa. Ambos se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos (Freire 2015b, p. 95).

Desta forma “Ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a

si mesmo, os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.”. Assim, vale ressaltar que é preciso abrir caminhos teóricos para uma transformação significativa não só da aprendizagem escolar. Mas, ampliar as possibilidades de aprendizagem, instaurando o aprender a aprender. Com isso “O ideal da educação não é aprender ao máximo, maximizar s resultados, mas é antes de tudo aprender a aprender, é aprender a se desenvolver e aprender a continuar a se desenvolver depois da escola.” (Becker, 2011, p. 281).

4. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): OLHARES E INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS NOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE

A análise dos dados, a descrição e a discussão dos resultados estão permeados pelas percepções dos participantes e da própria pesquisadora a respeito dos assuntos que permeiam a promoção da saúde nas escolas e a atuação dos profissionais de saúde nesse âmbito. Os temas são resultados das percepções iniciais e finais dos participantes em relação as atividades desenvolvidas no contexto escolar por meio do PSE.

Nesse sentido, a avaliação das sações e do processo de trabalho realizada a partir da ótica dos participantes, além da percepção deles sobre os assuntos tratados. A avaliação nesse caso não possui carácter de mensuração, ou seja, não tem o objetivo de medir o que os participantes sabiam ou não sobre os temas propostos, mas sim buscar as percepções deles acerca dos temas discutidos ao longo da ação desenvolvida levando em consideração os formatos os recursos disponíveis a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

A seguir, são descritos os resultados e as discussões dos temas gerados pelas análises das entrevistas grupais por meio das rodas de conversa, os temas e subtemas também podem ser gerados, os discutidos aqui e são resultado o que foi possível realizar a partir do escopo da pesquisa de origem, por meio de duas categorias temáticas.

4.1 CONHECIMENTO E SENTIMENTOS SOBRE O PSE E A PRÁTICA NA ESCOLA

O presente estudo revelou, que os profissionais de saúde que participaram, foram os multiprofissionais da ESF: enfermeiro, educador físico, ACS, Odontólogo, Auxiliar de Saúde Bucal, demonstrando, portanto, a grande inserção destes nas ações voltadas à promoção da saúde de adolescentes realizadas junto às escolas. Estudos realizados em todo o mundo apresentam o grande potencial, bem como a efetiva participação do enfermeiro no trabalho de promoção da saúde desenvolvido no ambiente escolar.

Mori *et al.* (2018), em estudo realizado com gestores escolares do Peru sobre as competências dos enfermeiros em instituições de ensino, identificaram, na visão dos diretores escolares, que o trabalho dos enfermeiros no ambiente escolar se

reveste da máxima importância, observando-se grande impacto em toda a comunidade escolar, por meio do trabalho desenvolvido por estes profissionais. O enfermeiro escolar, ao atuar de forma interdisciplinar e intersetorial, promove saúde a toda comunidade educativa, especialmente às crianças, aos adolescentes, pais e professores, fortalecendo estilos e hábitos de vida saudáveis, capacitando as pessoas a melhorarem o controle sobre a própria saúde, além de modificar as condições sociais e ambientais presentes.

No Brasil, a inserção do enfermeiro no contexto escolar não tem sido diferente. Estudos ratificam a expressiva e importante atuação do enfermeiro junto às ações de promoção da saúde desenvolvidas com crianças, adolescentes e jovens nas escolas, sendo destacada a participação destes profissionais, sobretudo, na implantação do PSE em vários pontos do território nacional, bem como no desenvolvimento das ações preconizadas pelo programa, ao longo dos anos.

Baggio *et al.* (2018), por meio de pesquisa sobre a implantação do PSE, em Cascavel-Paraná, identificaram que os enfermeiros trouxeram importante contribuição para a área da enfermagem em saúde pública, sendo estes profissionais os protagonistas deste novo programa de saúde escolar de abrangência nacional e amplos objetivos, o PSE, tendo sido o enfermeiro que, principalmente, organizou e realizou as avaliações em saúde junto aos escolares, apesar de inúmeras dificuldades enfrentadas por estes.

Em pesquisa realizada em Caxias-Maranhão, com intuito de avaliar os desafios enfrentados pelo enfermeiro da ESF no desenvolvimento das ações do PSE, Silva, Silva e Menegon (2018) destacaram o protagonismo do enfermeiro no PSE como o principal articulador do programa entre os profissionais da saúde e da educação, relatando que estes profissionais desenvolveram grande parte das ações preconizadas pelo programa, assumindo a linha de frente e conduzindo as atividades durante todo o ano letivo, apesar de intensos desafios vivenciados. Assim, o enfermeiro tem se destacado nas ações de promoção da saúde escolar no Brasil e no mundo.

Quando questionados sobre como se sentiam como profissionais de saúde com relação ao processo de trabalho vivenciado na implementação do programa, e em relação a promoção da saúde e educação em saúde, observa-se pelos discursos a seguir, que o PSE foi percebido como necessário para a promoção da saúde dos escolares. Entretanto, um dos entrevistados da saúde relatou que não sabia quais

eram as diretrizes do programa e que nunca teve acesso aos documentos que esclareciam o assunto. Percebeu-se nas respostas pouco conhecimento sobre as diretrizes do PSE por parte dos membros da comunidade escolar.

Acerca da percepção dos entrevistados sobre o objeto, dois profissionais de saúde relataram que viam no programa uma alta efetividade em alguns aspectos, entre eles, a facilidade em encaminhar os escolares para os serviços de saúde quando necessário.

ENFERMEIRA 1 “Como profissional da atenção primária, vejo que o PSE traz inúmeros benefícios para a comunidade, trazendo informações amplas a comunidade e fortalecendo as ações de saúde entre o CSF e a comunidade na qual está inserido.”

ENFERMEIRA 2 “Atuar no PSE é prazeroso, pois podemos observar o quanto é importante para os alunos, as informações e ações de saúde realizadas na escola. São nesses momentos que muitos se sentem à vontade para esclarecer dúvidas que possuem. É também uma forma de criar e fortalecer vínculos.”

DENTISTA 3. “Se sentirmos desafiados e gratificados na implementação do PSE. O programa exige uma abordagem multidisciplinar para promover a saúde e a educação de forma integrada.”

DENTISTA 4. “Como profissional de saúde, me sinto peça útil, importante e necessária desde o planejamento à execução das ações do programa, além disso, é bastante gratificante levar promoção e educação em saúde para além da unidade básica.”

ACS 5. “Sinto-me com o compromisso de trabalhar a saúde de forma integral dentro do espaço escolar. É uma grande responsabilidade, mas também uma grande satisfação promover a saúde através de ações intersetoriais.”

ACS 6. “Quanto profissional, vejo a Promoção à Saúde compartilhada, para que melhore a qualidade de vida das beneficiadas. Educação e Saúde vivenciando momentos integrativos.”

As narrativas evidenciaram que os entrevistados percebiam as ações em promoção da saúde como importantes para os escolares. No entanto, houve diferentes percepções quanto às temáticas que mais interessavam e as que mais eram desenvolvidas nas ações do programa.

O PSE indica uma diversidade de ações com temáticas já definidas pelos documentos norteadores, como confirmado pelos profissionais, e que incluem a maioria dos temas de grande interesse e mais frequentemente relatadas pelos entrevistados. Entretanto, as ações propostas pelo PSE são as mesmas para todos do território, sem considerar o perfil epidemiológico de cada comunidade escolar.

Cita-se por exemplo, que as ações voltadas para a saúde mental tiveram

pouco destaque como uma das necessidades mais frequentemente relatadas pelos profissionais.

A análise dos discursos mostrou fortaleza nas relações de parceria para o planejamento, a execução e o monitoramento das ações do PSE entre os trabalhadores da saúde, da educação; uma vez que estudos evidenciam que a parceria entre os profissionais é fundamental para que o diálogo, o acesso às informações e a reorganização de práticas sejam o foco principal do programa (Machado, 2018). Essas fortalezas nas relações podem interferir positivamente no processo de trabalho em questão.

Mendes Gonçalves (1998) salienta que a apreensão do objeto consiste em identificar as características que permitem a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho. Neste estudo, observou-se que a percepção um pouco mais abrangente do objeto e da finalidade do programa em coerência com o proposto nas diretrizes do PSE esteve mais presente na fala dos profissionais da saúde.

No entanto, um pouco distante dessa lógica, na entrevista do profissional da ASB, percebeu-se que ele possuía a ideia de cuidado com a saúde voltada, principalmente, às condições de higiene pessoal, referindo-se aos pressupostos assistencialistas de saúde, muito presentes no higienismo:

ASB 7. “Enquanto profissional da saúde me sinto uma peça de grande importância, pois desenvolvo todas as minhas atividades de forma objetiva para o bem dos nossos pacientes. Cuido principalmente de questões relacionadas a higiene bucal.”

ASB 9. Acredito que seja um programa voltado desde a fase inicial que a criança vem à escola [...] mostrando as crianças como é cuidar. Em relação a lavar as mãos, escovar os dentes, porque tem essa questão das cáries nos dentes.”

ENFERMEIRA 8. “É muito satisfatório contribuir com o programa. Além de participar ativamente junto a comunidade escolar é papel nosso fortalecer o SUS de forma integral e responsável.”

Alguns profissionais afirmam que o programa era defasado, atuava pontualmente e não incluía todos os escolares. E que a escola deveria atuar mais e não só se fazer presente. Além disso, a partir de um retorno ao modelo da saúde escolar da década de 1940, no qual não existiam o Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde, foi sugerida a integração do PSE ao sistema escolar, em que o profissional da saúde atendesse dentro da escola:

ACS 9. “Se tivesse mais empenho por parte da escola e de profissionais seriam bem mais proveitosos, local adequado para realizar ações.”

EDUCADOR FÍSICO 10. “É uma responsabilidade e compromisso de promover a saúde de forma efetiva dentro da comunidade escolar. Entretanto é necessário mais empenho por parte da comunidade escolar.”

Ressalta-se, entretanto que não é pauta de discussão no programa como tema proposto, nem mesmo apareceu nas narrativas dos trabalhadores da saúde. Em se tratando do segundo questionamento sobre como os participantes percebiam a integração dos profissionais de saúde acerca das suas ações desenvolvidas junto ao Programa Saúde na Escola, veja-se as falas a seguir:

ENFERMEIRA 1. “As equipes são bastantes integradas, as atividades são coordenadas para o melhor desenvolvimento.”

ENFERMEIRA 2.” Ambos compartilhamos os saberes e práticas para prestar uma melhor assistência aos alunos durante o PSE.”

DENTISTA 3. “A integração entre os profissionais de saúde no PSE é vista como essencial e geralmente positiva. Existe uma colaboração essencial entre dentistas, enfermeiras, médicos e demais profissionais da saúde. Além da participação dos educadores.”

DENTISTA 4. “Complementação é a palavra que melhor define a integração de outros profissionais, pois proporcionamos uma experiência mais completa e conseqüentemente mais aprendizado. Como por exemplo, cita se, o nutricionista, que realiza ações sobre alimentação saudável o que afeta direta e posteriormente na saúde bucal. Então ações de escovação na saúde bucal também é um componente necessário.”

ACS 5. “Os profissionais têm a missão de trocar conhecimentos e experiências como forma de melhorar o arcabouço e desenvolver um conhecimento legítimo que resolva a agregar para a comunidade.”

4.2 DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE E DESAFIOS DO PSE

Algumas atividades práticas também foram descritas, como escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outras. Utilizaram jogos, rodas de conversas ou debates que envolvessem entretenimento nas ações:

ACS 6. “Bastante cooperativa e participativas nas atividades propostas, sempre tentando integrar os demais.”

DENTISTA 4. “Complementação é a palavra que melhor define a integração de outros profissionais, pois proporcionamos uma experiência mais completa e conseqüentemente mais aprendizado. Como por exemplo, cita se, o nutricionista, que realiza ações sobre alimentação saudável o que afeta direta e posteriormente na saúde bucal. Então ações de escovação na saúde bucal

também é um componente necessário.”

ASB 7. “Todos os profissionais são participativos no PSE.”

Notou-se que havia uma predominância dos saberes por parte dos trabalhadores da saúde e que os trabalhadores da educação eram auxiliares e, algumas vezes, apoiadores das ações. A maioria das narrativas não demonstrou a participação dos agentes da educação para o planejamento e execução das ações. Ao considerar, quando questionados se opinavam sobre as ações realizadas na escola, foram unânimes ao responderem que participavam.

ACS 9. “A equipe de saúde executa as ações planejadas e solicitadas muito bem. Mas acho que os profissionais da escola deveriam dá mais suporte e atenção ao PSE.”

EDUCADOR FÍSICO 10. “A integração permite que haja maior efetividade, engajamento e corresponsabilidade para com as atividades abordadas.”

ENFERMEIRA 8. “Os profissionais buscam fortalecer a rede e trabalhar de forma descentralizada e colaborativa. Porém, ainda há grandes desafios como pactuações e execução do que foi planejado.”

Quando questionados sobre como são planejadas as ações de educação em saúde no Centro de Saúde da Família e na Escola, para que se alcance a articulação interdisciplinar e à articulação de saberes, ficou constatado que havia boa participação da comunidade escolar. Os educadores, diretamente envolvidas com o PSE, tinham suas demandas escutadas e conheciam o seu papel diante dos objetivos do PSE. Havia o compartilhamento e a corresponsabilização de saberes entre os envolvidos no programa, alcançando-se o que se alcançando-se o tanto se almeja no planejamento quanto na execução do PSE que sejam pautados pela intersdisciplinaridade, o que pode ser constatado nos discursos abaixo:

ENFERMEIRA 1. “As ações são planejadas com cronogramas de atividades de forma articulada com as escolas, de acordo com a demanda e a meta a ser atingida.”

ENFERMEIRA 2. “Através de reuniões onde são discutidas as temáticas que devem ser levadas ao PSE. E são nesses momentos também, que abordamos a melhor maneira de repassar as temáticas para os alunos, levando em conta a faixa etária e seu entendimento.”

DENTISTA 3. “As ações são planejadas através de discussões, reuniões interdisciplinares, discutindo as necessidades específica das escolas e dos alunos. Profissionais de saúde e educadores colaboram para desenvolver estratégias educativas adaptadas ao contexto educacional da escola.”

DENTISTA 4. “Primeiramente ocorre um momento entre a diretora do CEI ou escola, juntamente com a articuladora do projeto, além da gerente da CSF e uma ACS responsável representante, para definir datas, turnos, horários, bem como os temas que serão abordados, posteriormente, nós profissionais de saúde, nos articulamos para planejar dentro do tema proposto, as ações que serão apresentadas.”

Houve relatos de cooperação no planejamento das ações ou tomadas de decisões compartilhadas entre os agentes. Além disso, a responsabilidade pelas atividades do programa recaía mais para os profissionais da saúde ou algum agente em específico da educação conforme relato dos entrevistados. Ao que parece, os profissionais da educação se incluíam como corresponsáveis pelo desenvolvimento das ações.

Os profissionais de saúde confirmaram a atuação do setor educação como colaboradores nas ações do PSE, compartilhavam as demandas para serem executadas e planejadas pelo setor saúde. Um fato importante a destacar nesse contexto, é que não foi observada a inclusão das famílias, como membros pertencentes aos processos de tomadas de decisões, em nenhum momento.

As narrativas dos profissionais da saúde demonstraram uma fortaleza na coordenação por parte das secretarias de saúde e educação. Eles indicaram uma comunicação eficiente entre essas secretarias além de uma transferência de responsabilidade tanto para os profissionais de saúde como para os da Educação, pela comunicação e esclarecimentos sobre o programa:

ACS 5. “Através de reuniões periódicas entre profissionais de ambos os setores.”

ACS 6. “Divide-se em categorias, planeja as ações, socializa-se com os apoiadores e articula com a escola a agenda do dia de cada ação.”

ABS 7. “De acordo com o planejamento da equipe de saúde junto com a escola, desenvolvermos ações educativas com o objetivo de alcançar aprendizagem, conhecimento, mudança de hábitos para o bem está de todo o público alvo.”

ENFERMEIRA 8. “São realizadas reuniões de planejamento junto aos equipamentos e instituições como forma de fortalecer a as ações Intersetoriais, como forma de trabalho em equipe efetivo.”

EDUCADOR FÍSICO 10. “As ações são planejadas por meio de reuniões de planejamento de forma intersetorial.”

Em se tratando da parceria na realização das ações, percebeu-se que os entrevistados, no geral, indicaram a parceria como um pressuposto para a realização das atividades. Além de ser um termo amplamente utilizado, também era reconhecido como fundamental para a construção de um trabalho colaborativo. No entanto, foram observadas práticas planejadas e executadas, essencialmente, pelos profissionais da saúde. O que pode ser constatado no discurso a seguir:

ACS 9. “São planejados os horários, os dias, e as ações, mas quando os profissionais de saúde chegam preparados na escola, geralmente ainda vão organizar local, sala, etc... tudo ainda desorganizado”

ACS 9. “Fica uma coisa solta, acho que teria que ter no dia da ação do PSE uma pessoa da escola pra ter um feedback.”

Nesse cenário, o objeto de trabalho foi compreendido como identificação de doenças e atividades baseadas em palestras, que tinham por finalidade a informação para prevenir doença, o que representou um aspecto crítico na obtenção de um produto ampliado, já que reforça o não cumprimento do princípio da integralidade das práticas, baseada na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Apesar disso, o programa permitiu a aproximação entre os envolvidos e a possibilidade de acesso às diversas ações e às informações em saúde, que puderam ser benéficas na manutenção da saúde da população nesse território. Por isso, apesar de a integralidade estar presente nos relatos dos profissionais, ainda é um processo em construção.

Os entrevistados ao serem perguntados sobre com descreveriam como eram desenvolvidas as atividades de educação em saúde pelos profissionais de saúde na escola e sua percepção sobre as mesmas, obteve-se as seguintes falas:

ENFERMEIRA 1. “As atividades de educação em saúde são realizadas por uma equipe multiprofissional e as ações são realizadas de acordo com a necessidade e cuidados: vacinação, saúde bucal, palestras e outras.”

ENFERMEIRA 2. “Utilizamos de abordagem atrativos e que prendam a atenção dos alunos, de forma que eles possam aprender e interagir conosco. É sempre prazeroso e fundamental para escola e CSF.”

Alguns participantes também relataram acerca do tipo de metodologia utilizada para realização das ações, a maioria dos profissionais da saúde respondeu que transmitia seus saberes no formato de palestras, muitas vezes, com reflexões, troca e construção de conhecimento entre os partícipes.

ACS 5. “São desenvolvidas através de momentos lúdicos e interativos onde a equipe multi realiza atividades desenvolvendo as temáticas pertinentes.”

ACS 6. “Temos temas para ações a desenvolver, e sempre procura-se a ser desempenhadas pelas equipes interdisciplinar, sempre planejada antes de cada ação. Ainda vivenciamos não tão bom o acolhimento por parte das escolas, o que vejo que é um programa ainda novo para as escolas/creches.”

ABS 7. “Desenvolvemos: palestras, dinâmicas educativas, escovação supervisionada, etc”

ENFERMEIRA 8. “As atividades são desenvolvidas através de atividades pedagógicas desenvolvidas junto a comunidade escolar, onde os profissionais do CSF realizam atividades didática de acordo com a faixa etária, para que haja melhor entendimento e participação dos alunos.”

Algumas atividades práticas também foram descritas, como escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outras. Algumas vezes utilizaram jogos, rodas de conversas ou debates que envolvessem entretenimento nas ações. Apesar disso, relataram que utilizam também algum tipo de jogo educativo.

DENTISTA 4. “São desenvolvidas ações de forma lúdica, criativa, de acordo com a faixa etária, além de exames antropométricos e avaliação bucal. Tais ações tem fundamental importância no acompanhamento do desenvolvimento das crianças e pré adolescentes em idade escolar.”

DENTISTA 4. “São desenvolvidas ações de forma lúdica, criativa, de acordo com a faixa etária, além de exames antropométricos e avaliação bucal. Tais ações tem fundamental importância no acompanhamento do desenvolvimento das crianças e pré adolescentes em idade escolar.”

Salienta-se que durante a pandemia causada pela Covid-19, o PSE teve grande dificuldade em atuar, já que as escolas permaneceram fechadas para atividades presenciais. À medida que os alunos retornaram ao formato semipresencial, as ações foram retomando aos poucos. Alguns profissionais da saúde utilizaram tecnologias como WhatsApp e outras plataformas, que a escola já utilizava, para compartilhar vídeos educativos que pudessem auxiliar na continuidade das ações.

Há também um consenso de que os recursos materiais eram limitados; e, muitas vezes, para que as ações ocorressem, era preciso utilizar recursos próprios. Um dos entrevistados questionou para onde os recursos financeiros destinados para o programa eram enviados, já que havia necessidade de tanto e era oferecido tão pouco.

EDUCADOR FÍSICO 10. “Apesar dos poucos recursos, as atividades são desenvolvidas dentro do ambiente escolar como forma de garantir efetiva

participação dos alunos. Atividades são feitas de forma lúdica e dinâmica.”

Apesar disso, quanto à compreensão de que se trata de um trabalho em conjunto e em parceria, foi uma percepção comum. Como esses são fatores importantes para obtenção de bons resultados, tal entendimento, pode ser considerado um indicador positivo para a construção de um trabalho colaborativo, a caminho de um trabalho intersetorial (Silveira; Meyer; Félix, 2019).

Apesar dessa compreensão, na prática, em alguns momentos, os processos decisórios que envolvem a gestão, o planejamento e a execução das ações não ocorrem de forma compartilhada. Esses achados respaldam alguns estudos ao concluírem que o PSE possibilitou um maior contato entre os setores, entretanto, aspectos da articulação intersetorial no processo político--gerencial e nas práticas mostram fragilidades e limitada (Brambilla; Kleba, Magro, 2020).

Quando questionados sobre os desafios ainda a superar, e possíveis sugestões de melhorias para o desenvolvimento das ações do PSE, obteve-se os seguintes relatos:

ENFERMEIRA 1. “Melhorar articulação com as escolas e PSF, organização dos espaços de atendimento. Agilização da marcação dos exames oftalmológicos.”

ENFERMEIRA 2. “Como sugestão de melhoria, seria importante a melhorar comunicação intersetorial e a concordância entre escola e CSF, com relação a dias, horários e ações planejadas.”

DENTISTA 3. “Algumas melhoras: infraestrutura, material pedagógico, implementação de um sistema de monitoramento e avaliação contínua das ações do PSE, para garantir a eficácia do programa. Mais investimentos em treinamento contínuo pra os professores da saúde no contexto do PSE.”

Paralelo a isso, os entrevistados demonstraram pouco conhecimento conceitual sobre a intersetorialidade e os elementos do trabalho interprofissional que envolvem o processo de trabalho; dada a isso a importância de formações que incluam a discussão atual de intersetorialidade e da participação dos escolares e comunidade, os quais garantem a durabilidade dessas ações, fato já evidenciado por outros autores (Reuter; Santos; Ramos, 2018) No entanto, o que ainda se nota é a escassez de formações e a inexistência de protocolos que auxiliem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

DENTISTA 4. “Apesar de ser um programa sólido instituído há vários anos,

pode se destacar alguns pontos que precisam ser melhorados: melhor acolhimento por parte da escola; equipamentos e materiais de trabalho e capacitação para os profissionais envolvidos (professores e profissionais da saúde).”

ENFERMEIRA 2. “Como sugestão de melhoria, seria importante a melhorar comunicação intersetorial e a concordância entre escola e CSF, com relação a dias, horários e ações planejadas.”

Todavia, ainda que ações de promoção, proteção e atenção à saúde sejam realizadas no PSE, as propostas de promoção da saúde não privilegiam mudanças de comportamento mediante intervenções individuais e autoritárias, e sim por intermédio de uma visão holística da saúde, da determinação social no processo saúde e doença, da intersectorialidade e da participação social (Oliveira *et al*, 2018).

ACS 5. “Recursos pedagógicos e material de apoio, poderiam enriquecer ainda mais o repertório de atividades”

ACS 6. “Que as coordenações do PSE acompanhassem melhor a aceitação das escolas/creches para o desenvolvimento das ações e melhora da educação em saúde com a classe estudantil.”

ABS 7. “Precisamos de mais material pedagógico, material de apoio.”

ENFERMEIRA 8. “Fortalecimento da Formação Continuada e acesso a recursos pedagógico e material de apoio.”

ACS 9. “Educação permanente para os profissionais de saúde e da educação; material apropriado e apoio da escola.”

EDUCADOR FÍSICO 10. “Aquisição de recursos pedagógicos e material de apoio.”

Por esse motivo, as relações espaciais com outros cenários, como a família, a comunidade e os serviços de saúde, devem ser identificadas com as condições sociais e os diferentes estilos de vida, por meio da participação de todos, mesmo sendo a inserção ativa da comunidade no campo um dos desafios do PSE (Pereira *et al*, 2020).

Um estudo revelou que, apesar dos escolares se mostrarem receptivos às ações do PSE, não tiveram a participação necessária que permitisse a corresponsabilização para a produção da própria saúde. Nesse sentido, assim como identificado no presente estudo, outros autores, salientam que vincular ações de saúde ao cotidiano dos escolares é uma tarefa intensa (Pereira *et al*, 2020). Por conseguinte, a necessidade da pactuação de um projeto em comum surge, sobretudo, do reconhecimento de haver diferentes motivações, sendo necessária a busca de relações horizontais, com a quebra de supremacia de um saber sobre o outro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir essa dissertação, as perguntas de pesquisa foram retomadas e respondidas como forma de demonstrar o encontro da pesquisa com seus objetivos iniciais. Além disso, foram expostas as limitações do estudo e as propostas de futuro, a fim de melhorar as próximas pesquisas nessa área.

O conhecimento e envolvimento dos profissionais com o PSE mostrou-se aquém do esperado para o fortalecimento do PSE, revelando lacunas do programa. Apesar de haverem momentos de atividades de capacitação e treinamento sobre o PSE demonstrou um sentimento de passividade em relação ao PSE por parte dos profissionais da educação, o que acaba dificultando a realização das atividades que o setor educação tem em relação ao programa.

Tendo em vista a importância do PSE, é relevante que os gestores responsáveis priorizem a superação destes obstáculos para que seja alcançado o seu sucesso. Sem uma parceria forte e concisa entre os setores educação e saúde, o PSE continuará com dificuldades de se firmar como um programa efetivo, identificando-se como um importante cenário promotor de saúde nas escolas públicas brasileiras.

A atuação dos profissionais das ESF, sobretudo do enfermeiro, em ações voltadas à promoção da saúde do adolescente escolar assume fundamental importância, tendo em vista ser esta uma etapa da vida repleta de riscos e vulnerabilidades. A escola, como agente de transformação social individual e coletiva, disponibiliza espaço de diferentes saberes, formado por diferentes atores sociais, tornando-se ambiente privilegiado para promoção do viver saudável.

Os conhecimentos e as percepções dos participantes a respeito da promoção de saúde, da autonomia, do autocuidado e da autorregulação em saúde partem, muitas vezes, das ações que eles já realizam nas escolas e em seus locais de trabalho. Os resultados dessas ações são levados em conta pelos participantes ao formularem suas definições de autonomia, de promoção da saúde, de autocuidado e de autorregulação em saúde.

A interdisciplinaridade foi colocada pelos participantes como sinônimo de parceria e complementaridade na realização das atividades. Apenas uma das duplas de escola e unidade de saúde citou realizar planejamentos das atividades na escola de forma interdisciplinar. Apesar de todos reconhecerem a importância da interdisciplinaridade, ainda existem muitas dificuldades a serem ultrapassadas pelas

equipes e escolas.

A percepção da promoção da saúde dos participantes está relacionada ao que eles veem como importante apresentar aos alunos, que pode ser mudança de comportamento ou simplesmente as crianças saberem a importância daquele determinado assunto. Os profissionais de saúde relacionam a promoção de saúde a um processo lento de mudanças de hábitos, que deve ser acompanhado por diferentes ações em saúde, ou seja, a promoção de saúde ocorre a partir da continuidade de ações que promovam hábitos de vida saudáveis.

As percepções sobre o trabalho interdisciplinar encontram origem nas experiências com ações de promoção da saúde que os participantes já tiveram ou sentem que deveriam ter. A realização da formação incentivou os participantes a pensarem sobre as relações interdisciplinares e a criarem atividades de promoção de saúde a serem realizadas nas escolas. Nesse sentido, a formação apresentou uma nova possibilidade de trabalho de saúde na escola.

Salienta-se que a interdisciplinaridade ainda é um conceito em construção para os profissionais de saúde e de educação, encontros como os proporcionados pela formação são muito positivos para a saúde e a educação construírem e fortalecerem esse vínculo de trabalho. Os profissionais carecem de apoio e orientação para a realização de atividades interdisciplinares, apesar de reconhecerem a importância do trabalho e buscarem construir um trabalho que realmente promova a saúde da população.

O estudo apresentou como limitações a abrangência municipal da pesquisa, realizada em um único município, indicando a necessidade de se avaliar a temática em âmbito regional e nacional. Acredita-se que as semelhanças apresentadas entre as Equipes de Saúde da Família, refletiu similaridade nos resultados apresentados.

Confirma-se a necessidade de realização de novos estudos sobre o objeto de estudo pesquisado principalmente, buscar ouvir os professores.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; FARIA, Magda Guimarães. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672008000100019>.

ACIOLI, Sonia; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; FARIA, Magda Guimarães de Araújo. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 533–536, 2013.

AGUIAR, Z. N.. **SUS**: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 272 p., 2015.

ALBUQUERQUE, T. I. P.; SÁ, R. M. P. F.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. **Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde**: para qual arena política aponta a gestão?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1695-1705, 2016.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargo; ALVES, Leonir Pessate. **Processos de Ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 10 ed. Joinville, SC: UNIVILLE, 155p. 2012.

BAGGIO, Maria Aparecida *et al.* **Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná**: relato de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 71, n. 4, p. 1540-1547, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0188>.

BALBINO, C. M. **A gerência do cuidado de enfermagem na implantação de um espaço de cuidar em saúde à comunidade escolar**. 2010. Tese de Mestrado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2010.

BARBIERI, A. F.; NOMA, A. K.. **Políticas públicas de educação e saúde na escola: apontamentos iniciais sobre o programa saúde na escola (PSE)**. In: Seminário de Pesquisa do PPE. Universidade Estadual de Maringá 12 a 14 de Junho de 2013.

BARBOSA, M.; HORN, M. **Projetos Pedagógicos na educação infantil**. Porto Alegre, 2008.

BARROS, João Paulo Pereira. **Biopolítica e Educação**: relações a partir das discursividades sobre saúde na escola. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 361-381, jan./mar. 2013.

BRAMBILLA, Daiane Kutzepa; KLEBA, Maria Elisabeth; MAGRO, Márcia Luíza Pit dal. **Cartografia da implantação e execução do Programa Saúde Na Escola (PSE)**: implicações para o processo de desmedicalização. *Educação em Revista*,

[S.L.], v. 36, p. 1-14, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698217558>.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 2, Brasília, 2007.

BRASIL **manual de orientação**. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos de intersectorialidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução Nº 26, De 17 de Junho de 2013a. **Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE**. Diário Oficial da União, 18 jun. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola 2014: Passo a passo para a adesão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). CI n. 167 – Publicada a Portaria GM. 2015a.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13/07/1990**. Niterói: Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA – Niterói), Estado do Rio de Janeiro, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica (DAB). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. 2016b.

BRASIL. Ministério da Educação. **MEC reforça cuidado a alunos e professores por meio do Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2017b.

BUENO, Roberto Eduardo; MOYSÉS, Simone Tetu; BUENO, Paula Alezandra Reis. **Diálogos intersetoriais: pontes estabelecidas na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. *Divers@*, Matinhos, v. 10, n. 2, p. 51-59, jul./dez. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori . Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BUENO, D. **Programa Saúde na Escola (PSE): Desafios da Intersectorialidade**. Ministério da Saúde. Seminário Integrado da Política de Saúde na Escola Fortaleza/CE, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000600039>.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, **Carta de Otawa**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 12 maio 2024.

CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fabio Vellozo Martins. **Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 829-840, mar. 2014.

CAVALCANTI, Patricia Barreto; LUCENA, Carla Mousinho Ferreira; LUCENA, Pablo Leonid Carneiro. **Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil**. *Textos & Contextos*. Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 387

30 dez. 2015. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2015.2.21728>.

CRUZ, Thimóteo Pereira. **O olhar do professor reflexivo sobre o fracasso escolar**. *REVELLI – Revista de Educação, Linguagem e Literatura da UEG-Inhumas*, v. 3, n.1, p. 51-62, março, 2011.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 173 p., 2003.

DIAS, Maria Socorro de Araujo et al., **Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais**. Revista SANARE: revista de políticas públicas, [S.L.] v 13, n 1, p. 29-34, 2014.

DIAS, Maria Socorro de Araujo *et al.*. **Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

Falkenberg, MB et al. Educação em saúde e educação na Saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciências. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014.

Feio, A; Oliveira,CC. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soci**. São Paulo. v. 24, n. 2, p. 703-715, jun. 2015.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000200015>.

, A. *et al.*. **As interfaces do ambiente para a saúde: um estudo com crianças**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, nov/dez, v. n. 23, p. 754-60, 2015.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática de libertação**. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. 14ª Ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 36 ed., São Paulo: Paz e Terra 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Coleção Leitura, 50ª edição – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 143p. 2015a.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 59 ed. São Paulo: Paz e Terra, 255p, 2015b.

GOMES L. C. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012 GONÇALVES, Fernanda Denardin et al. **A promoção da saúde na educação infantil**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 12, n. 24, p. 181-192, mar. 2008.

GRACIANO, A. M. C. **Percepção de Professores sobre a promoção da Saúde em Escolas Públicas do Ensino Fundamental**. Tese de Doutorado em Odontologia, UFMG, Belo Horizonte, 2014.

GUIMARÃES, Gehysa; AERTS, Denise; CÂMARA, Sheila Gonçalves. **A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais.** Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 88-95, ago/dez, 2012.

HAESER, Laura de Macedo; BÜCHELE, Fátima; BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf. **Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000200011>.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. **Promoção da Saúde na Atenção Básica:** estudo baseado no método de paulo freire. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 19, n. 8, p. 3553-3559, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>.

LEITE, M. M. J.; PRADO, C.; PERES, H. H. C. **Educação em Saúde: desafios para uma prática inovadora.** 1º edição, São Caetano do Sul, São Paulo. Difusão editora, 2010.

LIBÂNEO, J C. **Democratização da escola pública:** a pedagogia crítico-social dos conteúdos. 28º edição. São Paulo. 160 p. 2014.

LUCCA, J. A. DE. **A saúde escolar na educação: um recorte histórico desta modalidade de políticas no Brasil e Portugal.** Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 200f. 2016.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* **Programa saúde na escola:** estratégia promotora de saúde na atenção básica no brasi. Journal Of Human Growth And Development, Online, v. 25, n. 3, p. 307-312, 25 out. 2015. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2009.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):** capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde:** perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1799-1809, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M.. **Fundamentos de metodologia científica.** 8º ed. Editora atlas S.A. São Paulo, 2017. p. 43-44.

MÂNICA, F; SCHWEICKARDT, JC; TOBIAS, R. **Práticas pedagógicas transformadoras:** reflexões acerca da experiência no programa de educação permanente em gestão regionalizada do SUS Amazonas. In: 11º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 2014, Botucatu. Anais... Botucatu: Revista

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2014

MORENO, E. **Educação Popular**: a presença de Paulo Freire na UNIMEP. 123 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Metodista de Piracicaba, 2012.

MENDES GONÇALVES R. B. **Práticas de saúde e tecnologia**: contribuição para reflexão teórica. Brasília, DF: OPS; 1998.

MINAYO, M. C.. Apresentação: a importância de tornar acessível a lógica e a prática da pesquisa qualitativa na área da saúde. In: R. Gomes, **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanes, 2014;

MORI, Flor Marlene Luna Victoria *et al.*. **Competencias de la enfermera en instituciones educativas**: una mirada desde los gestores educativos. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 39, p. 1-8, 2 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0152>.

NOVACZYK, Andresa Braun; DIAS, Náudia da Silva; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 1124-1137, 31 dez. 2008. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v10.46819>.

OLIVEIRA, Fernanda Piana Santos Lima de *et al.*. **Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola**: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 9, p. 2891-2898, set. 2018.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. **A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação**: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 423-431, jun. 2005.

OHARA, E C C; SAITO, R X S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 3.ed. São Paulo, p. 535. 2014.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Escolas promotoras da saúde. fortalecimento da iniciativa regional. estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington: OPS/OMS. 2003

PARAMO, M. C. D.. Jóvenes, docentes y funcionarios de salud hablan sobre la calidad de vida y sobre SUS experiencias en el Programa Salud al Colegio. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo** – v. 12 Nº 1, Bogotá, Colombia, v.12, n. 1, p. 117-132, 2010

PEDROSO, R. M.; BRITO, I. **Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2014.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI; Andréa Focesi. **Educação e promoção da saúde**: uma retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde*. São Paulo: jul/set, p.320-328, 2007.

PEREIRA, I B; LIMA, J C F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Revisão ampliada., Rio de Janeiro; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

PEREIRA, Paula Luciana Gonçalves *et al.* **A implementação do programa saúde na escola em três municípios de Minas Gerais, Brasil**. *Recom: Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, [S.L.], v. 10, p. 1-11, 23 out. 2020. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v10i0.3566>.

PETERMANN, X.B.; KOCOUREK, S. **Análise da produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil**: um estudo bibliométrico na Biblioteca Virtual em Saúde. *Revista Saúde*, Santa Maria, v. 46, n. 1, p. 1-12, jan./abr. 2020.

PEZZI, F. A. S.; MARIN, A. H.. **As causas do fracasso escolar na percepção de professores do ensino fundamental**. X ANPED SUL, Florianópolis, p. 1-14, 2014.

REUTER, Camila Luana Oliveira; SANTOS, Vilma Constancia Fioravante dos; RAMOS, Adriana Roese. **O exercício da interprofissionalidade e da intersectorialidade como arte de cuidar**: inovações e desafios. *Escola Anna Nery*, Cidade Nova, v. 22, n. 4, p. 1-8, 29 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0441>.

SABÓIA, Vera Maria Cavalcanti; VALENTE, Geilsa Soraia. **A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos**. *Revista de Enfermagem Referência*. v.3, n.2, p. 17-26. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961002>. Acesso em 05 jun 2024.

SABOIA, Vera Maria Cavalcanti. **A enfermeira e a prática educativa em saúde**: a arte de talhar pedras. *Nursing*. São Paulo. v.8, n.83, p.173-178, abr. 2005

SALCI, Maria Aparecida *et al.* **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas**: algumas reflexões. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000100027>.

SILVA, W. B.. **A pedagogia dialética de Paulo Freire e as contribuições da programação neurolinguísticas**: uma reflexão sobre o papel da comunicação na Educação popular. 85f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal da Paraíba, 2006.

SILVA, J. R. DA; SILVA; Q. A. D. DA; MENEGON, V. G. S. **A atuação da enfermagem no programa saúde na escola**: o desafio do trabalho em rede. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Campinas n. 6, p. 461-468, 5 dez. 2018.

SILVEIRA, Catharina; MEYER, Dagmar; FÉLIX, Jeane. A generificação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, [S.L.], v. 100, n. 255, p. 423-442, 18 jun. 2019. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. <http://dx.doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.100i255.3807>.

SOUZA, A. C de. **Escola Promotora de Saúde: O Sociodrama como método de Promoção de Saúde**. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade Autônoma de Lisboa, Portugal, 347f. 2015.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e Saúde**. Brasília, DF, 2007.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L; WONG-UN, J. **Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social**. Revista Aten. Primária Saúde, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.

VIEIRA, S. L. S. **A influência do positivismo e do higienismo nos primórdios da educação física brasileira e na ginástica nacional brasileira (capoeira)**. O Mundo da Saúde, v. 4, n. 31, p. 500-510, 2007.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**Título do Projeto: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): OLHARES E INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS NOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE**

Pesquisador Responsável: Ingrid Cavalcante Tavares Balreira e o orientador Prof. Dr. Alex Sander da Silva (docente da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC)

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário Inta – UNINTA e da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

Telefones para contato do Pesquisador: (88) 9 9990-3324 e (48) 9 9995- 4326.
Outras formas de contato com o pesquisador: ingridbalreira@gmail.com e alexsanders@unesc.net.

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos - R.G. _____

O (A) Sr.(ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): OLHARES E INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS NOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE”

A pesquisa visa ampliar os conhecimentos sobre as práticas de educação em saúde que sejam caracterizadas e fundamentadas em ações que envolvam setores diferentes atuando de forma integrada, onde o objetivo comum é o que direciona as ações. O Programa Saúde na Escola (PSE) é um exemplo de programa que articula o setor saúde e o setor educação, em prol de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. O objetivo geral da pesquisa é compreender a atuação conjunta da equipe de Saúde e dos Educadores junto ao Programa Saúde na Escola (PSE), numa perspectiva de colaboração interprofissional.

A sua participação consistirá em realizar uma entrevista individual com a pesquisadora responsável. O áudio da entrevista será gravado, e posteriormente será transcrito para a análise do conteúdo. A duração da entrevista durará em torno de 60 minutos. O nome verdadeiro do entrevistado será substituído por nomes fictícios (será codificado).

Os riscos dos participantes se limitam a alguma situação de constrangimento ou ansiedade durante a entrevista. Para reduzir a probabilidade de tal situação acontecer o pesquisador estará sempre atento ao comportamento do convidado, visando diminuir ao máximo essas situações.

Quando o pesquisador perceber algum desconforto por parte do participante, será oferecido a possibilidade de interromper a entrevista. Em qualquer momento você pode se retirar da pesquisa, a adesão será realizada de forma voluntária. O participante não obterá nenhum benefício, seja ele financeiro ou de qualquer outra natureza.

Com a realização da pesquisa espera-se esclarecer questões ligadas ao planejamento e execução das práticas intersetoriais e apontar novas perspectivas aos atores que cotidianamente contribuem para as práticas intersetoriais dentro do PSE. Para a comunidade espera-se que este estudo reflita no aprimoramento do PSE, e de outras práticas intersetoriais que já existem ou que possam surgir no futuro. Ao final da pesquisa, todo o material coletado será guardado por pelo menos 5 anos, sob responsabilidade do pesquisador conforme a Resolução 466/12.

Caso o (a) participante tenha alguma dúvida sobre alguma questão da pesquisa, neste formulário possui os contatos (telefone e e-mail) dos pesquisadores responsáveis, assim como do Comitê de Ética em Pesquisa. Novamente reforçamos, que a sua participação é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos ao participante ou penalização. Assim como será garantido o anonimato e confidencialidade das informações geradas durante a pesquisa. Ao final da pesquisa, será proporcionado um momento para devolutiva das análises realizadas, possibilitada pela colaboração de todos os voluntários.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos

assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária.

Eu, _____,
RG nº _____,
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Sobral, _____ de _____ de _____

(nome e assinatura do participante)

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA RODA DE CONVERSA PERGUNTAS NORTEADORAS

1. Enquanto profissionais da saúde que atuam no PSE com vocês se sentem em relação ao processo de trabalho vivenciado na implementação do programa, e em relação a promoção da saúde e educação em saúde
2. Como você percebe a integração dos profissionais de saúde acerca das suas ações desenvolvidas junto ao Programa Saúde na Escola;
3. Como são planejadas ações de educação em saúde no Centro de Saúde da Família e na Escola (articulação interdisciplinar);
4. Poderia descrever com são desenvolvidas as atividades de educação em saúde pelos profissionais de saúde na escola e sua percepção sobre as mesmas;
5. Poderia sugerir melhorias para o desenvolvimento das ações do PSE.

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 6.846.937

CAAE: 74325423.4.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Alex Sander da Silva

Pesquisador(a): INGRID CAVALCANTE TAVARES BALREIRA

Título: INTEGRAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DA EDUCAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 23 de maio de 2024.



Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

ANEXO B - CARTA DE ANUENCIA – COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SOBRAL



PREFEITURA DE SOBRAL SECRETARIA DA SAÚDE COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0231/2023

Declaramos ter ciência dos objetivos e da metodologia do Projeto de Pesquisa intitulado *Integração dos Profissionais de Saúde e da Educação no Programa Saúde na Escola: Colaboração e Olhares Interprofissionais nos Processos Pedagógicos* desenvolvido por Ingrid Cavalcante Tavares Balreira.

Na condição de instituição proponente do projeto supracitado, concordamos em autorizar o desenvolvimento da pesquisa a ser realizada no Município de Sobral/CE. Reitera-se a necessidade de pactuação prévia entre os pesquisadores e os serviços envolvidos quanto aos melhores dias, horários e condições para realização das etapas do estudo.

Por fim, recomendamos que os pesquisadores sigam às recomendações da **Resolução nº 580/2018 que trata sobre especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o sistema público de saúde** ao longo do projeto de pesquisa.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga os pesquisadores de se orientarem pelas determinações éticas propostas na **Resolução nº 466/2012, Resolução nº 510/2016 e Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS**, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir. Assim como de solicitar anuência aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia do estudo supracitado por um *Comitê de Ética em Pesquisa*. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou do serviço, assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da

pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade dos pesquisadores encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-2633 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 08 de Novembro de 2023

Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral

Código de Validação: PP51711706795559F

Emitido em: Sobral, 01 de Fevereiro de 2024, às 10:52, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.