

UNIVERSIDADE DE UBERABA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO: FORMAÇÃO
DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA – PPGEB/UBERLÂNDIA

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: ecos e reflexos no município de
Centralina/MG

Geziléia Carreiro Carletto

UBERLÂNDIA – 2021

UNIVERSIDADE DE UBERABA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO: FORMAÇÃO
DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA – PPGEB/UBERLÂNDIA

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: ecos e reflexos para o município de
Centralina/MG

Geziléia Carreiro Carletto

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Educação – formação docente para a Educação Básica, na linha Educação Básica: fundamentos e planejamento, sob a orientação do professor Doutor Tiago Zanquêta de Souza.

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central UNIUBE

Carletto, Gezilêia Carreiro.

C193e A educação em saúde na escola: ecos e reflexos para o município de Centralina/MG / Gezilêia Carreiro Carletto. – Uberlândia, 2021. 123 f. il. : color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Uberaba. Programa de Mestrado Profissional em Educação. Formação docente para a Educação Básica. Linha Educação Básica: fundamentos e planejamento. Orientador: Prof. Doutor Tiago Zanquêta de Souza.

1. Educação em saúde – Escolas. 2. Escolas – Projetos pedagógicos. 3. Política de saúde – Brasil. I. Universidade de Uberaba. Programa de Mestrado Profissional em Educação. Formação docente para a Educação Básica. II. Título.

CDD: 370

GEZILÉIA CARREIRO CARLETTO

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: ECOS E REFLEXOS NO MUNICÍPIO DE
CENTRALINA/MG**

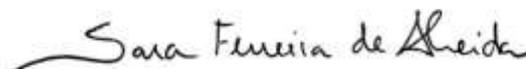
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Educação da Universidade de Uberaba, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 29/04/2021

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Tiago Zanquêta de Souza
(Orientador)
Universidade de Uberaba – UNIUBE



Profª. Drª. Sara Ferreira de Almeida
Universidade Federal de Viçosa – UFV



Profª. Drª. Selva Guimarães Universidade de
Uberaba – UNIUBE

*Aos meus pais, **Antônio Carreiro e Conceição Massuqui Carreiro**,
por sempre incentivarem e acreditarem em mim.*

*Aos meus filhos **Maria Cecília e Antônio Carlos** pela
paciência, carinho e por entenderem minha falta.*

*Ao meu amado esposo **Rogério** por todo apoio, compreensão e carinho.
Você é a minha razão.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pertence toda honra e glória pela dádiva da minha vida, realizando tantos desejos que nem eu mesmo pensei em conquistar. Na verdade, quando pensei em desistir de buscar meus objetivos de vida, Ele abriu essa porta me livrando de possíveis transtornos, me permitindo errar, aprender, crescer e evoluir, por seu infinito amor eterno, e por não me permitir desistir! GRATIDÃO!

Ao meu orientador Prof. Dr. Tiago, pela orientação, animação, competência, paciência, sabedoria, profissionalismo e dedicação tão importantes e fundamentais na concretização desse desejo. Muitas encontros e reuniões, embora em algumas eu estivesse desanimada, mas com seu jeito esplêndido e incomparável, por algum tempinho juntinhos, com sorriso estimulador e umas poucas palavras de incentivo ou até mesmo algumas mensagens, o ânimo voltava. Gratidão por não se cansar de mim. Tenho certeza de que não chegaria até aqui sem o seu apoio. Sempre sendo mais que orientador: um amigo e cuidador de mim.

Agradeço à banca de exame de qualificação e defesa, professora Dra. Selva Guimarães e professora Dra. Sara Ferreira de Almeida, que, com olhares atentos, rigorosos e amorosos, me ajudaram no aprimoramento da pesquisa.

Ao meu querido amigo Odênis, que me estendeu a mão sem ao menos saber que estava salvando o desejo do meu coração. “Amore” da minha vida eternamente, #nuncaseesquece#.

À minha mãe e ao meu pai por todo amor e dedicação. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ser filha de vocês, amo muito!

Querido Tato, meu irmão, sempre disposto a me apoiar em tudo nesta vida.

Ao esposo Rogério, por todo amor, carinho, dedicação, sabedoria, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por sempre estar ao meu lado, mesmo em momentos difíceis de *stress*.

A minha princesa Maria Cecília e Príncipe Antônio Carlos pelo amor incondicional, trocas de um carinho gostoso, que somente vocês me proporcionaram nos momentos mais exaustos.

Enfim, por todos aqueles que de certa forma me ajudaram, desde uma carona até a concretização desse desejo. A todos, GRATIDÃO!

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo”.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, p.84.

RESUMO

A presente tem por tema a educação em saúde no contexto escolar. Está vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Educação: formação docente para a Educação Básica, na linha Educação Básica: fundamentos e planejamento, e ao projeto de pesquisa intitulado: Educação na diversidade para a cidadania: um estudo de processos educativos e formativos escolares e não escolares. Está ligado ao Grupo de Pesquisa em Formação docente, Direito de Aprender e Práticas pedagógicas – FORDAPP. Fundamenta-se nos pressupostos teóricos da Educação Popular em Saúde, segundo os autores Gohn (2006), Padilha (2007) e Vasconcelos (2007). A metodologia da pesquisa é de abordagem qualitativa, segundo Bogdan e Biklen (1994), valendo-se da pesquisa documental, segundo Cellard (2008) e Flick (2009) em que o Projeto Pedagógico da Escola Estadual Escola Estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG e os arquivos referentes às ações de educação em saúde da Prefeitura Municipal do mesmo município junto à esta escola são tomados como objeto de análise. Esta pesquisa tem por objetivo geral compreender o lugar da educação em saúde na referida escola, a partir da análise do seu projeto pedagógico e revelar a contribuição do trabalho com essa temática na referida escola para o município de vínculo. Como resultados, destaca-se a necessidade de realizar alterações no Projeto Pedagógico da escola, de modo a institucionalizar, formal e legalmente, as ações de educação em saúde que a própria escola vem desenvolvendo ao longo dos anos. A pesquisa revelou que a educação em saúde tem lugar no contexto escolar a partir das ações materializadas pelo regime de parceria que a escola tem com a secretaria de saúde do município de Centralina-MG, todavia, ainda não legitimada, do ponto de vista legal e institucional, no seu Projeto Pedagógico. Tal parceria tem se pautado, até o momento, no conceito de saúde pragmático, mais biologicizado, carente de se encontrar com os pressupostos da Educação Popular em Saúde, referencial que pauta práticas de conscientização a partir de uma análise crítica da realidade, das demandas que a própria escola apresenta, ou seja, das necessidades concretas da comunidade escolar.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Escola. Projeto Pedagógico.

ABSTRACT

The present theme is health education in the school context. It is linked to the Professional Master's Program in Education: teacher training for Basic Education, in the Basic Education line: fundamentals and planning, and to the research project entitled: Education in diversity for citizenship: a study of educational and formative processes in schools and not schoolchildren. It is linked to the Research Group on Teacher Education, Right to Learn and Pedagogical Practices - TERLPP. It is based on the theoretical assumptions of Popular Education in Health, according to the authors Gohn (2006), Padilha (2007) and Vasconcelos (2007). The research methodology has a qualitative approach, according to Bogdan and Biklen (1994), using documentary research, according to Cellard (2008) and Flick (2009) in which the Pedagogical Project of the State School Wilson de Melo State School in the Municipality of Centralina-MG and the files referring to health education actions of the City Hall of the same municipality next to the school are taken as an object of analysis. This research has as its general objective, understanding the place of health education in the school, from the analysis of its pedagogical project and to reveal the contribution of the work with this theme in the school to the municipality of bond. As a result, the need to make changes to the school's Pedagogical Project is highlighted, in order to institutionalize, formally and legally, as health education actions that the school itself has been developing over the years. The research revealed that health education takes place in the school context from the actions materialized by the partnership regime that the school has with the health department of the municipality of Centralina-MG, however, not yet legitimated, from the legal and legal point of view. institutional, in its Pedagogical Project. This partnership has been based, so far, on the concept of pragmatic health, more biologized, lacking to meet the assumptions of Popular Education in Health, a reference that guides practices of awareness based on a critical analysis of reality, of the demands that the school itself presents, that is, the concrete needs of the school community.

Keywords: Popular Health Education. School. Pedagogical project.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E FOTOGRAFIAS

Quadro 1 -	Contexto Histórico do Panorama da Saúde no Brasil	36
Quadro 2 -	Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde e os Documentos Publicados	74
Quadro 3 -	Ações do PSE da Prefeitura Municipal de Centralina/MG na escola estadual Wilson Mello.	96
Figura 1 -	Criança com varíola	40
Figura 2 -	Instituto Butantã	41
Figura 3 -	Instituto Oswaldo Cruz	44
Figura 4 -	Revolta da Vacina	44
Figura 5 -	Médicos Sanitaristas em Manguinhos – RJ	49
Figura 6 -	Conferência Nacional de Saúde	50
Fotografia 1	Conscientização com cartazes e Panfletos	98
Fotografia 2	Conscientização com cartazes e Panfletos	98
Fotografia 3	Aplicando a prática escolar	99
Fotografia 4	Aplicando a prática escolar	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APAE** – Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- BNCC** – Base Nacional Comum Curricular
- CEM** – Campanhas de Erradicação da Malária
- CEME** – Central de Medicamentos
- CEV** – Campanha de erradicação da Varíola
- CLT** – Consolidação das Leis de Trabalho
- DAGEP** – Departamento de Apoio a Gestão Participativa
- DCNS** – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DEGES** – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
- DNERu** – Departamento Nacional de Endemias Rurais
- DNC** – Departamento Nacional da Criança
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- ES** – Educação em Saúde
- ESF** – Equipe Saúde da Família
- FORDAPP** – Formação Docente, Direito de Aprender e Práticas pedagógicas
- GT** – Grupo de Trabalho
- GTI** – Grupo de Trabalho Intersetorial
- H1N1** – Influenza A
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IEC** – Instituto Evandro Chagas
- ILES** – Instituto Luterano Ensino Superior
- LDB** – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- MEC** – Ministério da Educação e Cultura
- MES** – Ministério da Educação e Saúde
- MG** – Minas Gerais
- MS** – Ministério da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPS** – Organização Panamericana de Saúde
- PAS** – Programa Anual de Saúde
- PCNS** – Parâmetros Curriculares Nacionais

PET – Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PNE – Plano Nacional de Educação

PPP – Projeto Político Pedagógico

PSE – Programa Saúde da Escola

PSF – Programa Saúde da Família

REDECENTRO – Rede de Pesquisadores sobre o Professor(a) na Região Centro-Oeste

SAMU – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

ULBRA – Universidade Luterana do Brasil

UNITRI – Universidade do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

PRÓLOGO	21
INTRODUÇÃO	24
Objetivos da pesquisa	31
Metodologia da pesquisa	31
Organização da dissertação	33
I – FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	35
1.1 Histórico.....	35
1.2 A Educação Popular em Saúde	52
1.3 A educação popular em saúde na escola.....	55
II – POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A ESCOLA	57
2.1 Políticas Públicas relativas à Educação	59
2.1.1 Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN’s.....	61
2.1.2 A Base Nacional Comum Curricular – BNCC.....	62
2.2 Políticas Públicas relativas à saúde.....	66
2.2.1 O Contexto Histórico	66
2.2.2 O contexto brasileiro	69
2.2.3 O Movimento em prol da Promoção de Saúde.....	72
2.3. A Promoção da Saúde na Perspectiva da Intersetorialidade.....	75
2.4 O Programa Saúde na Escola.....	77
2.5 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/PET	80
2.6 Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas.....	83
III – EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: ECOS E REFLEXOS	87
3.1 O contexto da escola estadual analisado e o ensino médio.....	87
3.2 A análise do Projeto Pedagógico da escola	90
3.3 Programa Saúde na Escola: memórias das ações da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Centralina-MG.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	104
MATERIAL INSTRUCIONAL	111

PRÓLOGO

Meu nome é Geziléia Carreiro Carletto, brasileira, nascida no dia 20 de dezembro de 1980, as 09:15h no sábado, no hospital São Lucas, pelas mãos do Dr. Enodes de Oliveira em Tupaciguara – MG. Sou filha de Antônio Carreiro e Conceição Massuqui Carreiro e irmã de Genivaldo Carreiro.

Aos 6 anos iniciei minha vida estudantil no pré-escolar com a professora Tia Joyce na escola Municipal Arthur Bernardes, é assim que a chamava devido ao respeito, admiração e amor que tinha por ela. Tive uma infância tranquila. Gostava de sempre estar na igreja, principalmente na escolinha dominical.

A partir dos 7 anos cursei o ensino fundamental na Escola Estadual Clertan Moreira do Vale localizada em Tupaciguara-MG, onde admirava muito a professora Célia, que era amável, competente, mas durona nas correções de provas e na disciplina, mesmo assim a observação de vida dessa professora me fez encantar pela matéria de Ciências que sempre tinha maior dedicação.

Aos 16 anos comecei estudar na Escola Estadual Sebastião Dias Ferraz, onde terminei o ensino médio. No ano de 2002 consegui uma bolsa de estudo no ILES-ULBRA em Itumbiara-GO onde realizei o curso de Licenciatura Plena em Biologia. Na verdade, as condições financeiras não eram propícias a cursar outra graduação, e por gostar de Ciências optei por esse curso. Em quatro anos consegui a formação participando de vários seminários, projetos e semana acadêmica. Havendo interesse em pesquisar a resistência dos antibióticos em alguns tipos de bactérias, estimulada pela minha orientadora, Dr^a. Denise Von Dolinger de Brito Röder, dediquei-me, tanto na conclusão do curso de Biologia, o que fortaleceu mais o meu desejo de fazer o curso do meu coração, com o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Ensino do uso racional dos estudantes no ensino médio, uma avaliação de resistências de bactérias coletadas na mucosa bucal”.

Ao final do curso de Biologia surgiu a oportunidade de fazer o que eu tanto desejava. Assim, em 2005 ingressei no curso de Bacharel em Farmácia no Centro Universitário do Triângulo –UNITRI. Sempre dediquei muito a este curso e, cada etapa, para mim era um degrau vitorioso. Meu professor de saúde pública Dr. Miguel me convidou no decorrer do curso para participar de uma pesquisa sobre o uso de antibióticos na gestação, fazendo acompanhamentos com gestantes do curso de Medicina-UFU e PSF(s) – Uberlândia/MG, o que permitiu o uso dessa pesquisa como trabalho de conclusão do curso em Julho de 2008.

Em agosto de 2008, na sede de encontrar um emprego comecei a trabalhar na prefeitura Municipal de Centralina–MG, como contratada. Cidade para a qual me mudei no ano de 2006, devido ter me casado com Rogério Ferreira Carletto, 37 anos, professor de Matemática no ensino médio e engenheiro civil. Em dezembro de 2009 fiz o concurso para vaga de farmacêutica, fui aprovada e efetivada em 05 de abril de 2010. No ano de 2011, nasceu minha primeira filha Maria Cecília Massuqui Carreiro Carletto, proporcionando muitas mudanças no meu estilo de vida. Porém, cada dia vivenciando o melhor e verdadeiro amor do mundo.

Em 2015, nasceu meu filho Antônio Carlos Massuqui Carreiro Carletto, que completou minha família, fortalecendo a razão de um amor incondicional. Concursada na Prefeitura, pelo cargo de farmacêutica sempre procurei trabalhar para uma melhoria na área da assistência farmacêutica enfatizando o projetos da Rede de Farmácia de Minas, denominada Farmácia de Todos, como administração correta de medicamentos, no hospital, PSF(s)¹, APAE², e principalmente levando a saúde para as escolas ,desenvolvendo um projeto de administração de medicamentos assim como, no tratamento de verminoses nos jovens estudantes de escolas municipais, análise de manchas corporais e sintomas de gripes enfatizando o encaminhamento para o processo de análise laboratorial de doenças como tuberculose e hanseníase e H1N1³, proporcionando crianças e adolescentes uma qualidade de vida melhor devido ao fato do município de Centralina ter muitas famílias sem infraestrutura para uma saúde básica .

Na busca por solucionar problemas que partem na minha vivência e perpetuam em dias atuais, acredita-se que o caminho é construir direcionamentos para mediar informações em saúde, sendo assim, a educação formal evidencia-se como uma possibilidade participativa com o objetivo de conquistar espaços para efetivar a inserção de práticas pedagógicas que possam conscientizar e ou sensibilizar a comunidade escolar melhorando assim a qualidade de vida de uma sociedade.

¹Programa Saúde da Família.

² Associação de Pais e Amigos de Excepcionais.

³Influenza A (gripe suína)

A realização do Mestrado traz para mim uma nova oportunidade de emprego com maior qualificação profissional e, principalmente, me capacitando para o decorrer da vida, proporcionando o percurso de novos caminhos com diversas aprendizagens. Alicerçada em lutar um dia após o outro, tenho fortalecido minhas opiniões, projetos e objetivos mediante esse caminho, com um principal propósito: servir, construir, realizar e vencer barreiras.

É nesse sentido que a educação em saúde significa tanto no processo construtivo dessa pesquisa, numa sociedade que os jovens estudantes são equivalentes a seres que transformam e marcam diferentes espaços. É aqui que reside a importância da reflexão abordada, e na relação entre professor e estudantes, percorrendo caminhos no processo de ensino aprendizagem significativos, em que estes jovens estudantes possam transformar sua realidade. Para isso é necessário considerar, antes de tudo, seres que constroem e que se relacionam, adquirindo vivências, experiências e outros elementos que fundamentam suas identidades.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação dá continuidade a temática principiada em minha experiência acadêmica na área da saúde, adotando a teoria crítica com fundamentos empíricos, teóricos e epistemológicos nesta pesquisa, além de construir também caminhos considerando a educação e suas potencialidades num aspecto mais amplo e formador, possibilitando o processo de ensino e aprendizagem, em que a escola é o espaço para o desenvolvimento de atividades que, de acordo com Libâneo, (1992) devem ocorrer de forma organizada, planejada e sistemática, com propósitos intencionais que o auxiliem no seu desenvolvimento humano dos alunos.

Apropria-se das contribuições do referido autor que defende que a escola contribui para a construção de conhecimentos científicos e a formação de cidadãos capazes de pensar e refletir sobre os problemas e desafios sociais. A educação escolar, portanto, se torna relevante para as ações sociais, que amplia, modifica e auxilia muitos aspectos da sociedade, para a promoção da saúde, desenvolvimento cultural, político e econômico, visando garantir a formação integral dos homens e mulheres. A educação como direito, é essencial para o desenvolvimento do conhecimento e para a integração dos cidadãos com a comunidade, encontrando-se nela ambiente favorável à promoção da saúde.

A Educação para Freire (1988) tem que evocar a liberdade, isto é, o livre debate e não a imposição de conhecimentos. Demonstrar a ideologia de cada argumento filosófico, sem vínculo de doutrinação e deixar que a base teórica seja motivo de investigação do próprio aluno para que possa recorrer ao educador para auxiliá-lo, deveria ser o cotidiano da prática educativa.

Nesta pesquisa, é importante salientar a relação íntima entre Educação e Saúde, especialmente vinculada ao contexto escolar. A Educação em Saúde é um tema complexo e tem um caráter formativo em sua exequibilidade, pois, envolve diferentes dimensões sejam elas: política, filosófica, social, religiosa, cultural. Além disso, envolve o processo saúde-doença principalmente no sentido de promoção da saúde. Esse pressuposto básico é essencial para compreendermos o enfoque de Educação em Saúde (ES) que propomos manter e defender em nossa investigação como,

um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...] buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014, p.34).

Com o início da segunda década do século XXI⁴ torna-se possível verificar um avanço contínuo em pesquisas de diferentes áreas, entre elas, destacamos a área de educação em diálogo com a área da saúde, especialmente a partir das pesquisas realizadas no campo da Educação Popular em Saúde, que contribuiu e tem contribuído com a adoção de diferentes práticas populares de cuidado.

Desde o início dos anos 1990, profissionais de saúde envolvidos em práticas de Educação Popular organizaram a Rede de Educação Popular em Saúde, com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços sanitários. Desde então, assistimos a uma importante organização institucional do campo da Educação em Saúde. Estruturaram-se encontros em vários, congressos de âmbito nacional que dedicaram significativos espaços ao tema, criaram-se grupos acadêmicos e operativos, e aumentaram as publicações. (BRASILIA, 2007, p. 24).

Partindo da problemática de que a Educação Popular em Saúde se faz necessária para o desenvolvimento social e humano, buscamos, brevemente, contextualizá-la as luzes das concepções freirianas, promovendo uma articulação de saberes com a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral ao tratar a saúde e educação de forma integral.

A Educação Popular começa a se estruturar como corpo teórico e prática social no Brasil, no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica se voltam para as questões populares, tendo Paulo Freire como um dos principais percussores da temática libertária educacional. Em meados de 1970 as ações da Educação Popular eram de visão micro e partiam de uma pessoa para atingir um local: a comunidade periférica, “Paulo Freire e sua equipe, em 1963, ficou reconhecida nacional e internacionalmente pelo fato de que em 40 horas conseguiram alfabetizar 300 trabalhadores(as) rurais” (FEITOSA, 2008, p. 35). A proposta era identificar as lideranças e os problemas mobilizadores, criou espaços de debate, apoiando as lutas emergentes e trazendo subsídios teóricos para alargar as discussões locais.

O período que marcou o golpe militar devidamente no ano de 1964 é evidenciado como um retrocesso para a educação e os direitos civis, em que Barros (2011, p.14) acredita que “significou a interrupção brusca do processo de incipiente democratização da sociedade brasileira”. Os militares tomaram as rédeas dos setores econômicos, políticos, social e o giz

⁴O século XXI presenciou várias epidemias que puderam ser contidas em algum nível temporal ou geográfico, como as duas epidemias de coronavírus, porém desde o final do ano 2019, notadamente, no Brasil, desde março de 2020, O Brasil vivencia e luta cotidianamente em meio a uma crise sanitária, cercada de desinformação, ausência de políticas mitigatórias e contingenciamento do vírus que causa fatalidades e marca como uma das maiores tragédias que afeta a saúde humana num marco temporal.

branco, conseqüentemente a educação, sendo assim, a opressão dominou o cenário brasileiro no decorrer de alguns anos posteriores,

Daí que estabelecida a relação opressora, está inaugurada à violência, que jamais foi até hoje, na história, deflagrada pelos oprimidos.” (FREIRE, 1970, p.45). “E sem a posse direta, concreta e material do mundo e dos homens, os opressores, [...] tendem a transformar tudo o que os cerca em meros objetos de seu domínio. (FREIRE, 1970 p.48-49).

Com o processo de democratização, na década de 1990, a promulgação da Constituição Federal de 1988. Portanto, mesmo com o avançar de sistemas políticos compreende-se que garantir na sociedade os elementos que correspondem a cumprir os direitos eletivos, sendo assim, o artigo 196º da Constituição evidencia que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CFB, 1988, s/p).

Quando se rememora as ideais aos jovens escolares e a juventude no geral, no artigo 227º da Constituição Federal, exprime direitos da criança e do adolescente, manifestando e inserindo a importância em ter políticas que dimensionem a vida e o processo formativo da sociedade.

Art. 227º É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CFB, 1988).

Compreende-se então que existem políticas que podem estabelecer espaço de construção de conhecimento em saúde, considerando as diretrizes do Sistema Único de Saúde promovendo um atendimento básico a saúde e outros programas que dão assistência e que geram a integridade da criança e do adolescente, sendo assim, o espaço escolar torna-se um importante instrumento para concretizar as perspectivas garantias à saúde por meio da Educação Popular, contribuindo para a ampliação e o entendimento de saúde, fornecendo elementos que executem as políticas públicas e a seguridade social.

A Educação Popular tem seu lugar no Ministério da Saúde. Está inserida na Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde (SGTES)⁵. Até chegar ao DEGES, a Educação Popular passou por momentos de indefinição e incertezas em relação ao seu objeto e a política que a manteria.

Nesse contexto, se deu o esboço inicial para a coordenação “atuar como dispositivo para a formação de agentes sociais para atuarem na gestão da política pública de saúde e que seu campo de atuação se encontrava próximo ao cidadão/usuário do SUS” (BRASÍLIA, 2007). Dando seguimento, percebe-se que ainda não se tinha algo definido sobre a relação da Educação Popular e a política de Educação Permanente em Saúde, portanto, em julho de 2005, o Ministério da Saúde passa por mudanças em sua gestão,

[...] resultando na criação da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e a Mobilização Social do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), mantendo os propósitos e a equipe que trabalhava nas SGTES. As duas Secretarias, ambas inexistentes na estrutura anterior do Ministério da Saúde, apresentam projetos políticos que afirmam os princípios constitucionais do SUS, tendo por missão o desenvolvimento de ações com potencialidades de provocar mudanças na formação de trabalhadores, na gestão dos sistemas, na organização dos serviços, na qualidade da atenção e no controle social. Ao promover espaço institucional para as ações de Educação Popular e mobilização social, o Ministério da Saúde assume o compromisso de ampliar e fortalecer a participação da sociedade na política de saúde desde sua formulação ao exercício do controle social (BRASILIA, 2007, p.33).

A Educação Popular em Saúde implica em atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde discutidas pelos professores contribuam para aumentar o cuidado dos estudantes com a saúde pessoal e para a conquista de melhores condições de vida. Vasconcelos (2003, p.44) ressalta, que apesar do conhecimento fragmentado e pouco elaborado que as pessoas comuns têm sobre a saúde, a valorização do saber popular permite a "superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro".

Enfim, para consolidar a Educação Popular em Saúde é necessário que ações coletivas integradas comecem na própria escola, através das práticas docentes, onde o mesmo promova nos espaços escolares, rodas de discussão que fomentem reflexões sobre a atenção integral à saúde ampliando as formas pelas quais os sujeitos se constituem e expressam na sociedade.

Nas escolas públicas, a Educação Popular em Saúde possui diferentes representações no seio da comunidade escolar, que expressam suas preocupações, buscando a educação como um caminho para prevenção e aprendizado no que se refere a saúde e qualidade de vida. Por outro lado, a escola representa um espaço importante para práticas e vivências em saúde presentes nas relações entre os sujeitos que convivem nesse cenário.

⁵ Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em 07 abr. 2021.

Fatores que são determinantes das condições de saúde e doenças, como essenciais; alimentação, transporte, lazer, saneamento básico, moradia, para a saúde que podem ser problematizados por meio de temas e conteúdos científicos, construindo formas de conhecimentos por meio de análises no espaço escolar. A escola, como instituição, se define por sua função de ensino; mas local em que saúde surge como tema recorrente de aprendizagem. Entretanto, problematizar saúde na escola se deu fundamentalmente em torno do controle e da prevenção do adoecimento e de situações de risco e agravos à saúde, pela vigilância epidemiológica e sanitária, e assistência clínica.

A Educação Popular em Saúde possui um importante papel em vários setores, como na assistência social e principalmente na escola propiciando impacto positivo nas condições de vida dos estudantes, se voltarmos nosso olhar para o passado histórico compreendemos que no Brasil, existe o grande risco da desinformação causada pela falta de análise crítica em relação a saúde da população. Portanto, a construção de práticas de educação em saúde na escola ainda é um grande desafio, devido a maior necessidade de interação entre elas. Quando se refere a essa união, saúde e educação a questão trata-se principalmente da qualidade de vida dos estudantes. Para a saúde, a aproximação é benéfica e para educação contribui para uma formação integral do indivíduo. Revisitando a história, identificamos que

No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. No princípio do século XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma “raça” sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram centradas em ações individualistas, focadas na mudança de comportamentos e atitudes, sem muitas vezes considerar as inúmeras condições de vida da realidade na qual as crianças estavam inseridas (VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008, p.65).

As práticas educativas em saúde nas escolas aceleram um processo de prevenção e aprendizado. E, abordar os assuntos de saúde no contexto escolar abrange muitos estudantes que também são construtores da sociedade. As ações de educação em saúde são necessárias, pois, segundo Neri (2007), 95% das melhorias da saúde dos jovens e adolescentes, estão relacionadas à educação e não ao aumento de suas rendas. Ou seja, percebe-se que a educação potencializa a formação das pessoas, deixando-as mais conscientizadas sobre sua saúde. Sendo assim, para os cuidados com a saúde, o ser humano necessita mais de conhecimentos construídos nos espaços educacionais.

Nesse contexto, é notório o papel fundamental da escola no desenvolvimento da cultura da saúde, na medida em que é produtora e reprodutora de conhecimento, de práticas pessoais e individuais. É espaço aberto para as vivências da criança e do adolescente e,

portanto, decisivo para o desenvolvimento de atitudes, hábitos, comportamentos e valores em relação à saúde, portanto, é inegável a importância do papel das políticas de saúde, temas ligados à educação por ser cenário propício para lidar com as questões que envolvem, especialmente, os estudantes, e que vão além da sala de aula e ou espaço educativo inclusive em seu ambiente familiar e comunitário.

Diante da importância da escola na formação de um cidadão mais humano e crítico é fundamental que a saúde seja abordada em sala de aula. Propiciar aos estudantes refletir sobre questões de risco comportamentais como o consumo de álcool, o tabagismo, as doenças sexualmente transmissíveis, o uso de drogas, a boa alimentação, a prática de atividade física, estimulá-los a trabalhar o corpo e a mente e fornecer conhecimento sobre as várias doenças epidemiológicas contribuem para a formação de um “ser mais”,⁶ ou seja, fornece por meio de conteúdos escolares importantes elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável. Paulo Freire (2005), ao considerar o ser humano em sua incompletude, ensina sobre a necessidade de primar pela transformação, deixando de ser coisa para se humanizar.

A Educação em Saúde na escola deve propiciar condições para que todas e todos se tornem participantes críticos num processo de conscientização. Ou seja, as práticas pedagógicas que visam a educação em saúde tomando como princípio a educação popular, devem ser desenvolvidas possibilitando o conhecimento necessário para o autocuidado com sua saúde da população. Deve ser estratégia de agenciamento para participação em defesa da vida e para a mobilização social pelo direito à saúde.

O interesse pela temática, nesta pesquisa, se deu por duas razões. A primeira refere-se à minha atuação como profissional farmacêutica da prefeitura municipal de Centralina/MG, a aproximadamente doze anos. Minha prática profissional está direcionada para a saúde pública, viabilizando uma contribuição para o município, no que se refere às práticas de saúde e que têm um papel formativo, que pode levar os sujeitos a serem mais criteriosos em relação aos cuidados básicos. Sendo assim, desenvolve-se alguns projetos como, administração de medicamentos e seu uso racional, cuidados com a saúde, prevenções de doenças junto às escolas do município, mantendo uma relação intersetorial com a educação e saúde.

⁶ - Paulo Freire, ao tomar essa decisão, corajosa e desafiadora, estava se lançando para uma luta humanista e esperançosa por um mundo mais livre e decente para todos. Enquanto educador, sua obra foi sendo gestada junto àqueles que mais necessitam da verdadeira solidariedade para desenvolverem sua própria humanidade – seu “ser mais”. Disponível em: <<http://www.famep.com.br/repositorio/ebook/Dicionario-Paulo-Freire-versao-1.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2021.

A entrada da saúde no espaço escolar por meio de ações do Programa Saúde na Escola (PSE)⁷, foi instituído em 2007 e integra uma política de governo voltada à intersectorialidade que atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸: integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social. Sendo assim, apresenta um direcionamento com práticas pedagógicas inseridas no contexto escolar, que instiga a compreensão do conceito de educação em saúde assumido no próprio Projeto Pedagógico da escola que, no caso desta pesquisa, vincula-se ao contexto da Escola Estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG. Importa salientar que essa investigação se justifica pela necessidade de preencher lacunas existentes e construir novos conhecimentos acerca desse campo de pesquisa, sobretudo no município de Centralina-MG, uma vez que não existe nenhum estudo realizado com esse objetivo na cidade.

Diante deste campo de investigação, a questão básica que orienta a proposição desta pesquisa é: *qual o lugar da educação em saúde na Escola Estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG, a partir da análise do seu projeto pedagógico e qual a contribuição do trabalho com essa temática na referida escola para o município de vínculo?*

É nesse sentido que propomos a necessidade dessa investigação que articula a relação humanística da educação em saúde, especialmente atrelada aos pressupostos da Educação Popular em Saúde no contexto da Escola Estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG. O conceito de saúde que assumimos está estreitamente vinculado aos pressupostos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que

compreende o cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes. Aponta a construção de horizontes éticos para o cuidado em saúde não apenas como ação sanitária, mas social, política, cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva da produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado permeadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia. A fim de fomentar a compreensão ampliada do cuidado em saúde a PNEPS reforça o reconhecimento e a convivência dos modos populares de pensar, fazer e gerir a saúde, promovendo o encontro e diálogo destes com os serviços e ações de saúde. Fortalecer as práticas populares de cuidado implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como, aprimorar sua articulação com o SUS (BRASIL, 2012, p.19).

⁷Programa Saúde na Escola: O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersectorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pse>>. Acesso 28 mar. 2021.

⁸ Sistema Único de Saúde: Fundando em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Fonte: <https://pensesus.fiocruz.br/sus> (Acesso 28/03/2021)

Acredita-se que a investigação do tema especialmente a partir do Projeto Pedagógico da escola revelará possibilidades de debates para que se possa estabelecer, no espaço escolar, uma maior compreensão da relação entre saúde e seus determinantes mais gerais, possibilitando processos de aprendizagem permanente para os envolvidos, não se tratando apenas de forma isolada como uma 'disciplina', mas em uma abordagem transversal, fundamental para preparação e execução das aulas, atreladas a uma perspectiva de transformação da realidade.

Por último, é preciso destacar que o cenário pandêmico provocado pela Covid-19 torna o tema desta investigação ainda mais relevante, tendo em vista os cuidados com a saúde, no sentido de evitar a contaminação pelo coronavírus e da necessidade de, em primeira instância, preservar a vida de todos e todas. Nesse sentido, a escola pode ser o *locus* privilegiado de ações educativas para o combate à pandemia que vem assolando, de modo especial, o povo brasileiro.

Objetivos da pesquisa:

Objetivo geral: compreender o lugar da educação em saúde na Escola Estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG, a partir da análise do seu projeto pedagógico e revelar a contribuição do trabalho com essa temática na referida escola para o município de vínculo.

Objetivos específicos:

- ✓ analisar como o tema educação em saúde aparece nos documentos: LDB 9394/06, PCNs, BNCC - 2017;
- ✓ compreender o conceito de educação e saúde presente no Projeto Pedagógico da escola;
- ✓ elaborar um memorial de ações formativas em educação em saúde na Escola Estadual Wilson de Melo.

Metodologia da pesquisa

A temática da saúde na escola é objeto de atenção de diversos organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), portanto, seguindo os objetivos desta pesquisa evidencia-se que a busca dos dados necessitou de compreensão e

explicação das relações sociais, entendemos que a melhor maneira de alcançar a realidade mencionada uma pesquisa com a abordagem qualitativa. Bogdan e Biklen (1994) contribuem com este suporte teórico, ao mencionarem que a investigação qualitativa é dotada de características relativas a uma fonte direta de dados. Os dados recolhidos podem diferir entre palavras, textos ou imagens e estão relacionados de forma entrelaçada com os processos e os resultados.

Martins (2004, p.289) corrobora afirmando que essa modalidade de pesquisa

é definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise. Enfatiza-se a necessidade do exercício da intuição e da imaginação pelo sociólogo, num tipo de trabalho artesanal, visto não só como condição para o aprofundamento da análise, mas também — o que é muito importante — para a liberdade do intelectual.

Lüdke e André (1986) esclarecem sobre a possibilidade de a abordagem qualitativa permitir, a partir da observação de uma realidade em estudo, condições de extrairmos informações que possibilitam a construção de conhecimentos e saberes inédito. Esta possibilidade se dá pela condição de participação interpretativa dos dados analisados pelo pesquisador.

Complementando a necessidade de análise e interpretação dos dados localizados, a partir de diferentes universos, em que a realidade não nos é externa ao processo, mantem-se os embasamentos das autoras supracitadas que defendem esta abordagem como ideal para estudos que objetivam a interpretação e o entendimento da realidade de forma complexa e contextualizada, uma vez que valoriza a maneira própria de compreensão pelo sujeito permitindo assim, uma dialeticidade entre a fonte direta, aqui representada pelos documentos, ou seja, o ambiente natural e, a nossa atuação de pesquisador como sendo o instrumento principal.

Em função das fontes escolhidas para este estudo constituírem-se de documentos, essa pesquisa será constituída por pesquisa documental, na perspectiva de Cellard (2008) e Flick (2009), possibilitando com que os determinantes e condicionantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais ganhem espaço.

Assim, pode-se dizer que a pesquisa documental é aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno; é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos; é caracterizada como documental quando essa for a única abordagem qualitativa, sendo usada

como método autônomo. Porém, também é possível utilizar documentos e análise de documentos como estratégias complementares a outros métodos (FLICK, 2009).

O uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental, qualitativa ou quantitativa, favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

Para compor possíveis respostas para a questão de pesquisa, retomou-se e analisou-se o Projeto Pedagógico da escola estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG e os arquivos referentes às ações de educação em saúde do Programa Saúde na Escola, vinculado e executado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Centralina-MG junto à esta mesma escola, realizadas no ano de 2019 e 2021, tomando como referência as cinco dimensões apontadas por Cellard (2008):

O exame do contexto social global no qual foi produzido o documento e no qual mergulhava seu autor e aqueles a quem ele foi destinado e a análise. (...) não se pode pensar em interpretar um texto, sem ter previamente uma boa ideia da identidade da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que a levaram a escrever. A autenticidade e a confiabilidade do texto (...). A natureza do texto (...). Os conceitos-chave e a lógica interna do texto (CELLARD, 2008, p. 299-302).

Após a análise preliminar, examinou-se de forma articulada os resultados de cada dimensão, tendo em vista a questão orientadora do estudo. Nesse processo, reorganizou-se os eixos temáticos de análise, agrupando ou criando outros, em articulação com a base teórica apresentada com maior detalhamento na seção 3.

Organização da dissertação

A educação, na perspectiva libertadora, exige a dialogicidade, sendo assim, na busca por atender aos objetivos propostos para esta investigação, realizou-se na primeira seção deste relatório, uma revisão de literatura acerca da temática mediante pesquisa em material pertinente. Neste sentido, inicialmente, na busca por fundamentar a discussão relativa à Educação em saúde, desenvolvemos um histórico para evidenciar o percurso mediante o contexto histórico que perpassa o panorama da saúde no Brasil de forma a evidenciar a importância da Educação Popular em Saúde, as Políticas Públicas de Educação em Saúde para a escola, a partir da reflexão entorno dos documentos essenciais que embasam tal premissa.

Na segunda seção, trazemos as Políticas Públicas Específicas em Saúde, de forma a evidenciar o contexto histórico, os movimentos originados em prol das mesmas, a intersetorialidade como mecanismo de promoção de saúde na escola, o surgimento do

Programa de educação pelo Trabalho Para a Saúde – PET⁹ saúde e por fim, o Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas que se apresenta como uma conquista significativa para a saúde pública no Brasil.

Na terceira seção, são apresentados os resultados da pesquisa de forma a evidenciar o lugar da educação em saúde na Escola Estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG, a partir da análise do seu projeto pedagógico e revelar a contribuição do trabalho com essa temática na referida escola para o município de vínculo.

A última parte desta dissertação objetiva apresentar as considerações finais da pesquisa, além das dificuldades também os avanços decorrentes do desenvolvimento da Educação em Saúde, enquanto projeto de atenção básica aos estudantes e as perspectivas para a investigação inerente à temática.

⁹O Programa é uma iniciativa voltada para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade por meio de atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e extensão universitária, e a participação social. Fonte: <https://fenf.unicamp.br/pt-br/graduacao/programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-saude-pet-saude> (Acesso em 28/03/2021)

I – FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1.1 Histórico¹⁰

Para entender a Educação em Saúde (ES), o foco desta pesquisa, se faz necessário compreender, a *priori*, o processo histórico. Para tanto, traçaremos nesse capítulo um panorama da ES, apresentando o desenvolvimento temporal do tema, buscando relacioná-lo com o contexto escolar, sendo assim, a Educação Popular em Saúde (EPS) representa uma possibilidade dentro do contexto escolar, orientada pela construção compartilhada de alternativas para a compreensão e enfrentamento do processo saúde-doença-cuidado e para a conquista de melhores condições de vida.

A ES se origina a partir do encontro de duas grandes áreas, a educação e a saúde, que embora, apresentam objetivos, conteúdos e metodologias distintas se relacionam entre si e formam um campo de estudos.

Quando é proposto o estudo desse campo com diferentes diretrizes, torna-se possível afirmar ser polissêmico uma vez que o próprio termo nos propicia mais de uma significação (educação em saúde, educação para a saúde, educação e saúde, educação sanitária).

Além de ser um campo polissêmico, a ES é também um campo multifacetado, assim como Schall e Struchiner (1999, p.4), esclarecem,

a ES é “um campo multifacetado, para onde convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições políticas e filosóficas sobre o homem e a sociedade”.

A ES, por se tratar de um campo multifacetado, possui ainda uma multiplicidade na sua própria definição. Diferentes conceitos procuram definir essas duas áreas distintas, porém, complementares, o Ministério da Saúde (MS) define “educação em saúde como:

um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, MS, 2013, p. 19).

Na concepção de Mohr (2002, p.38) a ES é um conjunto de “atividades realizadas como parte do currículo escolar, que tenham uma intenção pedagógica definida, relacionada ao ensino-aprendizagem de algum assunto ou tema relacionado com a saúde individual ou

¹⁰ Este texto foi elaborado com base em produções acadêmicas/científicas e documentos relativos à temática.

coletiva”. Como este estudo tem foco investigativo no ambiente escolar, utilizaremos a designação e conceituação de ES proposta por Mohr (2002).

O quadro 1 apresenta o contexto histórico das políticas de saúde no país.

QUADRO 1 – Contexto Histórico do Panorama da Saúde no Brasil

ANO	ACONTECIMENTO
1808	Criação do cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos.
1828	Promulgada a lei nº 8.080 de Municipalização dos Serviços de Saúde, conferindo às Juntas Municipais, já criadas, as funções que até então eram exercidas pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. Criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro.
1837	Obrigatoriedade de imunizar todas as crianças contra as epidemias
1946	Organização do Instituto Vacínico via Decreto nº 464, de 17/8/1846.
1851	Criação da Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao Ministro do Império, lançou esforços financeiros para providências sanitárias referentes à prevenção da disseminação da febre amarela, epidemia de bexigas via Decretos nº 752, de 8/1/1851 e nº 826, de 26/9/1851.
1900	Criação do Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacina contra a peste.
1901	Instalado na Fazenda Butantan, na zona Oeste da cidade de São Paulo, em fevereiro de 1901, foi reconhecido como instituição autônoma sob a denominação de Instituto Serumtherápico. Seu primeiro diretor foi o médico Vital Brazil Mineiro da Campanha, estudioso dos problemas de saúde pública da época. Fonte: https://butantan.gov.br/institucional/historico . (Acesso 01/04/2021)
1904	Instituiu-se a Reforma Oswaldo Cruz, em que se deu a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública via Decreto nº 1.261, de 31/10/1904.
1920	Instituída a Reforma de Carlos Chagas. A mesma tinha como objetivo reorganizar os Serviços de Saúde Pública e criar o Departamento Nacional de Saúde Pública, regulamentado pelo Decreto nº 14.189, de 26/5/1920.
1924	Iniciaram as primeiras ações na direção de programas de educação em saúde no país.
1930	Juntamente com o processo revolucionário de 1930, foi criada através do Decreto nº 19.402, de 14/11/1930 a fundação do Ministério da Educação e Saúde (MES).
1931	Foi formada a Secretaria Estadual de São Paulo, tendo o sanitarista João de Barros Barreto como diretor do Serviço Sanitário Estadual.
1941	Barros Barreto orienta a nova reforma da Saúde Pública Federal. A Reforma organizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, criando através do Decreto Lei nº 3.171, de 2/4/1941, diferentes órgãos como: a Divisão de Organização Sanitária; Divisão de Organização Hospitalar; Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Leprosia; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Sete Delegacias Federais de Saúde.
1953	Reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração

	das atividades de educação no planejamento das ações dos demais órgãos do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953).
1954	Mediante a Lei nº 2.312, de 3/ 9/1954 estabeleceu-se o dever do Estado, bem como da família, de defender e proteger a saúde das pessoas.
1964	Houve a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM (pelas incorporações do DNERu com a CEM - Campanha de erradicação da Malária) e a CEV - Campanha de Erradicação da Varíola), por meio do Decreto nº 66.623, de 22/5/1970).
1970	Criada a divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde.
1977	A organização Mundial de Saúde (OMS) estipulou uma meta de imunização para todas as crianças do mundo, aprovando o modelo da Caderneta de Vacinação, por meio da Portaria GM/MS nº 85, de 4/4/1977.
1986	Realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Criação do Sistema Único de Saúde – SUS.
1988	Promulgada a nova Constituição Federal.
1990	Sistema Único de Saúde – SUS, regulado pela lei nº.8.080 de 1990 e pela lei nº. 8.142.
2004	Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.
2005	Determinou a adesão do Ministério da Saúde ao Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (Gespública), com representante da Funasa (Portaria GM/MS nº 2.459, de 12/12/2005).
2006	Definiu a nova missão: Realizar ações de saneamento ambiental em todos os municípios brasileiros e de atenção integral à saúde indígena, promovendo a saúde pública e a inclusão social, com excelência na gestão, em consonância com o SUS e com as metas de desenvolvimento do milênio.
2007	O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A intersetorialidade 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. A articulação entre Escola e Atenção Primária à Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Fonte: Disponível em: < https://aps.saude.gov.br/ape/pse#:~:text=O%20Programa%20Sa%C3% >. Acesso em 01 abr. 2021.
2008	Incluiu na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 72 - Unidade de Atenção à Saúde Indígena e seus subtipos (Portaria SAS/MS nº 475, de 1/9/2008). Criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), que dispõem de estrutura física adequada para atendimento e profissionais de diferentes áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Na área de saúde bucal, foram acrescentadas 2.569 equipes de

	Saúde Bucal para atenção básica e instalados 176 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que oferecem ações especializadas. Fonte: Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html >. Acesso em 01 abr. 2021.
2010	Instituiu, em todo o território nacional, o Calendário de Vacinação para os Povos Indígenas (Portaria GM/MS nº 1.946, de 19/7/2010).
2011	Instituiu o Grupo de Trabalho com o objetivo de coordenar as ações relativas à transferência dos bens permanentes ativos da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para o Ministério da Saúde, compreendendo os bens móveis, imóveis, intangíveis e semoventes, acervo documental e equipamentos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, incluindo os relacionados às ações de saneamento ambiental em terras indígenas (Portaria GM/MS nº 215, de 9/2/2011).
2012	PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2014	Marco de Referência de Educação Popular para as políticas públicas – 2014. Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Articulação Social e Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã. Disponível em: < http://conae2014.mec.gov.br/images/pdf/MarcodeReferencia.pdf >. Acesso em: 18 abr. 2021.
2016	EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016 - Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. – Impõe o limite no teto de gastos públicos, incluindo gastos com a saúde – SUS.

Fonte: Elaborado a partir de: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em 10 de fev. 2020.

É possível perceber que no Brasil ocorreu um processo de mobilização no cenário da saúde, construindo e reforçando parâmetros para que transformasse uma realidade direcionada ao bem-estar social da população, ampliando a qualidade de vida dos indivíduos em coletividade, sendo assim, compreende-se que essas ações correspondem à aplicabilidade prática das propostas. Portanto, o quadro foi construído de acordo com os levantamentos realizados no espaço virtual da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA - 2017)¹¹.

A partir destes marcos históricos da saúde pública no Brasil apresentados no quadro 1 é possível compreender que esse percurso é marcado por sucessivas reorganizações

¹¹Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/>>. Acesso em 07 abr. 2021.

administrativas e edições de muitas normas, evidenciando pontos que podem ser debatidos diante das condições para a real implementação de políticas que possam favorecer melhorias no hábito de vida, tornando-as uma opção para os sujeitos.

De acordo com a FUNASA (2017) a cronologia histórica da saúde brasileira mediante principais legislações relativas ao panorama perpassou as questões da saúde no Brasil, traçando especificamente os principais registros de saúde pública no Brasil, iniciando a partir do século XIX, mais precisamente em 27 de fevereiro de 1808, quando foi criado o cargo de Provedor-Mor¹² de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nos estados, e junto a criação desse cargo houve o alvará sobre regimentos e jurisdição do Físico-Mor e Cirurgião-Mor e seus delegados.

Vinte anos após a criação do cargo de Provedor-Mor, o Brasil independente de Portugal¹³, promulgou a lei nº 8.080 de Municipalização dos Serviços de Saúde, conferindo às Juntas Municipais¹⁴, já criadas, as funções que até então eram exercidas pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. Nesse mesmo ano, 1828, ocorreu ainda a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro.

No ano de 1837 foi instituída a obrigatoriedade de imunizar todas as crianças contra as epidemias¹⁵ da época, nesse caso a varíola¹⁶ (figura 1). Ela era uma das maiores preocupações naquele momento, pois através dela ocorriam mortes recorrentes.

¹²Cargo que atribuía o envolvimento dos negócios de higiene e saúde, fiscalizando a prática médica dos cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, sangradores, veterinários, enfermeiros, dentistas e parteiras, e o ensino médico-cirúrgico no Brasil, emitia além da concessão de cartas de exame, licenças de curadores e vistos em diplomas de faculdades médicas estrangeiras, e do controle de hospitais civis e militares.

¹³A Independência do Brasil foi em 7 de setembro de 1822. O Brasil deixou de ser uma colônia de Portugal. A proclamação foi feita por D. Pedro I as margens do riacho do Ipiranga em São Paulo.

¹⁴As que responsabilizavam pelas atribuições sanitárias, e o estabelecimento da Higiene Pública. Vale ressaltar que, além da varíola, as juntas controlavam a disseminação da tuberculose, da malária e da febre amarela.

¹⁵Quando uma doença infecciosa aumenta muito rápido numa localidade ou em grandes regiões atingindo muitas pessoas.

¹⁶Doença infecciosa aguda, muito contagiosa e com carácter epidémico e com características de endemia em certas regiões do Mundo. Nos países mais evoluídos (entre os quais Portugal) a doença foi erradicada graças às muito eficazes medidas profiláticas adotadas, como a vacinação obrigatória. É uma doença provocada por um vírus da família dos *Poxviridae*. Após um período de incubação de 9 a 12 dias a doença inicia-se com calafrios, febre elevada, cefaleias, náuseas e vômitos, sintomas estes a que se segue o aparecimento de uma erupção vesiculopustulosa generalizada. As pústulas, ao secarem, deixam cicatrizes permanentes. A varíola pode classificar-se segundo a OMS e consoante a mortalidade em: varíola *major* (mortalidade entre 20 e 50%; varíola *minor* ou alastrim (mortalidade inferior a 5%); e varíola atenuada, em que os sintomas são discretos e que pode surgir em indivíduos já vacinados.

Figura1: Criança com Varíola



Fonte: Disponível em: <<https://toxicumbiologicus.wordpress.com/2013/03/23/um-pouco-sobre-o-criador-da-vacina/>>. Acesso em 19 fev. 2020.

A luta contra as epidemias se estendeu alguns anos até a organização do Instituto Vacínico do Império regulamentado pelo Decreto nº 464, de 17/8/1846. Tendo a função de estudar, praticar, melhorar as vacinas para efeito eficaz e espalhar a vacina para os municípios, portanto, acredita-se que “iniciativa tomou como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior dos beneficiários da ação (VASCONCELOS, 2001).”

Na metade do século XIX o Brasil, o que acarretou transformações na sua estrutura social, tais como: as populações do campo migraram para a cidade, ocorrendo um aumento populacional proporcionado grandes endemias de doenças como, peste bubônica, febre amarela, malária e ainda a varíola, devido à falta de saneamento básico e de higiene. Naquela época, os esgotos eram a céu aberto e os lixos não tinham lugares apropriados para serem descartados sendo depositados em valas, portanto, o maior desafio do século era quanto à estruturação do saneamento básico, começando pelas campanhas sanitárias que tinham por objetivo divulgar, explicar a importância de ter os cuidados com a higiene em geral, primeiro, no meio rural, devido à pobreza desta população que, conseqüentemente, era a maior vítima de doenças. Mesmo com a vacinação, ao se mudarem da zona rural para a urbana, colaborava com a propagação de doenças, acarretando graves conseqüências à saúde pública (BAPTISTA, 2007).

Após essa transição da população rural para a cidade, algumas ações como, investimentos governamentais para estruturar o saneamento básico começaram a ocorrer, com o objetivo de oferecer cuidados sanitários na capital Rio de Janeiro e em algumas outras cidades mais acometidas pela endemia. Outros cuidados como o controle de Navios e Saúde dos Portos também foram tomados, devido à transição de número de pessoas.

De acordo com a ordem cronológica apresentada pelo portal da FUNASA (2017), no ano de 1850, outro surto epidêmico tomou conta do cenário brasileiro, a tuberculose (TB). Com a vinda de missionários religiosos, houve uma propagação de tal forma entre os índios,

atingindo os jovens em idade laborativa, passando a ser uma das principais causas de morte da época. Dentre muitos religiosos que foram atingidos com essa doença, padre Manoel de Nóbrega, pioneiro da TB, ganhou destaque devido seus sermões que, chegando no Brasil, escrevia em carta para seu Provincial Miguel Torres, relatando sua malignidade: “A mim devem-me já ter por morto, porque ao presente fico deitando muito sangue pela boca”.

A epidemia de TB estava relacionada às condições precárias, falta de higiene e deficiência na alimentação, sendo nomeada “a praga dos pobres”, visto que esses pontos eram observados na população empobrecida.

De acordo com a Funasa (2017), regulamentação da lei que criou a Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao Ministro do Império, lançou esforços financeiros para providências sanitárias referentes à prevenção da disseminação da febre amarela, epidemia de bexigas. Estas ações foram regulamentadas pelos Decretos nº 752, de 8/1/1851 e nº 826, de 26/9/1851.

Devido ao surto epidemiológico, a autoridade sanitária da época tornou obrigatória a desinfecção das casas e estabelecimentos públicos ou particulares, limpeza de ruas, escolas, hospitais, pois foi através da má condição de higiene que aumentou os casos de doença gerando epidemias.

Como descrito no portal da Funasa (2017), nas primeiras décadas do século XX, possibilitando engendrar preocupações com as pesquisas científicas como meio de levantamento de dados estatísticos para mensuração das epidemias de doenças transmissíveis, em particular, a febre amarela e a malária. Foi criado, em 25 de maio de 1900, o Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacina contra a peste.

Figura 02 Instituto Butantan



Fonte: Disponível em <<https://www.butantan.gov.br/>>. Acesso em 07 abr. 2021.

Em 1899, conforme o histórico do instituto Butantan (figura 2), um surto de peste bubônica, que se propagava a partir do porto de Santos (SP), levou a administração pública estadual a criar um laboratório de produção de soro antipestoso (que combate a peste), vinculado ao Instituto Bacteriológico (atual Instituto Adolpho Lutz). Esse laboratório foi instalado na Fazenda Butantan, na zona Oeste da cidade de São Paulo, e, em fevereiro de 1901, foi reconhecido como instituição autônoma sob a denominação de Instituto Serumtherápico. Seu primeiro diretor foi o médico Vital Brazil Mineiro da Campanha, estudioso dos problemas de saúde pública da época. No cotidiano de Vital Brazil, sempre estiveram presentes a preocupação em divulgar amplamente a ciência, a atuação do instituto e a produção de soros e vacinas, o que lhe conferiu o reconhecimento da comunidade internacional.

Mais de um século depois de sua fundação, o Butantan é hoje um destacado centro de pesquisa biomédica, que integra pesquisas científicas e tecnológicas, produção de imunobiológicos e divulgação técnico-científica, buscando a permanente atualização e integração de seus recursos e, com isso, a inovação.

Diante da pandemia¹⁷ do coronavírus enfrentada entre 2020 e 2021, uma mobilização mundial iniciou a produção da vacina contra a Covid-19¹⁸ (SARS-CoV-2). Inúmeros estudiosos e fabricantes de medicamentos começaram a trabalhar com parcerias em prol de desenvolver a vacina de imunização contra esse tipo de vírus, que infectou mais de 100 milhões de pessoas e matou mais de dois milhões no mundo.

Com isso, o Instituto Butantan resolveu firmar uma parceria com a Sinovac Biotech, uma biofarmacêutica chinesa que já havia desenvolvido a vacina para o SARS-CoV-1, um vírus da mesma família que causou uma epidemia de SARS, na China, entre 2002 e 2004. A parceria permitiu que o Butantan e a Sinovac estivessem juntos nos processos de pesquisas, estudos, testes e desenvolvimento da vacina CoronaVac¹⁹, contra a Covid-19. As Fases 1 e 2

¹⁷Doença infecciosa e contagiosa que se espalha muito rapidamente e acaba por atingir uma região inteira, um país, continente etc. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/pandemia/>> Acesso em 07 abr. 2021.

¹⁸A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. Fonte: Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em 07 abr. 2021.

¹⁹ Vacina desenvolvida pela empresa biofarmacêutica chinesa Sinovac Biotech e produzida no Brasil pelo Instituto Butantan, em São Paulo, tem como expectativa a produção de cerca de 1 milhão de doses por dia. Essa vacina foi testada em mais de 12 mil voluntários entre 18 e 59 anos, não apresentou efeitos colaterais

de testes foram realizadas na China, e, ao final de 2020, uma equipe da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi enviada à fábrica da Sinovac para checar a produção dos materiais da vacina e validar a parceria, concedendo à farmacêutica a Certificação de Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. A validação permitiu que a Fase 3 de testes fosse realizada no Brasil, e a matéria-prima da Sinovac foi enviada ao Butantan para que o instituto começasse a produção da vacina aqui. A parceria entre as duas instituições permitiu a troca de informações sobre a vacina, mas a produção da CoronaVac foi feita no Butantan.

Nos primeiros três anos desse século, a preocupação com as epidemias aumentou, sendo necessária a criação do cargo de Diretor-Geral de Saúde Pública, ocasião em que Oswaldo Cruz²⁰ foi nomeado à função. Ele propiciou diferentes medidas de combate contra as doenças instaladas no país. Dentre as ações desenvolvidas por Oswaldo Cruz destaca-se: estruturação da campanha contra a febre amarela; extinção da dualidade na direção dos serviços de higiene, estabelecendo parcerias entre setores federais e municipais; multa e intimando para os proprietários de imóveis insalubres; movimentação de brigadas e mata-mosquitos pela cidade; limpeza nas calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d'água; utilização de petróleo em ralos e bueiros para acabar com depósitos de larvas e mosquitos; expurgavam as casas, pela queima de enxofre e piretro; providencias de isolamento domiciliar dos doentes ou sua remoção para hospital; publicação de folhetos educativos pra conscientização de que o transmissor da doença era um mosquito: o *Aedes aegypti*; campanha contra a peste bubônica, por meio de notificação compulsória dos casos, isolamento e aplicação do soro.

Seguindo as informações do portal da FUNASA (2017), no ano de 1904 instituiu-se a Reforma Oswaldo Cruz, em que se deu a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, a qual se destinava a atender aos problemas de saúde da capital do país e prosseguir na defesa sanitária dos portos brasileiros. Junto à diretoria geral foi criado o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção no Rio de Janeiro, no Instituto Oswaldo Cruz (figura 3). Essa reforma trouxe através do Decreto nº 1.261, de 31/10/1904 a obrigatoriedade em toda República da vacinação e a revacinação obrigatória contra a varíola (BAPTISTA, 2007).

graves em nenhum deles e apenas 35% dos voluntários apresentaram algum tipo de reação adversa, porém todas elas classificadas como em grau leve, como dor local e febre baixa.

²⁰Nasceu em 1872 e faleceu em 1917 foi um médico brasileiro sanitarista, bacteriologista e epidemiologista responsável pela erradicação da peste bubônica, da febre amarela, da varíola no país, decretando a obrigatoriedade da vacina em todos. Site: <http://www.fiocruz.br>

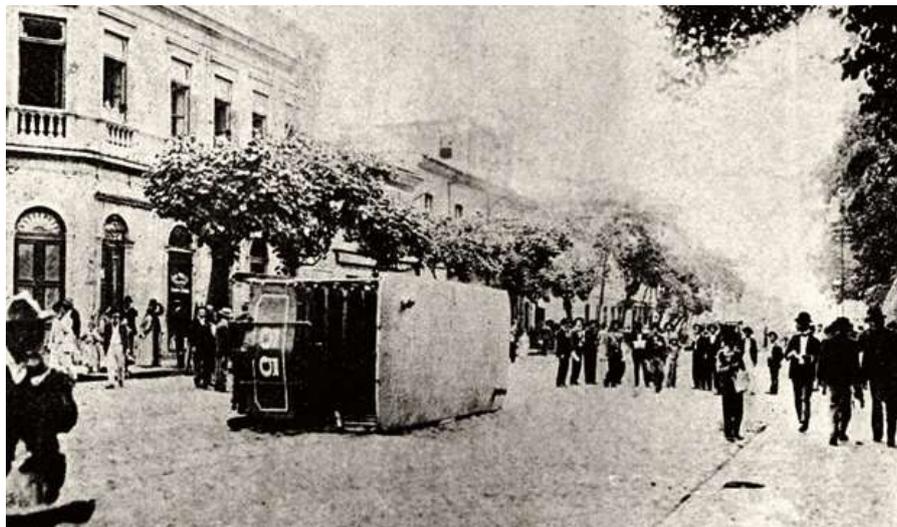
Figura 3: Instituto Oswaldo Cruz



Fonte: Disponível em: <<https://vejario.abril.com.br/blog/rafael-mattoso/fiocruz-120-anos-historia-ciencia-saude-coronavirus/>>. Acesso 28 mar. 2021.

Estas rigorosas medidas estarreceram a população e a oposição a Oswaldo Cruz. As pessoas foram às ruas para protestarem e foi organizada a Liga Contra a Vacinação Obrigatória, a Revolta da Vacina (figura 4), com rebelião da sociedade e das escolas militares, pois consideravam uma invasão de privacidade nas suas moradias e uma vacinação forçada.

Figura 4: Revolta da Vacina



Fonte: Disponível em: <<https://radios.ebc.com.br/na-trilha-da-historia/edicao/2016-11/historiadora-destaca-papel-de-oswaldo-cruz-no-avanco>>. Acesso: 28 mar. 2021.

Sequenciando, a partir das informações do portal Funasa (2017) verifica-se que vinte anos após a fase de contestação da vacina no Brasil, registra-se um novo marco importante na evolução sanitária brasileira: a reforma de Carlos Chagas²¹. A mesma tinha como objetivo reorganizar os Serviços de Saúde Pública e criar o Departamento Nacional de Saúde Pública, regulamentado pelo Decreto nº 14.189, de 26/5/1920.

²¹Nasceu em 1879 e faleceu 1934, foi um médico sanitarista e pesquisador brasileiro. Dedicou-se ao estudo das doenças tropicais. Descobriu o protozoário causador da doença de Chagas, ao qual deu o nome *Trypanosoma cruzi*. Fonte: Disponível em: <<http://mapa.an.gov.br>>. Acesso em 07 abr. 2021.

Ainda na década de 1920, mais precisamente no ano de 1924, como descreve (BAPTISTA, 2007) iniciaram as primeiras ações na direção de programas de educação em saúde no país, guiados por Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira. Eles deram início às atividades que envolviam a saúde em escolas estaduais, iniciando no Rio de Janeiro e percorrendo até o Distrito Federal. Essas ações levaram Horácio de Paula Souza a criar a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, o que consagrou seu título de educador sanitário, cuja responsabilidade principal era a divulgação de noções de higiene para estudantes das escolas primárias estaduais.

Na década seguinte, em 1930 com a ascensão de Getúlio Vargas ao Poder, foi criada através do Decreto nº 19.402, de 14/11/1930 a fundação do Ministério da Educação e Saúde (MES) – com isso, os serviços referentes à saúde pública foram transferidos para o novo Ministério, o que acabou gerando, além do sufocamento de todas as iniciativas estaduais, a concentração das atividades sanitárias nas cidades.

Em conformidade com os dados da Funasa (2017), somente a partir do ano de 1930, quando se deu a criação de diferentes órgãos de prevenção e controle de doenças, é que ocorreu uma série de transformações na questão política que estruturava a república, compartilhando o sofrimento provocado pelas várias doenças infectocontagiosas com a maior parte dos países ocidentais.

As ações do MES tinham condições de proporcionar aos administradores as oportunidades de prover um campo educacional que possibilitasse tornar a vida do ser humano mais saudável. Porém, de acordo com Brito Bastos (1969) em relatório expedido no ano de 1969, essa oportunidade, não foi explorada na prática. Apoiado na base de dados do portal da Funasa (2017) interpreta-se que as ações de Educação em saúde que existiam nessa época, era por meio de cuidado sanitário, ou seja, de limpeza e higiene que se limitaram suas atividades nas propagandas sanitárias, até então, reduzidas em formato de publicação material didático, como: folhetos, livros, catálogos e cartazes; publicação, distribuição e edição de periódicos, notas e artigos sobre assuntos de saúde e promoção de concursos públicos na área da saúde, visando pessoas capacitadas para a função de acompanhamento e fiscalização desses cuidados na higiene.

Apoiado na base de dados do portal da Funasa (2017) o ano seguinte, em 1931, foi formada a Secretaria Estadual de São Paulo, tendo o sanitarista João de Barros Barreto²² como

²²Médico sanitarista e professor brasileiro. Seu nome batiza o Hospital Universitário João de Barros de Barreto, no Pará, referência estadual em pneumologia e infectologia.

diretor do Serviço Sanitário Estadual. Já em 1941 Barros Barreto orienta a nova reforma da Saúde Pública Federal

A Reforma organizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, criando através do Decreto Lei nº 3.171, de 2/4/1941, diferentes órgãos como: a Divisão de Organização Sanitária; Divisão de Organização Hospitalar; Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Lepra; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Sete Delegacias Federais de Saúde.

A década de 1940 foi marcada ainda pela criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, em que iniciou algumas mudanças, como exemplo, a fabricação dos antibióticos e os quimioterápicos, trazendo a cura da tuberculose. Também foi registrado em 1941, a reforma de Barros Barreto, instituindo órgãos normativos e supletivos na assistência sanitária e hospitalar; ações diretas contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, construção e organização no abastecimento de água e esgotos, ênfase nas doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

Nas ações que retratavam a educação sanitária, Cardoso de Melo (1976, p.13), no movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, sobre a saúde e o social, afirmando que “como o social não é considerado na prática da saúde pública, senão em perspectiva restrita, a educação passa a ser uma atividade paralela, tendo como finalidade auxiliar a efetivação dos objetivos eminentemente técnicos dos programas de saúde pública”.

O SESP tomou a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, assim, iniciou-se diferentes tarefas educativas com os estudantes e professores, as quais destacaram: cursos de capacitação para as professoras primárias e, criação dos clubes de saúde, que são benefícios para a saúde da família; ou seja, acesso as consultas médicas, realização de exame e prevenções enfocando a higiene pessoal evitando as doenças. Essas ações envolviam os agentes comunitários de saúde que contribuam com diversos profissionais da saúde. O SESP também dedicou suas ações centralizadas na educação pública e, para esse objetivo, preparou as professoras como agentes educacionais da saúde, capacitando para uma promoção da saúde, trabalhando como agentes transformadoras quanto a esclarecimentos e informações da saúde para a vida do estudante, sendo sempre de uma

dinâmica atualizada preparando jovens e crianças os hábitos de higiene, alimentação e vida mais saudável. Por último, o SESP ainda incorporou o Instituto Evandro Chagas (IEC), na condição de laboratório central.

As ações de expandir as atividades da saúde no meio educacional foram seguidas por outros departamentos. Exemplificamos: o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, e o Departamento Nacional da Criança.

Mesmo com adesão dessas duas instituições autônomas para o fortalecimento da área de Educação Sanitária, as mesmas não lograram êxito. A força chegou apenas com a reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração das atividades de educação no planejamento das ações dos demais órgãos do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953). Em 1954 com a Lei nº 2.312, de 3/9/1954 estabeleceu-se o dever do Estado, bem como da família, de defender e proteger a saúde das pessoas.

A participação da sociedade por meio dos movimentos sociais, especialmente vinculados à Educação Popular, foi expressiva em 1960, onde a Lei Orgânica da Previdência Social 3.807, abrangeu os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), menos os trabalhadores rurais, domésticos e os servidores públicos e aqueles que tinham regimes próprios de previdência.

Tentando solucionar problemas relacionados à saúde e utilizando descrições trazidas no portal da Funasa (2017), o crescimento das doenças, desnutrição, falta de saneamento básico, doenças diarreicas, durante o regime militar, instalou-se um caráter autoritário de práticas de educação em saúde que não permitiu avançar. No entanto, os serviços de educação sanitária desempenharam um processo importante para o descobrimento científico da medicina na aplicação da vida cotidiana das pessoas, escolas, famílias e diferentes grupos. Nessa década de 1960 houve um marco pelo ensaio para administração da vacina BCG Intradérmica²³, no Brasil. No ano de 1964, houve a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM (pelas incorporações do DNERu com a CEM

²³A BCG é uma vacina contra as formas graves de tuberculose que pode ser também usada como quimioterapia local no câncer de bexiga e em certas formas de lepra, por exemplo. A vacina conhecida como BCG é composta pelo *Bacilo de Calmette & Guérin* (donde a sigla BCG), obtido pela atenuação da bactéria viva *Mycobacterium bovis*, a qual transmite a tuberculose bovina, mas que perdeu sua virulência em humanos. Ela substitui a infecção selvagem pelo bacilo de Koch, que é grave, por uma infecção inofensiva, deixando igual imunidade, sem causar a doença. O nome da vacina é uma homenagem a Albert Calmette e Camille Guérin, respectivamente um médico e um veterinário franceses, os dois cientistas que a desenvolveram em 1908. (ABCMed, 2020).

(Campanha de erradicação da Malária) e a CEV (Campanha de Erradicação da Varíola), por meio do Decreto nº 66.623, de 22/5/1970.

Entre vários momentos que se direcionou políticas populacionais, uma das campanhas que mais marcaram o desenvolvimento da população foi a educação sanitária “Povo desenvolvido é povo limpo,” em que se tinha como personagem “Sujismundo”. Dentro do período correspondente ao golpe militar a campanha publicitária seguia com o intuito em propagar uma educação sanitária e não sanar as desigualdades higiênicas que temos no Brasil, assumindo uma responsabilidade de que parte desse mesmo país que cobra e dissemina a necessidade da higiene pessoal é o mesmo que luta contra o esgoto a céu aberto, a água não é encanada para todos, sendo assim, a campanha mostrou ainda mais a ruptura entre os cuidados sanitários teórico e prática populacional.

No final da década de 1970, uma divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde foi importante, em que o conceito de educação sanitária foi sendo desatualizado e a educação em saúde, como princípio de higiene, fortaleceu os estudos de imunologia e bacteriologia. Assim, foi sendo mais usado devido sua abrangência, desde a prevenção até a realização de projetos vinculados à saúde e à educação.

Em 1977, a organização Mundial de Saúde (OMS) estipulou uma meta de imunização para todas as crianças do mundo, aprovando o modelo da Caderneta de Vacinação, por meio da Portaria GM/MS nº 85, de 4/4/1977.

Uma organização no processo de produção e distribuição de medicamentos básicos teve início com a criação da Central de Medicamentos (CEME). Santos (1996, p.31), define assistência farmacêutica como “o conjunto de ações destinadas a propiciar o acesso da população aos medicamentos necessários ao tratamento de sua saúde”. A partir de então, facilitou o acesso aos medicamentos para a população de baixa renda, proporcionando uma regulamentação nas distribuições do estado aos municípios visando o menor custo do que oferecidos pela iniciativa privadas.

Ainda em consonância com as informações da Funasa (2017) a década de 1980 foi marcada por um período de mudanças no contexto da educação em saúde. O que antes era tido para poucos, ganha força com adequação do Estado, percebendo um envolvimento político, ocasião em que o termo educação em saúde passou a ser mais utilizado, obrigando a adequação às camadas populares. A necessidade de combater algumas epidemias da época, como a febre amarela, varíola e peste e manter a comercialização no Brasil, obrigou o governo a iniciar cuidados com essa classe.

Porém, essa atenção à saúde só era alvo de atenção dos governantes quando determinadas endemias ou epidemias afetavam de forma implícita a repercussão econômica e/ou social do país. Nesse sentido, as ações para a saúde ganhavam maior repercussão e deixavam de ser apenas um discurso político.

As práticas de saúde nesse momento eram extremamente autoritárias devido o período ter sido regido por militares que aproveitaram de um golpe e implantaram uma hierarquia social, criando-se no Brasil a polícia sanitária, uma prática de saúde baseada no discurso da higiene, em que o estado impunha normas e medidas de saneamento, isto é, o governo introduzia através da força repressiva, normas e medidas de saúde para a população. Essas ações coercitivas ainda eram percebidas com interesse lucrativo do Estado e não um papel educativo à saúde brasileira (FUNASA, 2017).

Em contrapartida, ainda nesse período, aconteceu o movimento sanitário²⁴(figura 5), um importante marco na saúde pública do Brasil. Esse movimento veio com o ideal de transformar a saúde existente. Ele era composto por técnicos da saúde (médicos e enfermeiros) intelectuais, partidos políticos e movimentos sociais diversos.

Figura 5: Médicos sanitaristas em Manguinhos, RJ.



Fonte: Disponível em: <<https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>>. Acesso em 19 fev.2020

No decorrer dos anos, o movimento sanitário foi desenvolvendo diferentes projetos na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz, que discutiam

²⁴A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." Sergio Arouca, 1998

sobre: Saúde comunitária, clínica de família e pesquisas comunitárias (BAPTISTA, 2007, p.35).

As reformas sanitárias discutidas pelo grupo de sanitaristas transformaram-se em um documento chamado Saúde e Democracia que, ao fim da ditadura militar, foi enviado para aprovação no Legislativo brasileiro.

Fruto dessas ações, é a conquista histórica da participação da sociedade civil organizada no processo de construção do atual modelo de saúde pública no país. Esse momento de discussão foi marcado pela 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, conforme figura 6.

Figura 6: 8ª conferência Nacional de Saúde



Fonte: Disponível em: <<https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>>. Acesso em 19 fev.2020

Essa conferência teve como tema “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, caracterizando um marco na saúde brasileira. Além de ampliar conceitos de saúde pública, ela propôs mudanças relacionadas ao direito universal à saúde. Sendo assim, foram discutidos tópicos relativos às melhores condições de vida, saúde preventiva, descentralização dos serviços e participação da população nas decisões (BAPTISTA, 2007, p.72).

Todo conteúdo discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde gerou diferentes documentos que traçaram a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e esboçaram as principais resoluções da Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal assinala a saúde pública no Brasil, sendo o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente nas mãos do governo brasileiro. O tema saúde ganhou, portanto, a inserção destas políticas passou a integrar documentos normatizando a qualidade de vida populacional, como sendo também um direito do cidadão e um dever do Estado. A Constituição ainda determina a gratuidade, qualidade, universalidade da saúde pública aos brasileiros.

Posteriormente à Constituição Federal, já na década de 1990, foi implantado o Sistema Único de Saúde – SUS, regulado pela lei nº.8.080 de 1990 e pela lei nº. 8.142, também de 1990. Essas leis regulamentam as atribuições e funções desse sistema público, que dispõe sobre seus objetivos, competências e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão.

Em contrapartida a esse avanço legislação da saúde pública no país, parcelas da população das classes médias e populares unem-se em prol de melhores condições de vida, e iniciaram uma luta contra o autoritarismo das oligarquias. Criou-se uma revolta contra a não participação em massa nas orientações das políticas públicas de saúde. Essa união de classes resultou na organização de uma Liga contra a campanha de vacinação obrigatória da época, coordenada pelo médico Oswaldo Cruz.

Eymard Mourão Vasconcelos (2001, p. 2541) exemplifica cenas da revolta, “durante um comício no Largo de São Francisco, a cavalaria do exército cercou o prédio e carregou sobre os manifestantes, deixando muitos feridos e presos”.

A questão da saúde pública tornou-se tema de defesa de pensadores da época. Monteiro Lobato, por exemplo, manifestou um clamor levantando uma bandeira de luta nas grandes cidades "sanear é grande questão nacional" (VASCONCELOS, 1999, p.2541).

Fazendo uso das palavras do autor ora citado,

o problema brasileiro não estava na raça, mas nas doenças que tornavam a população preguiçosa e sem iniciativa: o "Jeca não é assim, ele está assim", um caipira doente e por isso preguiçoso, pobre e atrasado que, ao passar a acreditar na medicina e seguir suas prescrições, livra-se da opilação e torna-se um fazendeiro saudável (VASCONCELOS, 1999, p.2541).

Nesse período, o modelo de educação em saúde ainda era visto como precário. Vasconcelos (1999) o denominou de “toca boiada”, um termo que caracteriza o descaso com a saúde brasileira. A preocupação era atender a população através do “ferrão”, ou seja, vacinas e ações da política sanitária, que na década de 1990, alterou-se apenas para o “berrante”, ou seja, com discursos ofertados pelos sanitaristas (educadores sanitários).

A educação em saúde tem uma enorme ligação com a educação escolar, o que pode ser apresentado ainda no século XX faz refletir sobre a dificuldade de consolidação de um sistema público e universal de saúde no país que até então era marcado pela convivência entre democratização e liberação econômica. Sem contar ainda com a necessidade de superação de desigualdades nessa área.

Em 2000, o Brasil encontrava-se com novo quadro político, o desenvolvimento social começou a ganhar destaque. Mais especificadamente nos anos 2003 e 2008, ações sociais de

redução da pobreza ganharam força através de diferentes investimentos no setor social, contribuindo assim com a diminuição da desigualdade no Brasil.

A política pública que ganhou destaque na saúde brasileira foi a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência– SAMU²⁵, que tem como estratégia melhorar o acesso e a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas.

Ainda nos avanços de saúde do Brasil, o programa Farmácia Popular²⁶ foi inserido como proposta de fácil acesso da população aos medicamentos a baixos preços e/ou gratuitos, atendendo a atenção básica de saúde. O cenário de saúde instalado nesse período visava a preocupação com a totalidade das classes sociais, não apenas priorizando algum segmento, pois, somente seria possível retirar uma criança da miséria se fosse feito um trabalho com toda família.

A partir dessa sucinta cronologia histórica da educação em saúde em nosso país, fica evidente a luta pela transformação da realidade da saúde brasileira. Que não seja uma necessidade hierárquica, mas, sim, na perspectiva da equidade e integralidade. Enfim, é necessário voltar o olhar para a educação em saúde que desmistifique o modelo assistencialista, centrado na doença, excessivamente especializado e ainda prioritariamente hospitalar, por um modelo de educação popular em saúde, que seja uma ação integral, coletiva, priorizado a prevenção doença e a promoção da saúde, evitando os agravos, enfim, que utilize a educação em saúde de forma participativa e dialógica.

1.2 A Educação Popular em Saúde

Para iniciar a discussão em torno da Educação Popular em Saúde, apoiado sobre o portal da Funasa (2017) é preciso rememorar alguns acontecimentos vinculados aos pressupostos estabelecidos de educação em saúde no Brasil, especialmente a partir de 1930.

No contexto que fundamenta a Funasa (2017), a Educação em Saúde ficou evidenciada por meio das ações oferecidas nas escolas, a partir dos ideários da Escola Nova, em que a criança era o centro do processo, e a psicologia do desenvolvimento ganhou força na educação brasileira. As crianças e até mesmo adolescentes, passaram a ser alvo de maior

²⁵O SAMU-192 é um modelo de atendimento móvel de urgência a ser implantado no país, portanto, representa o componente móvel de urgência normativamente instituído, e com algumas barreiras restritivas por fins econômicos, o modelo de atendimento não se universaliza em território nacional.

²⁶O Farmácia Popular foi criado em 2004 pelo Ministério da Saúde com unidades próprias para oferecer à população mais uma forma de acesso aos medicamentos. Em 2006 a iniciativa cresceu e alcançou a rede privada sendo chamado de “Aqui Tem Farmácia Popular”. Fonte: Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/farmacia-popular>>. Acesso em 07 abr. 2021.

atenção. A preocupação era com os princípios da higiene para manterem-se saudáveis. Com essa concepção, as ações de educação em saúde deixaram de ser responsabilidades dos sanitaristas (médicos e enfermeiros) e passaram a ser desenvolvidas pelos educadores sanitários, os professores.

Com o golpe militar de 1964, o regime autoritário de governo, a saúde brasileira, em especial a da população mais carente, agravou. Os militares, que também estão no atual governo, impuseram a expansão de serviços médicos privados e as ações educativas iniciadas no ideário escola novista perderam o sentido.

Baseando ainda nas informações do portal Funasa (2017), o regime militar e a inflação elevada fizeram com que o Brasil entrasse no *ranking* dos países com maior desigualdade no mundo. O país vivia uma crise econômica e a saúde acompanhava essa triste realidade. Assim, foi preciso encontrar um modelo alternativo de assistência médica, o que fez com que a educação em saúde se tornasse obrigatória pelo Artigo 7 da Lei nº. 5.692/7, passando a integrar as escolas públicas brasileiras de primeiro e segundo graus²⁷. O objetivo da lei era de estimular o conhecimento e a prática da saúde básica e da higiene nos estudantes, assim afirmam os autores Alves e Aerts (2011, p. 321):

A educação popular em saúde tem uma concepção diferenciada da hegemônica da educação em saúde. Organiza a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes "populares", e na análise crítica da realidade.

Acredita – se que políticas direcionadas a Educação e Saúde corroboram para criações coletivas que possuem a adesão de pensadores e artistas que se misturaram aos processos sociais de busca pela saúde - é o esforço histórico que se expressou em movimentos sociais, grupos organizados, lideranças, profissionais e professores das universidades, estudantes e moradores de áreas rurais e periféricas urbanas, na década de 1960. (WONG-UM, 2014).

Partindo da premissa de que a Educação Popular em Saúde se faz necessária para o desenvolvimento social e humano, buscou-se brevemente contextualizá-la as luzes das concepções freirianas. A Educação Popular começou a se estruturar como corpo teórico e prática social no Brasil, no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica se voltaram para as questões populares, tendo Paulo Freire, no qual foi citado anterior, como o pioneiro desse trabalho.

²⁷Correspondente à Lei 9394/96 em vigor, ao ensino fundamental e médio.

A busca por evidenciar o mérito e à amplificação da saúde e do bem-estar social, se deu o esboço inicial para a coordenação “atuar como dispositivo para a formação de agentes sociais para atuarem na gestão da política pública de saúde e que seu campo de atuação se encontrava próximo ao cidadão/usuário do SUS” (BRASÍLIA, 2007, p.14). Ainda não se tinha algo definido sobre a relação da Educação Popular e a política de Educação Permanente em Saúde, portanto, em julho de 2005, o Ministério da Saúde passou por mudanças em sua gestão,

resultando na criação da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e a Mobilização Social do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), mantendo os propósitos e a equipe que trabalhava nas SGTES. As duas Secretarias, ambas inexistentes na estrutura anterior do Ministério da Saúde, apresentam projetos políticos que afirma os princípios constitucionais do SUS, tendo por missão o desenvolvimento de ações com potencialidades de provocar mudanças na formação de trabalhadores, na gestão dos sistemas, na organização dos serviços, na qualidade da atenção e no controle social. Ao promover espaço institucional para as ações de Educação Popular e mobilização social, o Ministério da Saúde assume o compromisso de ampliar e fortalecer a participação da sociedade na política de saúde desde sua formulação ao exercício do controle social (BRASÍLIA, 2007, p.33).

Assim sendo, a Educação Popular em Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde discutidas pelos professores contribuam para aumentar o cuidado dos estudantes com sua saúde para a conquista de melhores condições de vida. É como ressalta Vasconcelos (2003, p.44), que apesar do conhecimento fragmentado e pouco elaborado que as pessoas comuns têm sobre a saúde, a valorização do saber popular permite a "superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro".

Nesse sentido, apresenta-se a educação popular em saúde como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos. (BRASÍLIA, 2007).

A partir do saber e do olhar do Outro - sem excluir nem desprezar nosso próprio saber e olhar de profissionais e cidadãos - a Educação Popular se envolve em processos de delicadeza sensível, favorecendo a troca e as emoções “boas” - quer dizer, que fazem bem à saúde - como a alegria, a solidariedade, e o sentimento de pertencer a um todo maior. (WONG-UM, 2014, p.186).

Enfim, para consolidar a Educação Popular em Saúde é necessário que ações coletivas integradas comecem na própria escola, por meio da prática docente, para que se promova nos

espaços da sala de aula, rodas de discussão que fomentem reflexões sobre a atenção integral à saúde.

1.3 A educação popular em saúde na escola

A Educação Popular na escola prima pela democracia, liberdade, direito de todos, pois, “não há nada que mais contradiga e comprometa a imersão popular do que uma educação que não jogue o educando às experiências do debate e da análise dos problemas e que não lhe propicie condições de verdadeira participação” (FREIRE 1979, p.20). Dessa forma, os conteúdos escolares se tornariam relevantes e, de acordo com Freire (1979), a busca do conhecimento programático é o ponto de partida para o diálogo, sendo que estes não podem ser escolhidos por uma ou outra pessoa, pois estes devem sim ser elaborados, mas com consideração nas aspirações e conhecimentos prévios dos educandos, ou seja, devemos buscar um equilíbrio.

Nesse sentido, a EPS tem apontado princípios que podem contribuir às práticas de saúde nessa busca, como a problematização da realidade vivenciada pelas populações enquanto elemento básico dos processos educativos e de planejamento no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde; a valorização do saber popular como forma de construirmos relações e vínculos mais efetivos, além do desafio de resgatarmos e articularmos as práticas populares de cuidado aos serviços de saúde; a construção compartilhada do conhecimento; e a amorosidade, elemento intrínseco da humanização do sistema, que implica o reconhecimento do outro em sua totalidade e diversidade (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014, p.23).

Vasconcelos (2001) resgata a historicidade de constituição da Educação Popular em saúde no Brasil a partir da participação de profissionais de saúde em experiências de educação popular de bases freirianas em meados dos anos de 1970 inaugurando uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde:

Educação para a saúde também é outro termo usual ainda hoje nos serviços de saúde. Aqui se supõe uma concepção mais verticalizada dos métodos e práticas educativas, que remete ao que Paulo Freire chamou de educação bancária. Nesse sentido, é como se os profissionais de saúde devessem ensinar uma população ignorante o que precisaria ser feito para a mudança de hábitos de vida, a fim de melhorar a saúde individual e coletiva. (ALVES; ALERT, 2011, p. 323).

Portanto, evidencia que os espaços de ensino escolar que primem pela educação popular em saúde possuem diferentes representações, por professores, estudantes, e até familiares que expressam suas preocupações, buscando a educação como um caminho para prevenção e aprendizado no que se refere a saúde e qualidade de vida. Por outro lado, a escola representa um espaço importante para práticas e vivências em saúde presentes nas relações entre os sujeitos que convivem nesse cenário. (SILVA; BODSTEIN, 2016).

A educação popular em saúde possui um importante papel em vários setores, como na assistência social e principalmente na escola, propiciando impacto positivo nas condições de vida dos estudantes.

A construção de práticas de educação em saúde na escola ainda é um grande desafio, devido a maior necessidade de interação entre elas. Quando se refere a essa união, saúde e educação, a questão trata-se principalmente da qualidade de vida dos estudantes. Para a saúde, a aproximação é benéfica e para educação contribui para uma formação integral do indivíduo.

No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. No princípio do século XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma “raça” sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram centradas em ações individualistas, focadas na mudança de comportamentos e atitudes, sem muitas vezes considerar as inúmeras condições de vida da realidade na qual as crianças estavam inseridas (VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008, p.65).

As práticas educativas em saúde nas escolas aceleraram um processo de prevenção e aprendizado. E, abordar os assuntos de saúde no contexto escolar, abrange muitos estudantes que também são construtores da sociedade. Tanto que, nos anos 1980, a Educação em Saúde foi marcada por um cenário nacional com maior abertura política, assim, as ideias e concepções Freirianias, da participação popular, influenciaram o processo educativo, que concomitantemente esteve em consonância com os princípios do SUS.

Constrói-se nesse cenário uma relação entre os saberes científicos e populares, assim, as ações educativas começaram a fundamentar-se na necessidade de reflexões sobre a promoção da saúde na concepção participativa e não mais apenas informativa. A partir de Paulo Freire (2005) é possível entender que a educação popular em saúde contrapunha a concepção bancária de educação, e emergia uma educação problematizadora, que privilegiava a dialogicidade.

II – POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A ESCOLA

Discutir à luz da teoria a temática relativa às políticas públicas em educação e saúde não se trata de uma tarefa simples ou fácil, uma vez que são perpassadas por fatores históricos que culminaram na formatação que visualizamos na atualidade e que ocupam relevante papel nos Estados democráticos na contemporaneidade. Diante do exposto, esta seção tem o objetivo de destacar a importância das políticas públicas no que tange à educação em saúde, mais precisamente no que diz respeito à maneira como se dá sua formação no contexto do atendimento às demandas sociais.

A fim de atender ao objetivo proposto para esta seção, realizamos um estudo bibliográfico relativo a trajetória quanto às políticas de educação em saúde, de forma a evidenciar os atores sociais envolvidos na criação e nas distintas modalidades assumidas por essas políticas, uma vez que observamos a existência de uma transformação histórica na conceituação e criação das políticas públicas em educação em saúde na atualidade.

José Murilo de Carvalho (2009), na obra “Cidadania: o longo caminho”, conceitua cidadania como a plena utilização dos direitos: Direito Político, Direito Civil e Direito Social. Esses direitos, segundo o autor, foram conquistados na Inglaterra, e nessa mesma ordem fazem parte da idiossincrasia de cada país. O cidadão pleno na percepção do autor, seria aquele titular dos três direitos, o que nos leva a inferir que a educação e a saúde consistem em elementos fundamentais para o exercício da cidadania, tendo em vista que é impossível pensar na vida em sociedade sem considerar a garantia de direitos mínimos para o exercício dela.

A fim de que as pessoas possam viver com o mínimo de qualidade de vida, se faz necessário que o Estado garanta as condições mínimas necessárias de sobrevivência. Neste sentido, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 concebe os direitos sociais como um direito dos cidadãos e devem ser, portanto, viabilizados mediante o desenvolvimento de Políticas públicas, dentre as quais destacam-se duas dimensões a saber: educação e saúde.

Conscientes de que o Estado ocasiona impacto decisivo na vida das pessoas, destaca-se que, desde o nascimento até a morte, os destinos das pessoas são regulados e controlados por agências governamentais. Contudo, importante se faz destacar que a intervenção do Estado não se caracteriza como um fenômeno recente.

Hofling (2001), compreende que o Estado pode ser conceituado como sendo o conjunto de instituições que possibilitam a ação do governo, visualizado como o conjunto de programas e projetos que, considerando o cenário relativo à sociedade em sua totalidade,

configura a orientação política de um certo governo que assume e desenvolve as funções de Estado por um determinado tempo.

Minogue (s/d., p. 5), na busca por definir Políticas Públicas, declara ser:

[...] o que governos fazem” envolve o todo da vida social, econômica e política, seja prática ou potencialmente. Políticas públicas fazem coisas a economias e sociedades, de forma que, em última análise, qualquer teoria explicativa satisfatória de políticas públicas deve também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade.

As Políticas Públicas podem compreendidas como o “Estado em ação” (GOBERT; MULLER, 1987), e diz respeito ao fato de que o Estado propõe e desenvolve um projeto de governo mediante programas e ações direcionadas para setores característicos da sociedade. Diante do exposto, é inegável a importância da articulação entre a saúde e a educação, uma vez que tal vínculo entre as duas temáticas concebem o mesmo pensamento: os níveis positivos de educação estão diretamente ligados a uma população saudável, da mesma forma em que uma população saudável possui maiores possibilidades de apoderar-se de conhecimentos da educação escolar e não escolar.

Neste sentido, a escola se apresenta como um importante *locus* para a promoção entre saúde e educação de forma a possibilitar várias ações tais como: ações de diagnóstico clínico e/ou social; estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; atividades de educação em saúde e promoção da saúde, que é denominada de “saúde escolar” objetivando designar as ações que objetivam "proporcionar condições adequadas à realização do processo educacional que requer condições mínimas de saúde" (GOMES, 2010, p.487).

Segundo Gohn (2006)

A cidadania ativa requer a formação de cidadãos conscientes de seus direitos e deveres, protagonistas da história de seu tempo. A educação entra nesse processo de formação como um direito humano, para o desenvolvimento do ser humano. Ela contribui para a criação de uma cultura universal dos direitos, o fortalecimento das liberdades fundamentais, a formação da sua personalidade, a construção de valores relativos ao respeito às diferenças, atitudes de tolerância, amizade, solidariedade e fraternidade com o semelhante. (GOHN, 2006, p.546).

A educação da emancipação, portanto, esta deve ser vista não como uma meta, um desenho, mas deve ser encarada como uma prática social que deve ser iniciada urgentemente, aqui e agora, uma vez que a educação seja ela sistemática, escolar e não escolar, em função do seu papel formador, consiste no campo essencial para o desenvolvimento de valores. Nesta direção, um dos valores fundamentais para a emancipação é a resistência, visualizada com capacidade e força para enfrentar adversidades, mas também como capacidade de recriar,

refazer, retraduzir, ressignificar as condições concretas de vivência cotidiana a partir de outras bases, de forma a buscar saídas e perspectivas novas.

É na perspectiva da emancipação e da resistência que surge a saúde escolar. Emancipação na busca pela qualidade de vida e resistência às muitas formas de adversidades que atingem a saúde física e mental. Em condições objetivas de construir direcionamentos à população, o termo “saúde escolar”, é caracterizado como àquele voltado para a comunidade escolar para concretização das propostas de promoção da saúde, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção.

A seguir apresentamos algumas das principais Políticas Públicas relativas à educação e saúde utilizadas no Brasil como mecanismos de garantia do desenvolvimento e prática da cidadania.

2.1 Políticas Públicas relativas à Educação

A educação é inerente à vida humana e em conformidade com o pensamento de Brandão (1996), o homem desde o nascimento está destinado nos diferentes processos educativos, que não se apresenta como exclusividade da escola, uma vez que:

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação. Com uma ou com várias: educação? Educações. (BRANDÃO, 1996, p.7).

Sabedores de que a educação consiste em um ato intencional, que na escola é denominada de educação sistemática, ela pode ser desenvolvida pelo, para e com o povo, na perspectiva da Educação Popular, em diversos espaços e por diferentes pessoas tanto no contexto educativo como da saúde.

Os que sabem: fazem, ensinam, vigiam, incentivam, demonstram, corrigem, punem e premiam. Os que não sabem espiam, na vida que há no cotidiano, o saber que ali existe, vêem fazer e imitam, são instruídos com o exemplo, incentivados, treinados, corrigidos, punidos, premiados e, enfim, aos poucos aceitos entre os que sabem fazer e ensinam com o próprio exercício vivo do fazer. Esparramadas pelos cantos do cotidiano, todas as situações entre pessoas e a natureza – situações sempre mediadas pelas regras, símbolos e valores da cultura do grupo – têm em menor ou maior escala a sua dimensão pedagógica. Aí todos os que convivem aprendem, aprendem da sabedoria do grupo social e da força da norma dos costumes da tribo, o saber que torna todos e uns pessoalmente aptos e socialmente reconhecidos e legitimados para a convivência social, o trabalho, as artes da guerra e os ofícios do amor (BRANDÃO, 1996, p.20-21).

Em um contexto histórico, a educação é compreendida como possibilidade de transformação humana, portanto de mudança da sociedade, sendo, desta maneira, responsável

pela plena formação humana para a vida. Diante do exposto, num esforço para promover a igualdade e a justiça social, no Brasil foram instituídas no campo da educação algumas Políticas Públicas de referência, como é o caso da Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB, Lei Nº 9394/96, e a Base Nacional Comum Curricular, instituída no ano de 2017.

As Políticas Públicas em educação consistem no desenvolvimento de propostas educativas que atendam, ou pelo menos melhorem, o atendimento e a busca do acolhimento de todas as pessoas pertencentes ao cenário social de forma a respeitar as diferenças que existem de etnias, raça, cor, gênero, de aprendizagem com ou sem necessidades especiais e de outras aqui não mencionadas; objetivando a inclusão, de forma a fazer com que as diferenças não sejam empecilho para uma boa convivência e aprendizagem, no que tange às condições possíveis para cada aprendiz.

A compreensão é a de que, em conformidade com o pensamento de Beyer (2005) educar é incluir:

Assim, educar é confrontar-se com essa diversidade. O professor que transita diariamente entre seus estudantes conhece muito bem tal diversidade. Dificilmente aceitaria qualquer premissa de homogeneidade dos seus estudantes, pois sabem que são diferentes entre si, assim como não há ser humano igual a outro. (BEYER, 2005, p.27).

Importante se faz destacar que no Brasil as leis asseguram a perspectiva da inclusão num sentido e escalas mais amplas, contudo, a fim de que tal premissa seja uma realidade, ainda há muitas barreiras a serem ultrapassadas. Contudo, importante se faz destacar que apenas a criação de leis não resolve as posturas inadequadas, os preconceitos incorporados na sociedade. Se faz importante uma formação ética, profissional e consciente dos professores e da sociedade para incluir o respeito a diversidade e garantir uma educação com capacidade para zelar pela saúde humana e social.

No contexto de ressignificação da política por meio da participação efetiva do cidadão no cenário brasileiro, a educação popular em saúde se apresenta como uma possibilidade diferente de introdução da educação popular como política pública, uma vez que as políticas públicas voltadas para o campo da saúde possuem um histórico de décadas e nelas é que a educação popular procura adentrar como diretriz teórica e metodológica.

A educação popular se torne uma estratégia prioritária de humanização do Sistema único de Saúde – SUS, e de adequação de suas práticas técnicas à lógica de vida da população por meio da valorização de formas participativas de relação entre os serviços de saúde e os usuários, que preconiza contemplar a participação como metodologia de trabalho (VASCONCELOS, 2013).

2.1.1 Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN's.

O Brasil sempre apresentou déficits educacionais e em tantas outras questões, diante desse fato, nos anos de 1990 o cenário educacional era preenchido por apenas 22% da população brasileira era analfabeta, além de números gigantescos relacionados à evasão escolar, desemprego e desqualificação que eram expressivos.

Portanto, as reformas educacionais pós anos de 1990 ganham força na construção de um Bem estar social, políticas que são firmadas por meio de acordos políticos, reafirmando as políticas sociais centradas num contexto maior, que é descentralizar o poder, transferindo as responsabilidades federativas aos estados. No Brasil a educação é o alvo central destas transformações com a implementação de hierarquias entre Estado e Sociedade.

A temática relativa a saúde se faz presente também no bloco temático “ser humano e saúde” do PCN de Ciências Naturais (BRASIL, 1997b). Contudo, a percepção de Marinho; Silva e Ferreira (2015) é a de que a questão relativa a saúde não pode ser tratada como área disciplinar, daí porque se encontra presente no bloco dos temas transversais. Mohr (2002, p.81) destaca a importância de que a educação em saúde “ultrapasse o campo disciplinar das ciências naturais e que, dentro desta disciplina, a tríade tradicional corpo humano/higiene/nutrição seja superada”.

De acordo com o Ministério da Educação e Cultura – MEC, no documento Parâmetros Curriculares Nacionais- PCN²⁸,

constituem um referencial de qualidade para a educação no Ensino Fundamental em todo o País. Sua função é orientar e garantir a coerência dos investimentos no sistema educacional, socializando discussões, pesquisas e recomendações, subsidiando a participação de técnicos e professores brasileiros (BRASIL, 1997 p.13).

A partir da implantação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) nos anos de 1990, procurou-se estimular os professores a abordar transversalmente diferentes assuntos, tendo em vista a importância de os estudantes sobre todas as questões que perpassam a dimensão humana.

Os PCN, preveem temas transversais que evidenciam que os temas transversais foram desenvolvidos tendo em vista que “algumas propostas indicaram a necessidade do tratamento transversal de temáticas sociais na escola, como forma de contemplá-las na sua complexidade, sem restringi-las à abordagem de uma única área” (BRASIL, 1997a, p.64).

²⁸Disponíveis em <<https://www.cpt.com.br/pcn/pcn-parametros-curriculares-nacionais-documento-completo-atualizado-e-interativo>>. Acesso em 23 jan. 2021

Diante da compreensão relativa à temática, destaca-se no documento, o imperativo de transmitir informações, assim como fazer descrições, ações insuficientes para que os estudantes desenvolvam atitudes saudáveis. Da mesma forma, os PCN concebem a educação em saúde na perspectiva da formação de hábitos e atitudes que ocorrem na escola, o que consiste em uma limitação no que tange ao ensino de saúde, uma vez que evidencia em boa medida problemas na sua compreensão quanto a educação em saúde, de forma a esclarecer que as dimensões relevantes de tal prática encontram-se nos valores e aquisição de hábitos e atitudes pelos sujeitos, limitam as proposições contidas nos PCN no que se refere à educação em saúde (MARINHO; SILVA; FERREIRA 2015).

Marinho; Silva e Ferreira (2015), destacam a ausência de explicitação do elo transversal e interdisciplinar defendida pela proposta de implementação de temas transversais no currículo. A percepção é a de que existe proposição do trabalho interdisciplinar na apresentação do PCN relativo ao tema transversal saúde, contudo, tal essa proposta acaba se esvaindo ao longo do documento, de forma a não sinalizar uma maneira consistente de realizar a integração transversal.

Yus (1998), contrapõe tal “orientação” do documento elaborado pelo Ministério da Educação no Brasil, declarando que o desafio dos temas transversais consiste em fazer frente à concepção compartimentada do saber que caracteriza a escola, ressaltando que, para que a transversalidade aconteça de fato, se faz necessário romper com a compartimentalização e a especialização do conhecimento.

2.1.2 A Base Nacional Comum Curricular – BNCC

A Base Nacional Comum Curricular – BNCC de 2017 consiste em um documento que normatiza e define o conjunto orgânico e progressivo de aprendizagens fundamentais a serem desenvolvidos pelos estudantes durante as diferentes etapas e modalidades da Educação Básica, de maneira a que tenham assegurados todos os direitos de aprendizagem e desenvolvimento, em conformidade com o que preceitua o Plano Nacional de Educação – PNE.

A proposta relativa à Base Nacional Comum Curricular – BNCC tem a sua origem na Lei 13.005/2014 aprovada e instituída no final do primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff e que o “Plano Nacional da Educação”, proporcionando colocar novamente em prática um projeto de uma base curricular em termos “nacionais” e “comuns”. Contudo, em 2015, ocorreu de forma repentina a publicação do documento, que sem que tenha existido a

participação efetiva dos profissionais da educação em sua elaboração, evidenciava “sérias e profundas modificações não apenas no terreno curricular, como também estabelecia complicadas mediações com diferentes aspectos da realidade brasileira (sociais, políticas, científicas, pedagógicas, culturais) que passaram, de imediato, a preocupar enormemente a comunidade educacional”(PAZZIANI, 2017, p 46).

A Base Nacional Comum Curricular destina-se de forma exclusiva à educação escolar, no sentido de abranger os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais, e está orientado pelos princípios éticos, políticos e estéticos que buscam desenvolver à formação humana integral e à construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva, como fundamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica.

A Base Nacional Comum Curricular se apresenta como “a referência nacional obrigatória para a elaboração ou adequação de seus currículos e propostas pedagógicas.” (BNCC, 2017, p. 5).

Trata-se, portanto, da implantação de uma política educacional articulada e integrada. Para isso, o MEC será parceiro permanente dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, trabalhando em conjunto para garantir que as mudanças cheguem às salas de aula. As instituições escolares, as redes de ensino e os professores serão os grandes protagonistas dessa transformação. (BNCC, 2017, p. 5).

Todavia, é preciso destacar que há um profundo alinhamento da BNCC com a perspectiva de novas políticas com bases neoliberais, que se pretende como reguladora e centralizadora do currículo escolar, dando ênfase na formação de mão de obra para ser o capital, alinhado aos interesses de uma formação técnica e racional, vinculada ao mercado de trabalho. Desse modo, de acordo com Iwasse e Branco (2018) a escola continua, por meio da sua implementação, reforçando os interesses da elite brasileira, que nega e invisibiliza os interesses das classes populares que também estão dentro da escola pública.

Na perspectiva de um novo referencial que define as aprendizagens fundamentais que todo estudante brasileiro tem direito a receber na escola de Ensino Básico, especificamos aqui, na estrutura do Ensino Fundamental, as articulações curriculares que a obra contempla sobre a diversidade, especificamente nas abordagens relativas à educação e saúde. Nas competências gerais da educação básica, pode-se verificar o uso da expressão “colaborar para a construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva.” Acrescentamos uma atenção especial à competência 8. “Conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional,

compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas” (BNCC, 2017 p.36).

A BNCC em suas versões, tem o tema de saúde pouco explorado, em uma breve análise do documento em construção elucida questões relacionadas aos cuidados com a higiene pessoal em relação a saúde. “Cuidados com a saúde” é uma das categorias enfatizadas no documento, e que é incitada na Base Nacional Comum Curricular. A saúde é um ponto de início tratado de forma simplória, onde a saúde é colocada como uma possibilidade transversal que deve ser contextualizada por meio do ensino de Ciências da Natureza, e que favorece o protagonismo dos jovens estudantes dentro do espaço escolar. Na versão que está posta, evidencia os anos finais do Ensino Fundamental, sendo assim, o documento direciona os cuidados com corpo que se encontra em transformação e cuidados necessários a saúde. Portanto, compreende-se, por se tratar de um documento basilar para estruturar os currículos escolares, a saúde é um tema pouco explorado em todas as versões apresentadas

Uma vez definidas as competências gerais, vale destacar, entre outras, as específicas do ensino de Ciências da Natureza para o Ensino Fundamental, que interessa devido ao tema. Entre elas:

5 - Construir argumentos com base em dados, evidências e informações confiáveis e negociar e defender ideias e pontos de vista que promovam a consciência socioambiental e o respeito a si próprio e ao outro, acolhendo e valorizando a diversidade de indivíduos e de grupos sociais, sem preconceitos de qualquer natureza. (BNCC, 2017, p. 322).

7 - Conhecer, apreciar e cuidar de si, do seu corpo e bem-estar, compreendendo-se na diversidade humana, fazendo-se respeitar e respeitando o outro, recorrendo aos conhecimentos das Ciências da Natureza e às suas tecnologias. (BNCC, 2017, p. 322).

Portanto, diante da abordagem desses dados, não se verifica uma determinação explícita, uma referência clara e precisa de discussão do tema “Educação em Saúde” nas escolas, mas também se pode, justamente a partir dessas competências, incluir o tema no espaço escolar, já que está identificada a construção do respeito a si e ao outro, no cuidado do corpo e ainda, compreendendo-se na diversidade humana, assim como compreendendo o outro.

São argumentos suficientes, que oferecem margem para a construção de uma formação humana sem nenhum tipo de preconceito e discriminação, numa aceitação e respeito a todos e todas, ou em outras palavras, há como trabalhar sim, questões relevantes comprometidas à luz da ciência sobre o desenvolvimento humano e sua sexualidade, não só com conceitos fisiológicos/biológicos, mas também históricos, sociais, afetivos e emocionais.

Contudo, importante se faz destacar a visão de Paziani (2017), que chama a atenção para o fato de que:

Se pensarmos nas reviravoltas ocorridas na recente conjuntura política nacional – o impeachment de Dilma e o (in)conseqüente golpe institucional, seguido de ostensivos ataques dos governos federal e estaduais ao conjunto de direitos sociais tão arduamente conquistados por meio de mobilizações e lutas históricas da classe trabalhadora – em articulação dialética com as reconfigurações históricas do papel do Estado (caso do perverso processo de endividamento público) e do próprio capitalismo (sua face monopolista financeirização), não fica difícil concluir que as intencionalidades inscritas na BNCC são, no mínimo, sinais reveladores de (mais) um projeto antidemocrático movido por uma ação orgânica orquestrada por diversas frações da classe dominante e seus aparelhos privados de hegemonia – contando, inclusive, com a “captura” e posterior incorporação de segmentos da própria esquerda – no sentido de forjar consensos em torno da agenda ultraliberal (PAZIANI, 2017, p.62).

Cabe ressaltar, no entanto, que as estatísticas provam que estamos longe do ideal de um projeto de ensino aprendizagem e formação humana que realmente contemple a todos e todas, e as políticas públicas assim como os PCN’s e tantas outras não tem sido no sentido de prevenir os fatos e sim, de resolver problemas já expostos. Deveria ser uma exigência que as mesmas fossem promotoras de saúde, o que evitaria tantos problemas. Tanto a LDBEN 9394/96 como os PCN e a BNCC, apresentam a saúde como tema transversal das disciplinas e ações no contexto escolar, em que se preza a incorporação das três dimensões da saúde: promoção, assistência à saúde e prevenção de agravo e doença.

Nesse sentido, torna-se possível acreditar na necessidade em incluir os temas transversais nos conteúdos programáticos da educação básica, incluindo assim elementos relacionados a saúde pessoal, proporcionando aos estudantes meios e subsídios para que sejam continuamente preparados para agir com criticidade e racionalidade em relação aos assuntos relacionados às temáticas abordadas nos temas transversais, podendo, portanto, tornar-se multiplicadores do conhecimento, além de sensibilizar seus pares em relação à vida em sociedade.

Portanto, torna-se compreensível que os PCN’s orientam a inserção dos temas transversais, sendo eles: Ética, Meio Ambiente, Saúde, Orientação Sexual, Pluralidade Cultural e Trabalho e Consumo. Todos esses temas transversais são seguimentos que devem estar no planejamento dos docentes no ensino de determinados conteúdos escolares, podendo ser mediado de diferentes formas e metodologias que cabem ao docente, com o intuito de promover uma melhor compreensão social sobre elementos que estão interligados no cotidiano dos estudantes.

2.2 Políticas Públicas relativas à saúde

A inserção da temática relativa à saúde nas escolas no Brasil não é um tema recente. Tal processo teve início no final do século XIX, ocasião em que a prioridade desta proposição se centrava na divulgação de hábitos, atitudes e valores de forma a considerar duas dimensões a saber: a assistencial e a atitudinal por meio da compreensão quanto ao perfil de pessoa saudável propagado à época. Na prática, o objetivo relativo à educação articulada à saúde, consistia em evitar a transmissão de doenças infectocontagiosas na escola (FERRIANE, 1997). Desde então, muitas discussões foram conduzidas em torno das conexões constituídas entre saúde e educação, formando um campo que passa a ser denominado de saúde escolar (GODOI; POL; MATIA, 2012).

O termo “saúde escolar” ganhou adesão quando articulado às políticas e programas de saúde que eram desenvolvidos na escola e que levavam em conta as questões relativas à faixa etária dos estudantes do ensino fundamental, que atende crianças dos 6 aos 14 anos. Utiliza-se também as denominações “saúde escolar” ou “saúde do escolar”, terminologias que não permitem que o estudante seja identificado.

Neste sentido, a expressão “saúde na escola” é utilizada com a finalidade de evidenciar as questões que perpassam a saúde no ambiente escolar, dentre as quais destacamos os programas, ações, concepções ou projetos de saúde de natureza educativa, preventiva ou assistencial. Anterior ao Sistema Único de Saúde – SUS, a expressão saúde escolar era largamente utilizada por considerar as representações sobre educação e saúde, desenvolvidas ao longo de décadas de práticas, em especial as relativas a assistência e normas. (VALADÃO, 2004).

2.2.1 O Contexto Histórico

A relação entre saúde e educação foi evidenciada no fim do século XVIII e início do século XIX quando teve início a política de atenção à saúde escolar (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010) via elaboração do Sistema Frank, cunhado pelo médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821).

O denominado Sistema Frank ou Sistema de Política Médica Integral tratava da saúde escolar e também da supervisão de instituições educacionais, além de demais aspectos da saúde pública e individual, apresentando-se como um manual de saúde com capacidade de abranger e enfatizar a educação. Os conceitos do “Sistema Frank” se espalharam rapidamente

por todo o continente europeu e os Estados Unidos da América colaborando para a dispersão dos ideais da “Polícia Médica” (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

O Sistema Frank delineava o atendimento ao escolar e a supervisão de instituições educacionais detalhando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, bem como a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula. Referia-se a um código que focava o problema da educação e indicava em uma de suas leis a necessidade de um oficial de saúde nos colégios, para instruir os estudantes e professores sobre a manutenção e promoção da saúde. Entretanto, o código sugerido por Mai não vigorou de forma tranquila em função da falta de recursos financeiros e vontade política (ROSEN, 1979).

Caracterizado pela Revolução Industrial esse momento assistiu o desenvolvimento do proletariado alemão e francês em precárias condições de vida e saúde da classe operária desse tempo, o que incidiu no surgimento de doutrinas médicas que conferiam às condições de vida as enfermidades e indicavam a medicina como mecanismo de reforma social. Tais doutrinas eram denominadas higiene social e medicina social e permaneceram até os anos 1848, quando o sanitarismo e a assistência ao pobre passaram a compor os subsídios básicos do processo de medicalização (LIMA, 1985).

A preocupação da Alemanha no fim do século XVII e parte significativa do século XVIII consistia no pensamento político e econômico amparado na admiração dos benefícios de uma população crescente (ROSEN, 1979). Neste sentido, o cuidado com a higiene das pessoas e das cidades passou a controlar doenças e melhorar a vida em sociedade, uma vez que a higiene era visualizada como uma possibilidade para abrandar o desperdício de recursos humanos motivado pelas doenças (LAROCCA; MARQUES, 2010).

Em consonância com as ambições da sociedade alemã e o discurso ideológico do período, a escola foi eleita como instituição responsável por “modelar” o tipo de cidadão requerido, para superar o “atraso” dos países subdesenvolvidos. Com base na ideia de que a doença aparecia e permanecia em função da ignorância, a solução seria então a determinação de normas e regras (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Diante do exposto, a escola foi visualizada como um espaço estratégico e respeitado para determinar normas e regras e para dispersar os ideais de higiene, tendo em vista que ajuntava no mesmo ambiente crianças que sendo consideradas “massa modelável” seriam transformadas em multiplicadores das determinações recebidas na escola (LAROCCA; MARQUES, 2010). Ou seja, a saúde escolar ou a higiene escolar dessa ocasião, se deu no cruzamento de três doutrinas a saber: a polícia médica, o sanitarismo e a puericultura, que

possibilitava a difusão de uma pedagogia mais “fisiológica”, ou melhor dizendo, mais apropriada aos corpos escolares ao qual se propunha (LIMA, 1985).

A América Latina, com base nas experiências desenvolvidas na Europa, considerada como um exemplo de “higiene escolar” nos anos 80 e 90, limita-se a desenvolver programas escolares conhecidos por reunir esforços a fim de melhorar as condições de higiene e saneamento mediante campanhas de vacinação em massa, prevenção de doenças transmissíveis, tratamento de doenças específicas, temas de educação para a saúde, prática de exames médicos e provas de triagem. Tais ações concebiam um modelo de saúde vertical, “medicalizado” e assistencialista, com foco nas ações de cunho preventivo e assistencial (OPAS, 2003; CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014; CASTRO, 2008), em que a saúde da população escolar era visualizada na perspectiva da inexistência de doença e não como consequência de um processo de modificação dos fatores determinantes sociais em que os profissionais da saúde e todos os componentes da comunidade escolar pudessem se transformar em atores ativos (OPAS, 2003).

Por um tempo significativo, a concepção de saúde e doença no panorama escolar foi sendo arquitetada em conformidade com o discurso ideológico e o referencial teórico de saúde utilizado em cada tempo histórico, provocando ações de saúde desenvolvidas com foco na doença e sem impacto expressivo na qualidade de vida e na qualidade de saúde dos estudantes (VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008).

O processo de ressignificação no que diz respeito as ações de saúde na escola se deram no final do século XX, em decorrência da ampliação relativas as concepções teóricas da saúde e da educação. A saúde passou a ser visualizada mediante complexidade de seus determinantes sociais e a escola passou a ser compreendida como o espaço ideal para processos de ensino/aprendizagem via participação efetiva dos estudantes mediante apropriação cultural, de forma a evidenciar a iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde - EPS (BRASIL, 2007a).

No ano de 1954, a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde - OMS, por reconhecer as limitações e ineficácia da estratégia de saúde escolar realizada naquele momento, apontou o imperativo de desenvolver no espaço escolar ações que facilitassem a promoção da saúde e não apenas a transmissão de conhecimentos relativos aos aspectos voltados para a saúde.

Para tanto, propôs uma reflexão quanto a interpretação inicial do conceito de Escola Promotora de Saúde – EPS, (OMS, 1954). Podemos afirmar que a EPS foi criada com a finalidade inserir a concepção de promoção da saúde no espaço da escola. Trata-se de uma

iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, que incita o desenvolvimento de ações intersetoriais, ação interdisciplinar, interinstitucional e participação comunitária mediante a identificação das necessidades locais e linhas de enfrentamento priorizando práticas de promoção de saúde (LEVORLINO, 2000; BRASIL, 2007a).

Pode-se observar que o desenvolvimento histórico da saúde escolar passou por diferentes fases e definições, a saber: a polícia médica ou higienista, o biologicismo e o sanitarianismo (LIMA, 1985; LEVORLINO, 2000), que ampararam as práticas de saúde na escola. Significa afirmar que durante um tempo considerável, vários modelos de saúde na escola foram planejados e implantados mediante conceitos de saúde e de educação organizados para cada ocasião.

2.2.2 O contexto brasileiro

A realidade brasileira evidencia que o discurso patológico e higienista na escola têm sua manifestação histórica no século XIX via estabelecimento e consolidação da prática médica na escola (TEIVE; ABUD, 2014). Moncorvo Filho, destaca que os estudos iniciais relativos a saúde escolar no Brasil se deu a partir de 1850 e incidiam em teses sobre higiene escolar (MONCORVO FILHO, 1917 apud LIMA, 1985), na mesma ocasião, em que a questão da saúde na escola se consolida com a intervenção do estado brasileiro na saúde. Tal intervenção acontece pela urgência em conter reiteradas epidemias de febre amarela, cólera e varíola que afligiam a cidade do Rio de Janeiro e, apesar da escola não ter destaque, consistia em um local que reunia considerável número de pessoas (LIMA, 1985).

Mohr e Schall (1992), destacam que a prática da saúde nas escolas se tornou obrigatória via artigo 7º da lei Nº 5.692 de 1971, que obrigava a realização de ações de saúde nas escolas de primeiro e segundo grau, visando estimular o conhecimento e a prática da saúde básica e da higiene. As hipóteses eram a de construção de uma nação civilizada, regenerada e educada, por meio da medicalização da sociedade. Para tanto, os médicos foram inseridos nas escolas com a finalidade de capacitar os professores por meio de noções de higiene, puericultura e outros temas que objetivavam evitar qualquer desvio, de natureza corporal ou comportamental na escola (TEIVE, ABUD, 2014).

No findar do século XIX, mediante normas e via assistência prestada pelos programas de higiene escolar, o ambiente da escola era aproveitado pelo sistema de saúde na busca por evitar que doenças contagiosas se alastrassem. Existia uma proposta de controle das classes populares em conformidade com os interesses do sistema produtivo (MIRANDA et al., 2000).

O Brasil entrou no século XX estimulado pelos ideais higienistas determinados ao longo de três décadas deste século. O movimento higienista na saúde brasileira, visualizado na perspectiva de um conjunto de ações com capacidade para inserir hábitos higiênicos e eugênicos cuja finalidade era a preservação e melhoria da raça na população e reestruturarem o “tipo nacional” guiou discursos edificadas nas sociedades médico científicas transformando-se em “rituais de saúde” essenciais para a formação de novos e higienizados cidadãos (LAROCCA; MARQUES, 2010).

A denominada concepção higienista-eugenista se fez presente no início do século XX e partia da ideia de que a educação deveria estar a serviço do desenvolvimento de uma “raça” sadia e produtiva, alcançada mediante a observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas contidas nesse modelo de saúde escolar focavam ações pontuais e individuais que buscavam a mudança de comportamentos e atitudes, de forma a desconsiderar a realidade dos escolares (VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008).

No Brasil, a década de 1950 se apresenta como um marco no que diz respeito à história da saúde escolar no Brasil, tendo em vista que, nessa ocasião, a escola passou a ser visualizada como espaço adequado para ações em saúde e, em especial os estudantes, em uma perspectiva sanitária (OPAS, 2003; BRASIL, 2009).

Como consequência, os problemas de aprendizagem apresentados pelas crianças neste período eram tratados mediante uma ótica biológica derivando a biologização dos problemas de aprendizagem e do fracasso escolar. A seguir, algumas décadas seguintes, o foco centrou-se na desnutrição e nos programas de merenda escolar, nos distúrbios neurológicos e nas triagens neurológicas, auditivas e visuais, enquanto ações de Saúde Escolar (LIMA, 1985).

Tais ações acarretaram, no final do século XX junto às comunidades educativas, uma sobrecarga em função das muitas intervenções desarticuladas, voltadas para a solução de problemas ou objetivos específicos, sem a definição de estratégias claras embasadas em um marco conceitual que admitisse progredir na conquista de objetivos comuns e proeminentes para os diferentes setores, em especial a saúde e educação (OPAS, 2003), o que, diante do modelo de saúde em vigor, permitiu o processo de medicalização da educação, uma vez que os problemas de aprendizagem eram justificados como questões pertinentes à saúde e está precisaria atender a esses processos (HARADA et al., 2003; BRASIL, 2009).

Teve início a medicalização da educação por influência da nova abordagem atribuída à saúde, cuja prioridade de programas e políticas de saúde visava atender faixas etárias específicas, valorizando práticas como vacinação, crescimento e desenvolvimento da criança, amamentação, controle de diarreias e de doenças respiratórias e, além de ações voltadas para a

concepção, pré-natal, parto e puerpério, com a finalidade de prevenir e evitar o agravamento da situação nesses grupos (SILVA, 2010), permitindo que as políticas e programas, cujos objetivos consistiam em prestar assistência e abordar a saúde na escola, ficassem evidentes na busca pela universalização dos sistemas de ensino (VALADÃO, 2004), de forma a demonstrar o potencial para ações de promoção da saúde na escola.

Documentalmente no Brasil, a compreensão de saúde escolar foi primeiramente demonstrada na legislação educacional, sob a alcunha geral de “Programas de Saúde”. Tal compreensão considerava a lógica higienista, biologicista, biomédica e assistencialista (VIEIRA, 2013). Importante se faz destacar que, ao longo do século XX, a saúde escolar no Brasil experienciou avanços ao lado da evolução técnico-científica, trocando o discurso tradicional – de lógica biomédica –, para a concepção da Escolas Promotoras de Saúde - EPS (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010), contudo, não chegou a estabelecer política de saúde na escola com base na EPS (COUTO et al., 2016).

A Escolas Promotoras de Saúde– EPS consistem em um mecanismo de promoção da saúde no contexto escolar, marcada por uma visão integral e interdisciplinar do ser humano que leva em conta o ambiente familiar, comunitário, ambiental, político e social na compreensão de saúde escolar. O modelo de Escolas Promotoras de Saúde - EPS tem por base a prática de conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção dos procedimentos de risco em todas as ocasiões educativas, ou seja, tem sua base na participação e corresponsabilização do sujeito na tomada de decisões, mediante estímulo e análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida (HARADA et al., 2003).

Concomitante ao desenvolvimento da EPS, a instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional- LDB 9394/96 e a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN destacaram a saúde como tema transversal das disciplinas e ações no contexto escolar, em que se leva em conta a inclusão das três dimensões da saúde: promoção, assistência à saúde e prevenção de agravo e doença (BRASIL, 1996). Importante destacar que a construção de ambientes escolares saudáveis, com foco na promoção da saúde, faz parte das ações prevista do Plano Nacional de Educação (PNE) decênio 2014-2024 (BRASIL, 2014).

Fica evidente que mediante este cenário, a tarefa relativa à promoção da saúde na escola não se configura a partir de então como exclusividade da escola e começa a ser visualizada e desenvolvida na perspectiva de um processo de conscientização da comunidade, em que os atores sociais pertencente à comunidade escolar passam a ser fundamentais no processo de promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida, atribuindo o campo

educacional a condição de aliado essencial no processo saúde e doença mediante capacitação das pessoas para atuarem como agente multiplicador de educação em saúde. Nesse cenário, foi estabelecido em todo o território nacional o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que cria o Programa Saúde na Escola - PSE (BRASIL, 2007).

A perspectiva se difere da proposição realizada pelas escolas promotoras de saúde que até então desenvolviam as ações de promoção da saúde mediante apoio dos professores, o Programa de Saúde Escolar - PSE tem como essência a promoção da comunicação e diálogo entre escolas e unidades de saúde, garantindo a troca de informações no que tange à saúde dos estudantes (COUTO et al, 2016).

Na perspectiva de uma articulação intersetorial do Ministério da Saúde e da Educação, o Programa Saúde Escolar, conta também com a participação de outros órgãos governamentais para a consolidação da proposta, e envolve além da comunidade escolar e as demais instâncias representativas da sociedade civil organizada que agem no campo da saúde e da educação. Na prática, a ação compartilhada dos diferentes campos busca realizar o enfrentamento das vulnerabilidades que afetam o completo desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos que fazem parte da educação pública brasileira mediante a atividades relativas à promoção, prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2007).

Muitos são os desafios para a promoção da saúde na escola. A prática em vigor compreende a escola como um *locus* de excelência para a promoção da saúde na escola e para promovê-la coloca em prática as contribuições de modelos novos e alguns já conhecidos. Dentre os desafios existentes a serem suplantados na concretização da saúde escolar no Brasil, apresenta-se: o processo político institucional, o estilo prescritivo, deslocado e focado das atividades desenvolvidas, o uso de metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais, assim como as dificuldades que dizem respeito à junção entre a dimensão intersetorial, a participação da comunidade e da gestão do SUS (BRASIL, 2007a).

2.2.3 O Movimento em prol da Promoção de Saúde

O denominado moderno movimento de promoção da saúde nasceu em uma perspectiva formal no Canadá, em maio do ano de 1974, mediante divulgação do documento intitulado “*A New Perspective on the Health of Canadians*”, ou Informe Lalonde (LALONDE, 1974). Trata-se do primeiro documento oficial a tratar da promoção da saúde. O ministro da Saúde do Canadá, diante do aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, e dos

significativos gastos com assistência médica e com a manutenção do bem-estar social divulgou o Informe Lalonde objetivando incitar empenho e discussões relativos ao futuro dos programas de saúde (HEIDMANN et al., 2006; CARVALHO, 2004; WESTPHAL, 2006).

No conteúdo relativo ao *Informe Lalonde* apresenta os fundamentos e conceito de campo da saúde, que agrupa os denominados determinantes da saúde. Tal conceito compreende a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes a saber: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (BUSS, 2000; CARVALHO, 2004; WESTPHAL, 2006). Entretanto, esse modelo foi criticado pelo possível viés de “culpabilização das vítimas” tendo em vista que o enfoque se voltava para a modificação nos estilos de vida por meio de ações individuais, nutrindo um aspecto preventivista (RADDATZ et al., 2011).

Mesmo assim, o Informe Lalonde influenciou de forma positiva a compreensão de saúde constituindo um novo modelo internacional de saúde formalizado na Conferência da Organização Mundial de Saúde em Alma Ata (OMS, 1978) mediante as propostas "Saúde para Todos no ano de 2000" e "Estratégia de Atenção Primária de Saúde", (OMS, 1978; RADDATZ et al., 2011) que se concretizou na Carta de Ottawa, em 1986, visualizada como um marco no qual a promoção de saúde passou a ser determinada como: o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 9).

A carta em questão declarou também que a Promoção de Saúde carece ser uma meta intersetorial, mediante participação efetiva da população. Também determinou a efetivação de políticas públicas saudáveis, o aumento da atividade comunitária, incremento de habilidades pessoais e reorientação de serviços sanitários e sistemas de saúde (BUSS, 2003; SICOLI, 2003; HEIDMANN et al., 2006; BUSS, 2000).

Nos últimos tempos, o entendimento relativo à promoção da saúde foi aperfeiçoado nos países emergentes e ou em processo de desenvolvimento, iniciando no Canadá e se difundindo pelos Estados Unidos e demais países da Europa Ocidental, período em que foram desenvolvidas extraordinárias Conferências Internacionais e regionais relativas à Promoção da Saúde em diversos locais e países.

A percepção de Valadão (2004) é a de que, a partir da 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, a compreensão quanto à promoção de saúde se modificando mediante eventos e documentos acordados e aprovados nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, conforme pode-se observar no Quadro 2.

QUADRO 2: Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde e os Documentos nelas publicados.

EVENTO	ANO/LOCAL	DOCUMENTO
1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde	1986/Ottawa	Carta de Ottawa
2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde	1988/Austrália	Declaração de Adelaide
3ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde	1991/Suécia	Declaração de Sundsvall
4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde é também conhecida como a 1ª Conferência sobre Promoção de Saúde na América Latina	1992/Colômbia	Declaração de Santafé de Bogotá.
5ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde	1997/Jacarta	Declaração de Jacarta
6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	2000/México	Declaração do México
7ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde ²	2005/Bangkok	Carta de Bangkok para a Promoção de Saúde no Mundo Globalizado

Fonte: Adaptado de Lopes e Tocantins (2012).

Nesse tocante que pode ser observado no quadro acima, é evidenciado que os temas relacionados à saúde foram debatidos e colocados em prática, porém apesar de ser bastante discutido ainda existem falhas e lacunas a serem preenchidas, promovendo a construção de atitudes e políticas que poderiam ser vistas como simples, porém, necessárias para fortalecer o compromisso e a valorização pela promoção da saúde em várias escalas, global, regional e, principalmente local. Pois o cuidado com a saúde proporciona uma melhor qualidade de vida e um bem estar social para todos os seres vivos.

Portanto os documentos mencionados permitiram o desenvolvimento de uma compreensão quanto as doenças em que as mesmas se apresentam como a origem das dificuldades no que diz respeito ao desenvolvimento humano e a justiça social e, mesmo não tendo status de lei, foram consideradas “regras” em todo o mundo, no sentido de afirmar protocolos e intenções de países economicamente desenvolvidos e organismos multilaterais integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) (LOPES; TOCANTINS,2012).

Mediante a ampliação do conceito de promoção da saúde, conquistado ao longo das Conferências apresentadas no quadro I, a escola passa a ser visualizada como lócus

privilegiado para o desenvolvimento da promoção de saúde, o que motivou a construção de bases a concepção de Escolas Promotoras de Saúde (EPS). No ano de 1995, aconteceu o lançamento da Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), ocasião em que a ideia inovadora quanto a promoção da saúde estava bem estabelecida (BRASIL,2007a).

As Escolas Promotoras de Saúde - EPS partem da compreensão de que a saúde é construída inicialmente na escola, buscando auxiliar na garantia de direitos sociais do cidadão. A compreensão é que as Escolas Promotoras de Saúde “[...] se pautam em práticas de educação e saúde no sentido integral do processo [...]”, que são materializadas “[...] com metodologias participativas, que possibilitam a construção de ambientes mais saudáveis na comunidade escolar, que estimulam o acesso aos serviços de saúde, reorientados para a promoção da saúde [...]” (BRASIL, 2007a, p.23).

Valadão (2004), afirma que o Brasil levou em conta as orientações e mudanças internacionais e destaca que as provas residem nas aproximações entre a Carta de Ottawa e o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que se constitui o começo da pulverização da ideia relativa as Escolas Promotoras de Saúde - EPS no Brasil, tais como: a) afirmação do direito universal à saúde; b) foco na equidade; c) valorização da participação dos cidadãos; d) valorização da interdisciplinaridade; e) intersetorialidade e; f) controle social para a construção da democracia.

2.3. A Promoção da Saúde na Perspectiva da Intersetorialidade

O desenvolvimento da promoção da saúde requer a junção entre o conjunto das políticas públicas e dos diferentes setores da sociedade na busca pela melhoria da qualidade de vida (MALTA et al., 2014). Daí porque demonstra claras evidências de que esta depende de uma série de necessidades e, portanto, requer uma ação intersetorial (SOUSA, 2014).

Por intersetorialidade compreende-se o processo em que objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são levados em conta de acordo com suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (OPAS, 1992 apud BUSS, 2000). Na prática, busca ultrapassar a visão isolada e fragmentada na formulação e desenvolvimento de políticas públicas.

O Programa Saúde na Escola -PSE, na perspectiva de uma política pública voltada à Intersetorialidade, foi sancionada no Brasil no ano de 2007, via Decreto presidencial nº 6.286, e seu objetivo consiste na consolidação de um novo formato de política de educação e saúde,

considerando a necessidade de integração entre educação e saúde, a fim de poder realizar o desenvolvimento de um processo formativo amplo para a cidadania e usufruto pleno dos direitos humanos, cujo fundamento encontra-se em três princípios:

1) Intersetorialidade: realizada pelo 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. 2) Territorialidade: respeito às diversidades locais, às linguagens locais, aos alimentos locais, às expressões artísticas locais, com a inclusão do que há de diversos e diferente e garantia do enfrentamento das vulnerabilidades/territórios vulneráveis. 3) Integralidade: encontro de saberes guiados por políticas de garantia da saúde e educação como um direito universal (BUENO, 2012, p.13).

Significa afirmar que em se tratando de saúde requer a adoção de uma análise global da questão saúde, de forma incorporar o maior número de conhecimentos relativo as demais áreas relativas às políticas públicas, como a educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura, o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde age a política (BUSS, 2000).

A intersetorialidade se apresenta como uma estrutura que permite a reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diferentes grupos da população. Nesta direção, motivar e valorizar a incorporação de práticas intersetoriais sugere um impacto significativo na priorização de ações que apontam para a consolidação da integralidade da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2004).

A associação intersetorial, na esfera da Promoção da Saúde, busca requerer a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do âmbito sanitário e de outros âmbitos, resultando em autonomia e corresponsabilidades (MALTA et al., 2014).

Apesar disso, sabe-se que a superação do modelo setorial para o intersetorial não se apresenta como uma tarefa fácil ou simples, uma vez que representa uma lógica de trabalho que carece a aceitação das partes envolvidas, uma releitura da realidade e tempo para ser alcançada (TUSSET, 2012). Em se tratando da saúde e da educação, possibilitar o elo entre os diferentes setores e a interação e mobilização de diferentes saberes, a fim de suplantar os muitos desafios e amplia as fronteiras de ação, se constitui igualmente em um desafio (SOUSA, 2014).

Os obstáculos relativos à concretização da intersetorialidade vão desde os percalços estruturais até a qualificação do debate relativo ao mesmo, que ainda se mostra embrionário, necessitando de maior aprofundamento, apesar da literatura ter sido profícua nos últimos anos, indicando um aumento substancial sobre o tema.

Ao voltarmos para as ações intersetoriais relativas à saúde e a educação no que tange à promoção da saúde, percebemos que o entrave que persiste no desenvolvimento de ações

intersectoriais está no desenvolvimento de ações que convirjam com o conceito expandido de saúde e conseqüentemente na perseverança de práticas do modelo biomédico (CAVALCANTI, LUCENA, LUCENA 2015).

2.4 O Programa Saúde na Escola

No Brasil, a educação e saúde consistem em elementos essenciais para a universalização de direitos, portanto, caro chefe no campo das políticas públicas, vínculos historicamente unidos, tendo em vista que em 1950, quando o então Ministério da Educação e Saúde se distendeu em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura, com autonomia para preparação e implantação de políticas em seu campo de atuação (BRASIL, 2009).

No ano de 2007, tendo em vista as questões políticas vivenciadas no país e a preocupação com a saúde dos jovens em idade escolar que apresentavam desnutrição, interferiram no panorama relativo às políticas públicas no tocante às propostas de trabalho intersectorial entre saúde e educação (DIAS et al., 2014) o que culminou na instituição do Programa Saúde na Escola - PSE via Decreto Presidencial nº 6.286 datado de 05 de dezembro de 2007.

Atualmente a temática diz respeito a uma preocupação nacional, materializada documentalmente por meio da legislação brasileira de educação (GOUVÊA 2001). Alguns documentos importantes no cenário brasileiro evidenciam a essencialidade da questão, dentre os quais podemos citar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/96 (BRASIL, 1996), os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997) e a Base Nacional Comum Curricular (2017, 2019). Tais documentos evidenciam que as ações de saúde a serem desenvolvidas no dia a dia do contexto escolar deve estar articulada com a proposta de construção da escola de qualidade, com capacidade para garantir o desenvolvimento do educando em sua plenitude.

Na perspectiva de uma política pública, as ações de educação em saúde passam a ser consideradas no Brasil nos anos 1990, influenciada pelas Escolas Promotoras de Saúde - EPS (VALADÃO, 2004), que dá sustentação para a criação do Programa Saúde na Escola -PSE, no ano de 2008 com adesão positiva dos municípios em todo o Brasil, se constituindo em um marco em relação a temática. (VIEIRA; VIEIRA, 2011).

O Programa Saúde na Escola – PSE tem como tarefa auxiliar na promoção de saúde na escola, tendo na educação em saúde seu eixo essencial. A Portaria nº 1.861/2008 determina

que a “[...] programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no projeto político pedagógico de cada uma das escolas [...]” a fim de que os objetivos desta política sejam concretizados (BRASIL, 2008, p. 2). Na prática, esta articulação entre educação e saúde, consiste em uma tarefa a ser realizada coletivamente entre educadores e profissionais da instituição escolar.

O elo entre os diferentes setores saúde e educação, proposta pelo PSE, objetiva atingir os seguintes objetivos: fomentar a saúde e a cultura da paz, de forma a reforçar a prevenção de agravos à saúde, bem como das consistência na relação entre as redes públicas de saúde e de educação, articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às atividades das redes de educação básica pública, para aumentar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis, contribuindo 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, além de fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, promovendo a comunicação entre escolas e unidades de saúde, garantindo a correspondência de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três planos de governo (BRASIL, 2007).

A fim de atender aos objetivos elencados anteriormente, o Programa Saúde na Escola se propõe a atuar no sentido de romper com a atitude perpassada pelo assistencialismo das ações, mediante propostas com trabalhos voltados para a promoção da saúde, e a intersetorialidade como organismo central dessas ações. Porém, existem lacunas a serem preenchidas para a concretização do programa, em especial a no que tange à incompreensão quanto a concepção de promoção à saúde eleita na construção do PSE e por parte dos profissionais que fazem parte do programa (COUTO et al., 2016).

É possível constatar que alguns documentos que sustentam a teoria do Programa Saúde na Escola – PSE, ao tratar da Promoção da Saúde evidenciam interpretações reducionistas da abordagem assumida na Carta de Ottawa, em 1986, pela Organização Mundial de Saúde - OMS, sendo assim, de acordo com Organização Mundial da Saúde, Carta de Ottawa, considera a promoção da saúde é como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”

Fica evidente nos documentos que normatizam o Programa Saúde na Escola, em que as ações a serem desenvolvidas são citadas apartadas do contexto estrutural e estritamente profissionais. Trata-se de ações planejadas via campanhas sazonais, tais como prática e desenvolvimento de palestras educativas e oficinas com adolescentes; caminhada e exercícios de alongamento; grupo de ajuda recíproca; escovação supervisionada com aplicação de flúor e triagem de risco; monitoramento e palestras educativas para hipertensos e diabéticos; palestras educativas; permutas de receitas e encaminhamentos; busca ativa de hipertensos; ações esportivas; e aferição de peso e altura.

A concepção de promoção da saúde da OMS, que foi elaborada e reelaborada desde o ano de 1986 em Ottawa, estão referendados aspectos fundamentais como a efetiva participação popular, responsabilização do setor público, diminuição das iniquidades, sem os quais se torna impossível promover saúde (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015).

Para fazer adesão ao programa, o município interessado precisa preparar um Grupo de Trabalho Intersetorial - GTI, que será responsável pela gestão, e organizar um projeto que contenha o diagnóstico situacional das escolas locais, de forma a mapear o território e as atribuições das equipes de saúde e dos profissionais das escolas sobre as atividades atribuídas ao Programa Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2007).

No que diz respeito à constituição, o Grupo de Trabalho Intersetorial - GTI é composto necessariamente por representantes das Secretarias de Saúde e de Educação e, de forma facultativa por parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais relativos à cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros, em todos os níveis federados.

A proposição quanto à gestão do Programa Saúde na Escola mediante ação do GTI deve partir de uma concepção de gestão compartilhada, que implica no desenvolvimento coletivo do planejamento e execução das ações, para atender às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2011). O início das ações fica condicionada à adesão efetivada por meio da assinatura do termo de compromisso pelos estados, Distrito Federal e municípios os quais devem ser responsáveis pela execução dos objetivos e diretrizes do programa (BRASIL, 2007).

No que tange aos atores sociais que se mostram como elemento de frente no desenvolvimento do Programa Saúde na Escola, além dos profissionais de saúde integrantes da Equipe Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2009), estarão também o corpo docente e diretores das escolas (BRASIL, 2011). Contudo, as pessoas que compõem a comunidade escolar, componentes da comunidade, familiares dos estudantes e outros profissionais podem

se envolver no Programa, de acordo com as necessidades locais apresentadas (BRASIL, 2011; FONTINELE JUNIOR, 2003).

Em uma perspectiva de ampliação, a expansão do Programa se constituiu uma das metas do Plano Nacional de Saúde para os anos 2012 a 2015, que objetivou a universalização do programa mediante adesão de todos os municípios (5.565 mil) e cobertura de todas as escolas, buscando garantir e qualificar o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012a; IBGE, 2010).

No que diz respeito ao financiamento, os recursos financeiros do PSE são repassados pelo Ministério da Saúde para as Secretarias Municipais de Saúde fundo a fundo na modalidade Piso da Atenção Básica Variável da Estratégia Saúde da Família. Tal repasse acontece somente quando é assinado o Termo de Compromisso pelos secretários municipais de Saúde e Educação, em corresponsabilização do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) (BRASIL, 2011).

Para que a operacionalização efetiva aconteça, se faz primordial o cumprimento de metas e alcance dos objetivos. Para tanto, o Programa Saúde na Escola - PSE, se fundamenta em documentos oficiais que orientam, normatizam e capacitam os atores que fazem parte do programa (DIAS et al., 2014).

Importante se faz destacar que é recomendado pelo programa a inserção das ações do Programa Saúde na Escola - PSE no Projeto Pedagógico da escola, o reconhecimento e acolhimento das ações de integração entre saúde e educação já existentes na escola, além da importância do apoio dos gestores de todos os níveis e dos dois os setores (BRASIL, 2011).

Segundo, observa-se descritos nos documentos oficiais que o Programa Saúde na Escola-PSE, se apresenta na perspectiva de uma estratégia de formação integral dos estudantes da educação básica, agindo mediante integração e articulação intersetorial, o que se constitui na atualmente no desafio maior do programa que busca reconstruir e solidificar o elo entre as dimensões de saúde e educação (DIAS et al., 2014)

2.5 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/PET

Na busca por revigorar a parceria interministerial relativa à saúde e educação, foi criado no ano de 2008 o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/PET cujo pressuposto consiste na educação pelo trabalho. Instituído em parceria com o Ministério da Saúde - MS e do Ministério da Educação -MEC, o objetivo inicial do programa consiste em fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF), se

estendendo para outras áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde SUS e se apresentou como uma das estratégias fundamentais de indução de mudanças nos processos de formação profissional em saúde. (BRASIL, 2008,2010).

O Programa em tela se constituiu-se como uma das táticas do Pró-Saúde e se refere à linha relativa à direção da prática, tendo como premissa a integração ensino-serviço-comunidade e como ideia a educação pelo trabalho. Refere-se a uma política pública desafiadora para a materialização do Sistema único de Saúde-SUS, que busca motivar o desenvolvimento, pelas instituições de ensino, de atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e a extensão universitária via participação social (BRASIL, 2008, HADDAD 2012 e BATISTA 2015).

Almeja na mesma perspectiva realizar a adequação de grupos de aprendizado tutorial, compostos por tutores acadêmicos na figura dos docentes, preceptores que se caracterizam pelos profissionais do serviço e estudantes de graduação em saúde, como aparelho viabilizador de estágios e vivências nos serviços de saúde, e a concessão de bolsas, mediante o desenho de um projeto institucional (BRASIL, 2008).

Ao ser instituído, o programa tinha como foco de atenção a Equipe de Saúde da Família - ESF (PET-Saúde/SF), o mesmo foi ampliado a fim de atender algumas demandas consideradas como prioritárias para o Sistema Único de saúde – SUS, a saber: Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), Saúde Mental (PET-Saúde/SM) e Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes) (BRASIL, 2008, 2010). No ano de 2015, via temática relativa ao PET-Saúde/Gradua SUS, a proposta centra na transformação curricular das graduações da saúde em alinhamento às Diretrizes Curriculares nacionais- DCN; qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade; e para a formação de preceptores e docentes. Admite como intenções indicadoras das modificações a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade, a integração ensino-serviço, a humanização do cuidado, a integralidade da assistência e a realização das atividades que levam em conta a diversificação dos panoramas de práticas e redes colaborativas na formação para o SUS.

O processo de construção que perpassou o período de 2008a 2015, publicou oito editais, sendo que o PET-Saúde desenvolveu aproximadamente mil projetos em todas as regiões do Brasil, com diferentes temas e panoramas. O programa desde o seu início, se adaptou a várias mudanças a fim de atender à diretrizes, cenários de práticas e aparelhos de desenvolvimento para a realização de projetos, de forma a considerar além da continuidade, também o fortalecimento do movimento de modificações da formação nas graduações em saúde, com foco na integração ensino-serviço.

Após uma década de vigência, investigações comparativas com estudantes participantes e não participantes do programa indicam que aqueles que tiveram a oportunidade de participar da experiência têm evidenciado um nível maior de conhecimento, produzem artigos científicos ao longo da graduação e participam de eventos acadêmicos com mais frequência (XAVIER 2018; FARIAS 2017).

Os resultados apontam que o programa tem orientado a formação de profissionais crítico-reflexivos e à diversificação das possibilidades relativas ao ensino-aprendizagem, além de fomentar a articulação entre a academia, o serviço e a comunidade e promovendo a realização de práticas inovadoras de atenção e experiências pedagógicas (MORAIS 2012; SOUZA 2012).

Ainda assim, existem muitos desafios a serem suplantados no processo de condução do programa no que tange à escassez de capacitação pedagógica e ao empenho dos preceptores, além da desvalorização dessa função por parte de outros profissionais e gestores, associado também à incompatibilidade curricular com as obrigações dos serviços e à falta de um projeto político pedagógico institucional que beneficie a atuação interligada dos diversos cursos de saúde (FREITAS 2015 e LIMA 2013).

No intuito de considerar os muitos desafios apresentados pelo programa e na busca por promover a junção do PET-Saúde às políticas nacionais desenvolvidas no âmbito da educação na saúde, o DEGES/SGTES/MS reorganiza o programa, em 2015, mediante a proposição de uma edição do Gradua SUS, tendo por objetivo maior fomentar transformações nos currículos da saúde. Esta iniciativa apresenta resultados positivos em relação a edição com destaque para o protagonismo das secretarias de saúde, que passam a assumir o papel de proponentes ativas e coordenadoras dos projetos PET-Saúde.

A inovação na proposta exige que além da assinatura do Termo de Compromisso, e do envio dos projetos pelas instituições de ensino em conjunto com as secretarias de saúde, a secretaria de saúde deveria desenvolver a elaboração dos projetos e colocá-lo em prática na perspectiva de corresponsável pelo alcance dos resultados esperados com as propostas, de forma à coordenar o projeto, papel que anteriormente era desenvolvido pelas instituições de ensino nas edições anteriores.

Ponto também inovador referia-se ao imperativo da participação do curso de medicina na realização de projetos, em conformidade com as duas primeiras edições do programa, cujo foco era a Equipe de Saúde da Família - ESF. Tal condição se dá em função das modificações realizadas mediante Programa Mais Médicos - PMM, em que um novo padrão de regulação para abertura e expansão de escolas médicas foi apresentado e novas Diretrizes Curriculares

Nacionais - DCN foram lançadas (BRASIL, 2013,2014). Assim, o PET-Saúde consistiu em uma tática pujante a fim de apoiar essa expansão, afiançando a qualidade do ensino e a formação articulada aos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.6 Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas

A inserção da perspectiva popular na saúde, consiste no esforço da comunidade via ação coletiva, que diferente do Estado que formula políticas e projetos compensatórios, que não possibilitam condições para a autoemancipação das comunidades, cria um conjunto de subsídios que possibilita além de identificar as práticas de educação popular nos processos das políticas públicas, também estimular a construção de ações emancipatórias. (GOHN, 2006; PADILHA 2007).

No Brasil, os projetos de educação popular são perpassados por fortes bases comunitárias e apresentam significativo impacto tanto na subjetivação das pessoas como das comunidades, mediante a atuação destes como protagonistas políticos, de forma a criar mecanismos coletivos de representação e mediação, que promovem a participação da sociedade civil na busca por superação dos diferentes problemas sociais e políticos que refreiam a organização, expressão e participação política como situações que atinjam o dia-a-dia da vida na comunidade. Diante do exposto, colocar em prática uma ação educativa voltada à inclusão social certamente envolve inúmeros desafios de ordem objetiva, subjetiva, política, pedagógica, coletiva e individual da qual a educação em saúde não está imune.

No campo relativo à saúde, tendo em vista que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 trouxe como inovação o conceito expandido de saúde, edificado pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, cuja base consistia a teoria da determinação social do processo saúde/doença, requereu modificações na organização da produção dos serviços de saúde e no processo formativo dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde-SUS, objetivando a tríade universalidade, equidade e integralidade da atenção. assim, a Educação em Saúde se apresenta como uma atividade essencial no sentido de afiançar práticas sanitárias inovadoras. Diante do exposto, se fez necessário extrapolar a Educação em Saúde que historicamente se apresenta como hegemônica, portanto, aparelho de dominação do saber da elite e de responsabilização das pessoas pela diminuição dos riscos à saúde (ALBUQUERQUE 2004).

Na busca por irromper com a memória imperiosa e normalizadora da articulação entre os serviços de saúde e a população, destaca-se o papel do movimento da Educação Popular

em Saúde -EPS (ALVES, 2005), cujo desafio consistia na sua incorporação nos cursos de graduação no campo da saúde, na formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na educação constante dos trabalhadores do SUS e nos cursos de pós-graduação (VASCONCELOS 2007).

A Educação Popular em Saúde – EPS pode ser visualizada como uma forma específica de compreender e encarar os problemas de saúde por meio da prática do diálogo junto às classes populares, mediante a prática do respeito às suas culturas, a consideração pelos seus saberes e tendo como fundamento o corpo teórico da Educação Popular, formulada e difundida de forma espetacular por Paulo Freire no Brasil (VASCONCELOS 2007).

Formada na totalidade de lutas populares e construções teóricas em benefício de melhores condições de saúde para a população que fizeram parte do Movimento Sanitário Brasileiro a partir da década de 1970, a Educação Popular em Saúde - EPS surgiu do encontro de diferentes atores sociais a saber: trabalhadores de saúde, estudantes e professores universitários, segmentos da igreja e movimentos sociais, na articulação entre diferentes correntes teóricas, tais como o cristianismo, humanismo, socialismo – que derivaram na preparação de um movimento de quebra das práticas hegemônicas de Educação em Saúde cujo marca é preventivista, baseadas na Biomedicina e consolidadas em determinações de comportamento feitas de maneira unilateral por alguns profissionais de saúde (STOTZ, 2007).

A Educação Popular em Saúde - EPS tem por objetivo, além da constituição de uma consciência sanitária com capacidade para reverter o quadro de saúde da população, a motivação para a participação popular, colaborando para a promoção da saúde (GOMES, 2011). Esta possibilidade tem como premissa a ideia de que o estudante possui um conhecimento prévio, edificado ao longo de sua história de vida, da sua prática social e cultural, que se apresenta como ponto de partida para a obtenção de novos espaços de participação social.

Diante do exposto, a educação se constitui como um processo de busca e ao mesmo tempo, de construção e reconstrução que tem início na ação e reflexão do homem sobre o mundo a fim de transformá-lo. A problematização das experiências ou situações vividas se apresenta como um desafio para a mudança e, portanto, uma fonte para a organização do conteúdo do processo educativo. (BORNSTEIN, 2007).

A Educação Popular no Brasil durante as décadas de 1980 e 1990 ganhou força e espaço, de forma a acumular atores sociais e instituições na esfera da sociedade (OLIVEIRA, 2009) e passa a integrar o aparelho do estado nos anos 2000, de forma a assumir a condição de objeto de gestão no escopo da Política Nacional de Saúde e esboçando possibilidades que

culminariam na elaboração de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde, aprovada no ano de 2012, no Conselho Nacional de Saúde.

O desenvolvimento desta política nas diferentes esferas do sistema de saúde denotou na construção de atividades muitas de inclusão mediante práticas de saúde, processos de formação dos profissionais, desenvolvimento da participação popular em saúde e do controle social, articulada à produção de conhecimentos a ela relacionados (BENETTI, 2011), o que permite visualizar a dimensão de sua abrangência e, especialmente, de sua magnitude para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Diante da realidade brasileira, a importância da educação popular, na perspectiva de um patrimônio se deu de forma inicial no campo da saúde. No ano de 2013, a Portaria nº 2761 estabeleceu a política cujo objetivo foi evidenciar as ações populares voltadas para a promoção da saúde em um plano mais amplo, de maneira democrática mediante efetiva participação social. Na Educação Popular em Saúde – EPS, a importância da experiência consiste em transformar os serviços de saúde em oportunidade e espaços de reflexão dos atores sociais envolvidos na ação e fazer do cuidado um espaço de exercício da cidadania.

A publicação no ano de 2014, pelo governo brasileiro da Portaria no Diário Oficial da União, relativa ao o “Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas”, consiste na formalização da educação popular como política pública e se materializa como um marco de referência, uma vez que a educação popular, se apresenta como fruto de seu contexto social, ou seja, se tornou possível graças à conjuntura relativa à existência de um governo democrático e popular. (SCHÖNARDIE, 2018).

Podemos afirmar que o Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas refletiu naquele instante histórico e político um novo tempo na valorização de práticas democráticas e participativas em parceria com Governo Federal, cuja intenção consistiu em criar um conjunto de elementos que possibilitasse identificar as práticas de Educação Popular nos processos das políticas públicas, de forma a estimular a construção de políticas emancipatórias.

A materialização das intenções se apresentava como o desafio maior para todos os setores governamentais e da sociedade civil torná-lo conhecido e assimilado entre todos os atores sociais e agentes que desenvolvem e praticam ações educativas nas diversas frentes e campos de atuação e em todas as políticas públicas. Contudo, o golpe ocorrido no ano de 2016 fez recuar os avanços democráticos e participativos, permitindo que a realidade voltasse a ser utopia.

Conforme Stering (2008, p.28-29),

A utopia é aqui entendida como motor de transformações. Designa o projeto de algo ideal ou perfeito, pois, esse ideal conteria em si a possibilidade da transformação social e das possíveis alterações da sociedade. Consiste na consciência antecipadora do amanhã. A utopia alimenta o desejo do que não está aí, um projeto aberto de convocação para a luta. Neste contexto, o pensamento utópico pode ser entendido como o grande impulsionador das revoluções.

Nossa percepção é a de que o movimento e as ações em prol da educação em saúde em um contexto popular de educação, se apresenta como um exercício coletivo de transformações muitas que incluem além de pessoas, também espaços, tempos, necessidades coletivas que freirianamente se traduz em esperança pedagógica que diz respeito a uma temporalidade de espera vã, ao contrário, refere-se a um tempo de reinvenção e reconstrução da cultura em suas muitas possibilidades, inclusive no que diz respeito à escolha de nossos representantes políticos.

É imperioso reinstalar o caráter utópico dos acontecimentos na sociedade brasileira. Falo da utopia que ultrapassa a dimensão do sonho de forma a constituir-se no ponto de partida para o nosso ponto de chegada, sem, contudo, negar a desesperança como uma possibilidade concreta, uma vez que sem desconhecer as razões históricas, econômicas e sociais que a explicam, não podemos jamais prescindir da esperança na busca por um mundo melhor. (STERING, 2008).

III – EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: ECOS E REFLEXOS

Este capítulo é dedicado à compreensão do lugar da educação em saúde na escola estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG, a partir da análise do seu projeto pedagógico e revelar a contribuição do trabalho com essa temática na referida escola para o município de vínculo.

Em um momento em que o país e o mundo passa por um período de pandemia e consequentemente o fechamento dos espaços físicos escolares, possibilitando um ensino de forma remota, torna-se necessário a construção de um documento que reorganize o trabalho curricular, considerando fatores básicos de conhecimento que possam engendrar elementos essenciais às múltiplas vivências estudantis. Em análises construídas fez com que fosse possível compreender a necessidade em reelaborar documentos educacionais por difrentes profissionais, contrariando uma tendência tecnicista que age silenciosamente na busca por invisibilizar as lutas e debates escolares diante suas fragilidades.

Conforme os PCN's, ao educar para a saúde, de forma contextualizada e sistemática, o professor e a comunidade escolar contribuem de maneira decisiva na formação de cidadãos capazes de atuar em favor da melhoria dos níveis de saúde pessoais e da coletividade. Sendo assim, tomamos, como já colocado anteriormente, a metodologia de análise por temas geradores, segundo Zatera (2007), para o tratamento dos dados da pesquisa. Para tanto, trazemos, no primeiro momento, o contexto da escola alvo da pesquisa.

3.1 O contexto da escola estadual analisado e o ensino médio

A Escola lócus da investigação foi criada pela Lei Nº 3267 de 11/12/66, com a denominação de Ginásio Estadual. Legalmente registrada em Cartório de Registros de Imóveis de Canápolis de Centralina – MG em 07/03/66, sob Nº 332, Livro 3. O seu funcionamento foi autorizado pela Portaria Nº 105 de 16/03/66 em 21/03/1966.

Em um contexto histórico a unidade escolar percorreu a seguinte trajetória:

1960 Ginásio Municipal de Centralina-MG

11/12/1961 Ginásio Estadual de Centralina-MG

1967- Criação da Biblioteca Escolar

12/11/1980- Registro da Biblioteca “Cônego João Rodrigues de Freitas”

21/03/1966 - Escola Estadual de Centralina-MG
1985- Reforma e construção de mais salas de aulas e extensão do Ensino Médio
12/07/1990 Escola Estadual “Wilson De Melo” 1º E 2º Graus de Centralina-MG
2004 Construção da cobertura da quadra e rampa de acessibilidade
2015- Reforma geral do prédio Escolar
2018-2019- Ampliação do palco, construção de rampa de acessibilidade, quadra de peteca e arquibancadas

Resgatar o passado da escola faz com que o nosso presente seja iluminado, abrindo novos caminhos para o futuro.

Conforme evidenciado no quadro, a Escola Estadual “Wilson De Melo” 1º e 2º Graus de Centralina- MG, iniciou suas atividades no ano de 1960 em uma sala da Escola Municipal Carlos Prates, com o nome de Ginásio Municipal de Centralina – MG, tendo Como diretor o Professor Avelino de Souza Neto e vice-diretor, o Professor Antônio Alves do Espírito Santo.

O Prefeito da época, Senhor Wilson de Melo, diante de um projeto que manifestava uma e percebendo a necessidade de expectativa promissora uma escola maior, cedeu ao Estado um terreno situado à antiga Rua Bahia, nº 125, hoje Rua Antônio Virgílio dos Santos para a construção da mesma.

Os estudantes foram removidos para a nova escola, funcionando sob a direção do professor Avelino de Souza Neto no 1º Semestre do ano de 1961 e no 2º semestre, o Professor Antônio Alves do Espírito Santo, assume a direção seguindo os critérios de uma Escola Estadual (o diretor seria escolhido pelo governador) e no dia 11/12/1961- a escola recebe o nome de Ginásio Estadual de Centralina-MG.

A seguir os Diretores que foram nomeados pelos governadores:

-Prof. Antônio Alves do Espírito Santo -28/07/61 à 05/07/1967.

-Cônego João Rodrigues de Freitas -06/07/67 à 04/04/72

-Prof. Agenor Floresta Filho 05/04/72 à 10/03/80

-Vice: José Francisco Gomes

-Prof. Miguel Valadares Ribeiro Filho 11/03/80 à 25/05/83

-Vice: José Francisco Gomes e Anair Machado

-Prof. Joédis Marques Ferreira -26/05/83 à 31/12/88

-Vice: José Francisco Gomes e Neuzi Marques Ferreira Carlos

1985- O Ginásio Estadual de Centralina ganhou a extensão Ensino Secundário com a junção da Escola Municipal Raulino Pacheco onde passou a ser Escola Estadual de Centralina 1º E 2º Graus, com a seguinte direção:

-Prof. José Francisco Gomes 01/01/89 à 31/12/91

-Vice: - Neuzi Marques Ferreira Carlos e Devani Ferreira Zabisky

Com a democratização da gestão escolar surgiram em 1989 às primeiras eleições para diretor onde através do voto a comunidade escolar, funcionários, pais e estudantes acima de 14 anos, adquiriram o direito de votar escolhendo os diretores de escolas estaduais.

A seguir os diretores escolhidos pela comunidade escolar através do voto:

Prof. José Francisco Gomes 01/01/89 à 31/12/91

-Vice: Neuzi Marques Ferreira Carlos e Devani Ferreira Zabisky

-Prof. Devani Ferreira Zabisky 01/01/91 à 29/03/94

-Vice: José Francisco Gomes, Lucelena Gouveia e Marise Elena Rabelo Dos Anjos

- Prof. Neuzi Marques Ferreira Carlos 29/01/94 à 29/04/97

-Vice: José Francisco e Marise Elena Rabelo Dos Anjos

-Prof. José Francisco Gomes 30/01/97 à 11/01/2000

Vice: Marise Elena Rabelo dos Anjos e Roselane Aparecida de Carvalho Zuza

-Prof. Valdivino Domingos de Oliveira 12/01/2000 à 14/04/2004

-Vice: Donizete de Oliveira e Mires Soares do Nascimento Rodrigues

- Prof. José Francisco Gomes- 15/04/2004 à 31/06/2007

Vice: Sonia Maria de Oliveira e Mires Soares do Nascimento Rodrigues

-Prof. José Humberto Luiz (Magal) 03/07/2007 à 21/01/2012

Vice: Elizete Rocha Martins Ribeiro e Sonia Maria de Oliveira

-Prof. Mires Soares do Nascimento Rodrigues 24/01/2012 À 31/12/2015

Vice: Maria Cristina da Silva e Patrícia de Paula Guimarães Teixeira

Prof. Roneide Rodrigues Ferreira - 01/01/2016 à 01/07/2019

Vice: Edilson Martins Ferreira

Prof. Roneide Rodrigues Ferreira - 01/07/2019

Vice: Edilson Martins Ferreira

Considerando essa unidade de ensino e de formação do educando, a escola tem se preocupado em buscar via aprimoramento da sua equipe no âmbito de suas competências habilidades, valorizando o ensino e a aprendizagem, tendo por finalidade o plano de desenvolvimento do educando seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação

para assumir que o aprendizado não tem fim e deve ser permanente. Nesta direção, a escola possui como lema a ideia de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.



Fonte: Registro da autora (2021).

3.2 A análise do Projeto Pedagógico da escola

A LDB 9394/96 regulamenta o sistema educacional brasileiro, seja ele público ou privado. Portanto, compreende-se que as reflexões postas num processo de análise dialogam na construção e fundamentação do conhecimento, que direcionam as propostas curriculares no Colégio Estadual Wilson de Melo em Centralina-MG.

Todas as instituições de ensino de Educação Básica brasileiras, para que possam funcionar, necessariamente devem ter um Projeto Pedagógico. Além do mais, com a aprovação da Base Nacional Comum Curricular no Ensino Fundamental no ano de 2017, essa obrigatoriedade foi reforçada, ampliando ainda o entendimento de que esse documento, o PP, precisa estar de acordo com os conceitos e com as novas nomenclaturas que constam na BNCC.

Conforme mencionado anteriormente, a referida legislação foi elaborada mediante os princípios contidos na Constituição Federal de 1988, que reafirma a educação como um direito social desde a educação básica até a superior. Também estabelece os princípios e fins da educação e os deveres do Estado como agente provedor da educação escolar pública, de forma a definir as responsabilidades em colaboração com a União, o Distrito Federal e os municípios, assim como a gestão democrática do ensino público e uma progressiva autonomia pedagógica e administrativa da gestão financeira das unidades escolares, além de prever a criação do Plano Nacional de Educação.

Assistência à saúde consiste em uma categoria presente na Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB 9394/96, que aponta o Estado como responsável pela formulação de programas de assistência à saúde dos estudantes, conforme pode-se observar no documento, mais precisamente em seu artigo 4, inciso VIII,

O dever do Estado com a educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde (BRASIL, 1996. p.67)

Como desdobramento da Lei de Diretrizes e Bases da Educação- LDB, o atendimento inicialmente previsto exclusivamente para o Ensino Fundamental foi ampliado para todo o ciclo básico

Art. 4º O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de:(...)VIII- atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde;(Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013).Art. 4º-A. É assegurado atendimento educacional, durante o período de internação, ao estudante da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado, conforme dispuser o Poder Público em regulamento, na esfera de sua competência federativa. (Incluído pela Lei nº 13.716, de 2018).

As leis amparam a efetivação da construção de bases literárias, porém quando se constrói uma análise sobre a educação em saúde no espaço escolar, o Projeto Pedagógico não é, afinal, um tema fortalecido no debate. Existem falhas que podem ser observadas em relação a junção entre determinadas disciplinas e a saúde como componente curricular, sendo assim, preconcebe uma necessidade de construir um projeto que vise melhorias e mudanças no que diz respeito à educação em saúde na escola. Portanto, para que seja possível uma mudança na Educação em Saúde como conteúdo escolar é necessário repensar e acolher as identidades e o pertencimento dos jovens estudantes.

Segundo Gadotti (1994, p.579) todo projeto supõe rupturas com o presente e promessas para futuro. O ato de projetar significa tentar quebrar um estado confortável para ariscar-se, atravessar um período de instabilidade e buscar uma nova estabilidade em função da promessa que cada projeto contém de estado melhor do que o presente. Um projeto educativo pode ser tomado como promessa frente a determinadas mudanças necessárias na organização do ambiente escolar.

A LDB 9.396/96 assegura a necessidade em reeditar o Projeto Político Pedagógico, buscando compreender as múltiplas realidades que existem dentro do espaço escolar, garantindo a efetiva participação da comunidade escolar. Face à pandemia de Covid-19, seria necessário contemplar, a nível de PP escolar, ações para a educação quanto ao combate ao

coronavírus. Sendo assim, materializa-se a ideia de que o PP é parte constituinte e reveladora da identidade da escola e, portanto, deve apresentar a organização das proposições pedagógicas da escola; as metas educacionais estabelecidas pela escola; e, os planos didático-pedagógicos a serem desenvolvidos. Tudo isso, tendo em vista o contexto no qual está inserida e a garantia do nível satisfatório de aprendizagem dos educandos.

Em análise do Projeto Político Pedagógico que, apesar das transformações políticas ainda assim é denominado pela escola em questão, o termo absenteísmo é o maior aliado como concretização dos problemas de saúde, preocupados com a ausência de profissionais do ambiente escolar e também dos jovens estudantes, reverberando que a ausência acaba “impactando negativamente pela falta de interesse dos seus pais e responsáveis, e, pela falta de comprometimento do próprio estudante”. (PPP, 2021, p.68).

A escola se articula para trabalhar, intervindo de forma positiva para ajudar o professor em absenteísmo, conscientizando-o das perdas geradas para a qualidade educacional da escola como um todo. A equipe pedagógica organiza atividades interdisciplinares com outras turmas (atividades em grupo com outras salas que tenham professor) ou utiliza nesses casos o laboratório de informática e conscientiza o docente sobre a recuperação do conteúdo perdido na sua ausência. (PPP, 2021, p.69)

O Projeto Político Pedagógico apresenta algumas possibilidades de Educação em Saúde, sendo assim, destaca-se a presença do tema 7 vezes, oportunizando a compreensão de saúde como elemento pertencente a formação cidadã, valorizando alguns pontos a promoção da saúde, proteção e recuperação. Por mais que o documento incite a necessidade em se trabalhar a educação em saúde, os conteúdos escolares não possuem fórmulas em como engendrar esse trabalho, sendo assim, deve existir maneiras em mediar que devem ser pensadas pelo docente e que possibilitem o autoconhecimento e o autocuidado. Além disso, cumpre destacar que, como escola pública – *entende-se o público como de todos e todas e para todos e todas* – a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, assumida nesta pesquisa como possibilidade de engendrar os pressupostos do conceito de saúde na escola, pode orientar a adoção de práticas vinculadas ao cuidado, à dialogicidade, à solidariedade, a fim de estas pessoas colaborem “com a ampliação da participação popular e do controle social na perspectiva da gestão participativa no SUS, tanto no que diz respeito ao reconhecimento e defesa do direito à saúde, quanto ao compartilhamento do poder institucional em todos os níveis do Sistema” (BRASIL, 2012, p.18).

A análise do PPP do Colégio Estadual Wilson de Melo de Centralina-MG, permitiu construir reflexões básicas sobre determinadas singularidades, como a abordagem em saúde e a identidade dos jovens estudantes. Para Vasconcellos (2002), o projeto político pedagógico

de uma escola nunca está finalizado ele deve ser flexível e aberto a mudanças expressar os resultados do consenso da participação coletiva. Portanto, por meio da análise do Projeto Político Pedagógico, foi possível encontrar as respostas em relação a educação em saúde, pois neste documento não estão estabelecidos conteúdos que normatizam práticas educacionais e ou conteúdos programáticos, metodologias ou eixos que coloquem no espaço de ensino discussões acerca da temática, sendo assim, a formação humana e as questões de saúde ficam a cargo de uma educação não escolar ou de instituições parceiras, que trabalham tal temática no contexto da escola.

A elaboração do PP configura-se como uma constante recriação da atividade educativa, um eterno planejamento e avaliação de suas ações frente às expectativas de todos os segmentos escolares em relação à educação que se deseja realizar. Essas transformações já são percebidas no momento em que é possível compreender a inserção de aulas remotas tendo a COVID-19 como fator de transformação, pois o Estado de Minas Gerais vem editando normas para enfrentamento da situação de emergência de saúde pública.

De acordo com Mohr (2011)

As profissões da área da saúde possuem o cuidado como uma de suas atribuições. O cuidado encerra muito do educar. Esse educar deve ser compreendido para além da esfera dos conhecimentos entendidos apenas como disciplinas científicas ou escolares (matemática, biologia, língua portuguesa, etc.). É importante considerar que educar diz respeito a estimular o raciocínio, o senso crítico e a curiosidade, assim como desenvolver valores e contribuir para o exercício da cidadania. (MOHR, 2011, p.54)

Nessas condições compreende-se que a equipe escolar deve promover relações de estudo entre a sociedade, realizando breves junções entre a realidade escolar e os espaços de jovens estudantes. Portanto, é necessário construir estratégias metodológicas que tenham como origem a realidade dos estudantes em seu processo de vivência. E cabe a escola elaborar planos de trabalho, métodos e maneiras de organizar o ensino e o espaço escolar, face as determinadas peculiaridades da comunidade em que a as políticas e diretrizes escolares atuam, assim promovendo uma discussão constante sobre o que poderiam alterar e modificar em seus planos de trabalho para corresponder os anseios dos discentes e a efetivação plena de uma educação em saúde.

Por meio da análise do Projeto Político Pedagógico da escola compreende-se que existe a busca pela participação e o envolvimento dos sujeitos que compõem o espaço escolar, todavia é possível perceber algumas falhas na construção do documento, quando se constata a ausência da Educação em Saúde como eixo norteador, buscando elementos que permitam articular o processo de mediação com a comunidade escolar.

Logo, compreende-se na necessidade de construir atualizações no PP concretizando a educação em saúde como consolidação de uma política democrática e que proporcione a boa qualidade no desenvolvimento escolar. A inserção dos elementos que possam construir mediações nos espaços escolares com temáticas relacionadas a Educação em Saúde necessita de uma reformulação que possa adequar o trabalho pedagógico envolvendo conteúdos escolares que valorizem a educação em saúde e que atenda as demandas educacionais emergentes.

Sendo assim, pode-se afirmar que os objetivos da pesquisa vão sendo alcançados, pois é possível entender que o projeto político-pedagógico e proposta pedagógica curricular são ferramentas e instrumentos que proporcionam mudanças iniciais na organização do trabalho pedagógico, definem claramente a intencionalidade das ações junto ao processo ensino-aprendizagem que respeita as peculiaridades da Educação em Saúde.

3.3 Programa Saúde na Escola: memórias das ações da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Centralina-MG

Nesse momento do trabalho dissertativo efetiva-se a necessidade em rememorar os acontecimentos em relação as práticas escolares, colocando em evidência as experiências vivenciadas no contexto desta escola. Assim, por meio do relato memorialístico, torna-se possível analisar a construção de conhecimento oportunizada pelas ações de educação em saúde como profissional do quadro de servidores/as da Secretaria de Saúde do Município de Centralina-MG, que atua em parceria com a escola.

Como visto anteriormente, a escola estadual Wilson de Mello realiza ações de educação em saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Centralina/MG, e em menção dos acontecimentos e as ações que foram desenvolvidas por meio de convites que tiveram o intuito em desenvolver propostas que coadunaram com as políticas escolares, e sua necessidade em colocar em práticas escolares temas que são necessários e emergentes, cumprindo o papel social que a escola possui diante o espaço geográfico e a construção da formação cidadã.

As ações desenvolvidas tiveram fins educativos e foram desenvolvidas dentro da escola em análise. Tais possibilidades chegaram até mim, profissional que atua na área farmacêutica, enfatizando projetos da Rede de Farmácia de Minas, denominada Farmácia de Todos. Diante desse viés, atuando na área da saúde, busco sempre colocar em prática meu

despertar docente, possibilitando aprendizados por meio da minha formação como Bióloga e aliando a minha atual profissão sendo farmacêutica.

O continuar dessa temática envolve cidade de Centralina-MG sendo dependente de cidades maiores e vizinhas em questões de saúde, como Itumbiara-GO e Uberlândia-MG, sendo assim, em caso de qualquer necessidade maior, o paciente deve ser encaminhado a cidades vizinhas, e diante o levantamento desta pesquisa, acredita-se que é possível colocar em prática um “antídoto” que medique esses problemas urbanos relacionados a saúde pessoal. É possível compreender que o município de Centralina-MG sofre com a ausência de infraestrutura que atenda todos os problemas de saúde, elementos que são considerados importantes para a diminuição de índices que afetam a saúde da população.

A partir dos diagnósticos levantados, sobre políticas e leis que versam o espaço de ensino e a cidade em foco, tornou-se possível perceber a necessidade em intervir na área, demonstrando possibilidades que objetivaram transformar e fortalecer as ações que podem ser potencializadas no espaço escolar. Portanto, as atividades educativas referentes à educação em saúde foram desenvolvidas por uma junta de profissionais da Secretária de Saúde de Centralina, e que possibilitaram levar metodologias e orientações aos professores e que foram mobilizados a construir um espaço de construção que possa engendrar uma aprendizagem significativa.

Quando se remete ao espaço escolar, compreende-se que as doenças devam ser trabalhadas no ambiente escolar com o intuito de conscientizar, intervir e construir conhecimento, levando em consideração que esse espaço é privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas em saúde e essas intervenções desempenham um relevante papel na construção de conhecimento e consolidação da sensibilização e ou conscientização, principalmente quando se trata de doenças negligenciadas.

Partindo deste pressuposto e em consonância com as atribuições contidas no Programa de Saúde na Escola (PSE) coordenadas em conjunto pela Secretária de Saúde e de Educação do município, apresentamos duas ações educativas e de intervenção na Escola Estadual Wilson de Melo do município de Centralina – MG, realizados com jovens estudantes de Ensino Fundamental para desenvolver ações que desde a caracterização das doenças até administração de medicamentos e disponibilização de materiais de prevenção, conforme mostra o quadro 3.

Quadro 3 – Ações do PSE da Prefeitura Municipal de Centralina/MG na escola estadual Wilson Mello.

Data	O Projeto	Prática	Contexto Prático	Realização
Março/2019	Endemias municipais: Dengue	Palestra de conscientização	Junta profissional mediando conhecimento no espaço escolar	Parceria entre comunidade escolar e profissionais da saúde.
Setembro/2019	Verminose nas Escolas	Encontros educacionais com práticas escolares	Profissionais da Saúde e professores mediando sobre o uso de práticas de higiene que mitigam contaminações e administração do Albendazol 400mg como medida de intervenção.	Parceria entre comunidade escolar e profissionais da saúde.

Fonte: Arquivo da Prefeitura Municipal de Centralina/MG.

Buscando preencher lacunas escolares e engendrar a prática no espaço escolar, compreende-se que o Programa Saúde na Escola (PSE) que contribui para a formação dos estudantes da rede pública da educação básica, visou promover essa junção entre ações que balizam entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações da educação de base pública. Sendo assim, os temas escolhidos são emergentes em relação ao quadro clínico do município, atendendo a saúde local como forma de prevenção de outros possíveis casos, articulando uma construção social que tenha como foco a educação, mas que também atinja a formação cidadã e o reconhecimento dos direitos humanos.

Os momentos de encontro com as práticas no espaço escolar, fortaleceram o enfrentamento de determinadas vulnerabilidades no campo da saúde e que comprometem o desenvolvimento do estudante no cotidiano escolar, por esse e outros motivos torna-se importante essa aliança entre escola e saúde promovendo promoção, prevenção e assistência.

Tendo em vista o quadro apresentado, trazemos o relato memorialístico dos dois projetos/ações realizadas:

Projeto 1: Endemias municipais: Dengue

Com base no índice de acometimento da “Dengue”, que é uma doença viral com números muito evidentes de casos anuais, fez-se necessário desenvolver uma intervenção no espaço escolar para trabalhar ações de sensibilização. Iniciou-se com uma introdução sobre a

doença, seu vetor e toda a caracterização básica para o entendimento, aproximando os sujeitos com o tema abordado e evidenciando qual é essa doença, suas formas de contaminação, prevenção, profilaxia, medidas básicas de prevenção e condições de saneamento básico eficazes para combater a proliferação dos vetores.

Após abordar todo o histórico e as características da doença, conduziu-se a mediação com apresentação de casos clínicos de pacientes que apresentaram diferentes sintomas e que exemplificaram o quadro dos sintomas da Dengue. Em seguida, expôs os índices do município, do estado e do País para demonstrar a prevalência e o alto nível de disseminação, podendo levar pacientes com quadros de comprometimento de saúde até a morte.

Posteriormente, apresentou-se dados com embasamento sobre os lugares mais vulneráveis a proliferação dos vetores, e partindo desse posicionamento foram entregues panfletos de sensibilização que mediarão a discussão sobre as medidas de saneamento básico de controle e prevenção dessa doença.

No seguimento da intervenção, foram propostas ações quinzenais, a partir do encontro, por um período de noventa dias, nas quais os estudantes deveriam desenvolver ações em sua comunidade para o combate e a proliferação dos vetores da Dengue e trazer registros para serem discutidos e inseridos nos murais e nas mídias de divulgação de projetos da escola, visando contribuir com toda a comunidade escolar.

Ao final se seguiu uma conversa informal e perguntou-se quais informações tinham sido absorvidas por meio do aprendizado, a fim de fixá-las. Pôde-se perceber durante essa conversa, que apesar do conhecimento que alguns pais já têm sobre o problema que a má gestão da água dentro dos lares pode ocasionar, muitos deles ainda preservam atitudes que degradam a natureza e propiciam ambiente propício a proliferação dos mosquitos (como deixar vasos de plantas com água, jogar lixo em terrenos vazios próximos às residências ou nos corpos hídricos, deixar caixa d'água destampada, entre outros). Essa intervenção contou com a contribuição dos setores de vigilância sanitária, PSF(s)- agentes de saúde, farmacêutica, gestores, diretores, professores, familiares e alunos, conforme se observa nas fotografias 1 e 2.

Fotografia 1: Conscientização com cartazes e Panfletos



Fonte: Acervo da Autora

Fotografia 2: Conscientização com cartazes e Panfletos



Fonte: Acervo da Autora.

Os caminhos para a interdisciplinaridade são necessários diante do contexto escolar, sendo assim, a Educação Ambiental e a Educação em Saúde devem caminhar lado a lado, o que de acordo com o artigo segundo da Lei 9.795 de 1999, que institui a Política Nacional da Educação Ambiental, “a educação ambiental é um componente essencial e permanente da educação nacional, devendo estar presente, de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em caráter formal e não-formal”. Sendo assim, a possibilidade de vivenciar o espaço escolar, junto com estudantes e docentes, possibilitou construir práticas que podem ser compartilhadas e que busquem a efetividade no processo de ensino e educação em saúde.

Projeto 2: Verminose nas Escolas

Este projeto considerou a necessidade de intervenção na escola acerca das doenças que podem estar presente no ambiente escolar, tomando como referência o material produzido pela Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma que teve início em 2013,

com periodicidade anual em áreas prioritárias e também fundamentada pelo Guia prático para operacionalização da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose, que foi reformulado em 2016.

Iniciou-se a intervenção explanando sobre essas doenças parasitárias, evidenciando todo o histórico, desde o surgimento, a porcentagem de incidências, até a criação da campanha de combate a essas doenças. Em seguida, sequenciou com a forma de transmissão e apresentou diferentes casos clínicos para a demonstração dos sintomas, diagnóstico e a prevenção.

Dando continuidade, trabalhou-se as questões de saneamento básico, apresentando os números em relação às regiões mais incidentes e de baixo desenvolvimento sanitário, em seguida, como medida de intervenção para o espaço escolar, após realizar todo o momento introdutório e interpretativo da campanha, realizou-se a administração de Albendazol 400mg em todos os alunos dos anos finais do ensino fundamental e sob a autorização dos pais, este medicamento foi fornecido pela “farmácia de todos” do município de Centralina-MG, atendendo as medidas de prevenção da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma. Essa intervenção contou com a contribuição dos setores de vigilância sanitária, PSF(s)- agentes de saúde, farmacêutica, gestores, diretores, professores, familiares e alunos, conforme se observa nas fotografias 3 e 4.

Com base numa construção participativa, compreende-se a necessidade de implantar medidas que previnam o acometimento de doenças na sociedade, prevalecendo uma aprendizagem que possa ter sentido em transformar a vida das pessoas que compoem a comunidade escolar, exemplificando por meio de atividades que intensificam as práticas educacionais em saúde.

Fotografia 3: Aplicando a prática escolar



Fonte: Acervo da Autora.

Fotografia 4: Aplicando a prática escolar



Fonte: Acervo da Autora.

Por último, num movimento de análise do relato memorialístico realizado, é preciso destacar a necessidade de avançar, dentro do regime de parceria entre a escola e a prefeitura, quanto aos pressupostos da Educação Popular em Saúde adotados nesta pesquisa, de modo que, conforme coloca Vasconcelos (2003), se possa superar a fragmentação do conhecimento que as pessoas têm sobre a saúde, e passem a valorizar o saber popular que emerge das diferentes práticas culturais de cuidado, na lida constante com os processos de adoecimento e cura. Além disso, conforme propõe Wong-Um (2014), é preciso negar a exclusão do saber das classes populares, de modo a favorecer a troca e as “boas” emoções, que fazem bem à saúde, como alegria, a solidariedade, o sentimento de pertencimento a um contexto de cuidado e amorosidade, considerando a escola como palco privilegiado para os momentos de formação e de construção do conhecimento. Nisso reside, também o processo de conscientização.

Não se pode desprezar o mérito, os ecos e reflexos dos projetos que vem sendo desenvolvidos e que contribuem, sobremaneira, para com a melhoria dos aspectos de saúde dos habitantes da cidade de Centralina-MG, como um todo. Todavia, quando assumimos, nesta pesquisa, os princípios teóricos-metodológicos da Política Nacional da Educação Popular, percebemos a necessidade de avançar nesta direção, especialmente quanto:

1. Ao *diálogo*, como possibilidade de voltar-se “para a realidade que nos desafia, a problematiza e contribui com a elaboração de estratégias para superação desses desafios, ampliando nossa capacidade crítica sobre a própria realidade” (BRASIL, 2012, p.14);
2. À *amorosidade*, que “permite que o afeto se torne elemento estruturante da busca pela saúde” e que favoreça “um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde” (BRASIL, 2012, p.15);
3. À *problematização*, que nasce como uma prática pedagógica, enquanto práxis sociocultural, como possibilidade de elaboração de um mundo refletido em comunhão, “possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limite vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir” (BRASIL, 2012, p.16);
4. Na *construção compartilhada do conhecimento*, que “como resultado do diálogo, envolve a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde, considerando a integração e articulação entre

saberes, práticas, vivências e espaços” (BRASIL, 2012, p.16), como possibilidade de efetivar o cuidado, a participação, a criatividade e a gestão da saúde;

5. Na *emancipação*, que “fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos, sejam protagonistas” (BRASIL, 2012, p.17);
6. No *Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular*, que se caracteriza

por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia 18 participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos” (BRASIL, 2012, p.17-18)

Desse modo, a análise do PP da escola, bem como do relato memorialístico empreendido, revelam os ecos e reflexos de uma perspectiva ainda pragmática e assistiva quanto à educação em saúde na escola. Todavia, ecoam e refletem o potencial articulador de práticas que sejam dialógicas, emancipadoras e produtoras de conhecimento no ambiente escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se uma praxias academicista ressaltar a importância entre o acesso a educação e os níveis de qualidade de vida que correspondem a boa qualidade no processo de ensino e aprendizagem. Diante da construção dessa dissertação, ficou evidenciada a importância da temática diante das mazelas sociais, garantindo por meio do espaço escolar uma assistência ampla a saúde e a contribuição que a escola possui para esse fim.

Vale ressaltar a importância que a escola possui ao assumir um papel de construção formal do conhecimento. Esse conhecimento formal possibilitou com que os jovens escolares articulassem os saberes evidenciados com as suas atitudes, comportamentos e práticas sociais, aplicando o “boca a boca” com a sociedade em geral. Nesse sentido, o processo educativo além de construir a autonomia do saber, ele objetiva a função social.

Nessa perspectiva de função social, compreende-se que o processo educativo gerado a partir das ações de educação em saúde realizadas na escola, favoreceu o desenvolvimento autônomo dos jovens estudantes, além de apresentar possibilidades aos docentes, funcionando assim, como um proposta que gere transformações pelo caminho, em que a escola foi palco que serviu de interações para propor mudanças na forma de pensar e construir saúde, trabalhando em conjunto com disciplinas escolares e conjunto com equipes de saúde, abandonando práticas que descentralizam a responsabilidade somente do professor.

Na escola onde se desenvolveu as intervenções e a pesquisa na construção da análise do ambiente escolar, verificou-se que os jovens estudantes precisam compreender que pequenos hábitos vistos como básicos precisam ser colocados em prática, minimizando possíveis agravos durante períodos endêmicos. A conscientização transforma não somente os estudantes, como os professores, melhorando o rendimento da boa qualidade no processo de ensino e aprendizagem.

É preciso reforçar a importância de realizar alterações no Projeto Pedagógico da escola, de modo a institucionalizar, formal e legalmente, as ações de educação em saúde que a própria escola vem desenvolvendo ao longo dos anos. Afinal, conclui-se, com esta pesquisa, que a educação em saúde tem lugar no contexto escolar a partir das ações materializadas pelo regime de parceria com a secretaria de saúde do município de Centralina-MG, todavia, ainda não legitimadas, do ponto de vista legal e institucional, no seu Projeto Pedagógico. Tal parceria tem se pautado, até o momento, no conceito de saúde pragmático, mais biologicizado, carente de se encontrar com os pressupostos da Educação Popular em Saúde,

referencial que pauta práticas de conscientização a partir de uma análise crítica da realidade, das demandas que a própria escola apresenta, ou seja, das necessidades concretas da comunidade escolar.

Diante do exposto ao longo desse trabalho, ficou em evidência a importância que o tema assume frente às necessidades de garantir uma melhor assistência à saúde, visando uma contribuição da escola para esse fim. Vale ressaltar aqui a importância da escola, que assume um papel educativo e assistencial.

É preciso ponderar que os programas que trabalham com saúde ainda são restritos ou privilegiam uma parte da população. No período investigativo na busca por dados da construção desta pesquisa, foi possível analisar o distanciamento entre as políticas educacionais regulares e as políticas em saúde, evidenciando a necessidade em aproximar as duas vertentes que fazem parte de um mesmo panorama. Nesse sentido, tornou-se importante evidenciar o contexto escolar, porque além de proporcionar a prevenção à doença aos jovens estudantes, os profissionais da saúde tiveram o encontro com o espaço de ensino, reduzindo assim, os números de jovens acometidos com problemas de saúde.

É importante considerar, também, que o professor é essencial no processo de construção da educação em saúde. Entretanto, deve-se considerar também a importância do profissional de saúde inserido na escola, tentando buscar caminhos dialógicos que possam qualificar melhor as ações educativas relativas ao tema executadas dentro da escola, de modo a melhorar a qualidade de vida de todos e todas.

De acordo com as atividades direcionadas ao espaço escolar, tornou-se possível compreender que os estudantes necessitam compreender a sua relação com a saúde, e por isso, é preciso viabilizar práticas entre docentes e profissionais da saúde, buscando uma participação ativa da comunidade escolar. De vários fatores depende o processo de conscientização, dentre eles, as políticas econômicas e sociais que direcionem programas às classes populares, que estão dentro das escolas públicas, como é o caso da escola estadual Wilson Melo.

Enfim, é necessário adotar práticas que descentalizem as informações relativas à saúde e que possibilitem levar e construir conhecimentos com os estudantes e professores, buscando melhoria das condições de vida e de aproveitamento acadêmico. Sendo assim, é de suma importância realizar investimentos que construam olhares sociais, ou seja, desenvolver ações que transformam a estrutura, e que de fato melhore além do rendimento escolar, também o perfil epidemiológico de Centralina-MG.

REFERÊNCIAS

AMORIN, S.; BOULLOSA, R. **O estudo dos instrumentos de políticas públicas: uma agenda em aberto para experiências de migração de escala.** Amazônia, Organizações e Sustentabilidade, Belém, v. 2, n.1, p. 59-69, jan./jun. 2013. Disponível em:<<http://www.bibliotekevirtual.org/revistas/AOS/v02n01/v02n01a04pdf>>. Acesso em: 20 maio2020.

ANDERSON, J. **Public policymaking.** An introduction. Boston, MA: Houghton Mifflin Company, 1990.

ANDERSON, C. A.; GENTILE, D. A.; BUCKLEY, K. E. **Violent video game effects on children and adolescents: theory, research, and public policy.** New York: Oxford.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto – Portugal. Porto Editora, 1994.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde** (capítulo 1 do livro: Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS). FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes University Press, 2007.

BALL, S. J. **Politics and policy making in education.** London: Routledge, 1990.

BOBBIO, N. MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política I.** Brasília, DF: Editora UnB, 1998.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. Características da investigação qualitativa. In. BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto, Porto Editora, 1994.

BORUCHOVITCHEvely, SOUSA Cabral Felix Isabela, SCHAL, Virgínia T. **Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau.** Revista de Saúde Pública. Nº 25. São Paulo-SP. 1991.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Método Paulo Freire.** 6º ed., São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1984.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Educação.** São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1996.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002^a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais:** introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1997, 126 p. Disponível em <<http://mecsrv04.mec.gov.br/sef/estrut2/pcn/pdf/livro01.pdf>> Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais:** terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Parecer CFE, nº 2.264/74.** Brasília, 1974.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais:** primeiro e segundo ciclos. Brasília: MEC/SEF. 1997a.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** primeiro e segundo ciclos: ciências naturais. Brasília: MEC/SEF. 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 533-535, 2002b.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** Matemática. Terceiro e quarto ciclos do Ensino Fundamental. Brasília: MEC, (1998. 26 p)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 6.286**, de 05 de dezembro de 2007. Brasília, 2007. Disponível em: Acesso em: 13 de Março de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais:** introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília, 1997. p. 263-265.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 20/05/2020.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional-LDB.** Brasília-DF: Ministério da Educação, 1996.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 10.486, Brasília-DF: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. **Marco de Referência de Educação Popular para as políticas públicas** – 2014. Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Articulação Social e Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã. Disponível em: <<http://conae2014.mec.gov.br/images/pdf/MarcodeReferencia.pdf> >. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular no SUS**. Brasília, DF: SGEP; 2012 [acesso 15 ago 2014], Disponível em: <<http://www.enasp.fiocruz.br/portalenasp/informe/site/arquivos/anexos/34d8877cdc713e2b70d1f8f85f43d9ccf6116c0e.PDF>>. Acesso em 18 abr. 2021.

BRITO BASTOS, N.C. – **Educação Sanitária: Um Relatório** - Semana Médica nº 506, 1969, Rio de Janeiro, RJ. 1969.

CARIDADE, M.C.M. **O papel da Escola e da Educação em Ciências na educação sexual de adolescentes: concepção de professores de ciências da natureza**. Minho: 2008. 201p. Dissertação (Mestrado em Supervisão Pedagógica em Ensino de Ciências) - Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho- Portugal, 2008.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2009, 12ª edição.

CALDAS, R. W. (Coord.). **Políticas públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 2008.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1207-1227, 2015.

CELLARD, A. 2008. A análise documental. In: POUPART, J., et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed., (L. de O. Rocha, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2007. (Obra original publicada em 2003).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1988.

DALLARI, D. de A. **Elementos de teoria geral do Estado**. 32. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2013.

DIMOULIS, D. **Manual de introdução ao estudo do direito: definição e conceitos básicos, norma jurídica, fontes, interpretação e ramos do direito, sujeito de direito e fatos jurídicos, relações entre direito, justiça, moral e política, direito e linguagem**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

DYE, T. (1978). **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, (1995).

DROR, Y. **Public policymaking re-examined**. Scranton-PA: Chandler Publishing, 1968.

DUNN, W. **Public policy analysis: An introduction**. 2. ed. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1994.

EASTON, D. **A framework for political analysis**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.

ESPINOZA, O. **The global and national rhetoric of educational reform and the practice of (in) equity in the Chilean higher education system (1981-1998)**. Tesis doctoral. School of Education, University of Pittsburgh, 2002.

FARAH, M. F. S. **Temas emergentes em gestão e políticas públicas: tendências gerais**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, Brasília, DF, n. 48, p. 43-66, jan./jun.2006.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF:IPEA,2000. (Planejamento e Políticas Públicas, v.21).

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 12 ed. Rio de Janeiro. 2005.

FREIRE, Paulo; Adriano Nogueira. **Que fazer - teoria e prática em educação popular**. Petrópolis: Vozes, 1989.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. (J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed, 2009. (Obra original publicada em 1995).

FISCHER, F.; Miller, G.; Sidney, M. (Eds.) (2007). **Handbook of Public Policy Analysis**, 2007.

GOBERT, MULLER VAZ., **Políticas públicas**. Revista nova Atenas de educação e tecnologia. Revista eletrônica do departamento. Acadêmico de ciência da saúde Educação física e esportes – Biologia – Segurança do trabalho. v. 10, n. 1, jan./jun., p.54- 67, 2007.

HÖFLING, E. de M. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Cadernos Cedes, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, Campinas, nov. 2001.

IWASSE, Lilian Fávaro Alegrâncio; BRANCO, Emerson Pereira. Neoliberalismo e Trabalho: dilemas da formação docente no Brasil. In: ARAÚJO, Renan (Org.). **Trabalho e educação: os dilemas do ensino público no Brasil**. Curitiba: CRV, 2018. p. 109-125.

JENKINS, W. I. **Policy analysis: A political and organizational perspective**. London: England, 1978.

LIBÂNEO, J. C. **Organização e gestão escolar: teoria e prática**. 4. ed. Goiânia: Alternativa, 1992

LUDKE, Menga e ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MANN, D. **Policy decision-making in education**. New York: Teachers College Press, 1975.

MARINHO, Julio Cesar Bresolin; SILVA, João Alberto da; FERREIRA, Maira. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015, p.429-443.

MARTINS, H. H. T. S. 2004. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.30, n2, maio/ago. 2004.

MASSABNI, Vânia. **O conceito sobre sistema imunológico nos livros didáticos de ensino médio**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru.2000.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education**. São Francisco (CA): Jossey-Bass, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MIDGLEY, J., Martin, T.; Livermore, M. (Eds.) **The handbook of social policy**. CaliforniaUSA: SagePublications, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Fundação Nacional da Saúde – FUNASA**. Saúde Ambiental. Educação em Saúde – Diretrizes: Brasília, Ministério da Saúde, jan. 2021: Disponível em:<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica> (Acesso em 04, jan. 2021)

NERI, M.C. Equidade e Eficiência na Educação: Motivações e Metas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007(Ensaio Econômico 645)

_____. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde / Horácio Pereira Faria... [et al.] -- Belo Horizonte: Editora UFMG; Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>

OLIVEIRA, D. A, **Das Políticas de Governo à Política de Estado: reflexões sobre a atual agenda educacional brasileira** In: Educação e Sociedade, Campinas, Centro de Estudo Educação e Sociedade (CEDES), v. 32, n. 115, p. 323-337, abr.— jun. 2011.

PARSONS, W. *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edward Elgar Publishing, Inc. Cheltenham, U.K., Northampton, MA, USA. Dye, T. (1978). **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, (1995).

PARENTE, F. J. C. Editorial: Políticas Públicas e Sociedade. **Políticas Públicas e Sociedade**, Fortaleza, ano 1, n. 1, p. 3-4, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Y889qkmb5YJ:seer.uece.br/%3Fjournal%3DpoliticaspUBLICASesociedade%26page%3Darticle%26op%3Ddownload%26path%255B%255D%3D189%26path%255B%255D%3D309+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 21 maio. 2020.

PAZIANI, Rodrigo Ribeiro. A quem serve a base nacional comum curricular?: dos apontamentos críticos na área de ciências humanas à análise específica do curso de história (UNIOESTE). **REVISTA TEMAS & MATIZES**. Cascavel, v. 11, n. 20, p. 44-65, jan./jun., 2017.

PEREIRA, Adriana L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.º. 5, Oct. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500031&lng=en&nrm=iso Acesso em: 13/04/2020.

PIMONT, Rosa Pavone. A educação em saúde: conceitos, definições e objetivos. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**, Washington, v.82, n.14, p.14-22. 1977.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**: sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. New York, 2014.

PRUNTY, J. Signposts for a critical educational policy analysis. **Australian Journal of Education**, 29 (2), 133-140. 1985.

RAEDER, S. T. O Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. VII, n. 13, p. 121-146, jan./jun. 2014.

SANTOS, R. L. **Profissionais de Educação Física como Educadores em Saúde**: uma relação (des) percebida. Fortaleza, 2002.

SARAIVA, E. Introdução à Teoria Política Pública. In: SARAIVA, E.; FERNANDES, E. (Org.). **Políticas Públicas**. Brasília, DF: ENAP, 2006. v. 1.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, Carlos dos Santos Silva e BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Revista Ciênc. saúde coletiva* vol.21 no.6 Rio de Janeiro jun. 2016.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

STERING, Silvia Maria dos Santos. **Ritmos e tons das ações instituintes da educação popular**: um olhar fenomenológico da Orquestra de Flautas Meninos do Pantanal. Dissertação de Mestrado. Universidade federal de Mato Grosso, UFMT, Instituto de Educação. Cuiabá-MT – 2008.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista AATR**, Salvador, 2002. Disponível em: <http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2020.

TINOCO, D. S. Análise sequencial de políticas públicas nas abordagens da ciência política e da gestão (Management). **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 184-197, mar. 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) – Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

VASCONCELLOS, Eymard. **Educação popular nos serviços de saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

VASCONCELOS, Celso dos Santos. **Para onde vai o Professor?** Resgate do Professor como sujeito de transformação. 10ª Ed. São Paulo: Libertad, 2003.

WONG-UM, Julio Alberto. Aprendendo - e ajudando - a olhar o mar: das muitas saúdes, culturas e artes na educação popular. In. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

YUS, Rafael. **Temas transversais**: em busca de uma nova escola. Porto Alegre: Artmed. 1998.

ZATERA, Maristela Zignori. A Metodologia dos temas geradores e o Problema do Conteúdo no Ensino Escolar. **Revista Faz Ciência**, v. 9, n. 9, Ian./Jul- 2007.

MATERIAL INSTRUCIONAL

Programa Saúde na Escola: memórias das ações da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Centralina-MG

Primeiras Palavras

Este material instrucional é fruto de uma pesquisa de Mestrado Profissional em Educação: formação docente para a Educação Básica, realizada por Geziléia Carreiro Carletto sob a orientação do professor Dr. Tiago Zanquêta de Souza, da Universidade de Uberaba, Uberlândia/MG.

Este material instrucional tem por finalidade contribuir com a escola estadual Wilson Melo no sentido de viabilizar as ações de educação em saúde que foram desenvolvidas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Centralina-MG, especialmente no decorrer do ano de 2019 e que podem ser tomadas, criticamente, como objeto para revisão e ampliação do Projeto Pedagógico da escola junto à comunidade escolar.

Diante da importância da escola na formação de um cidadão mais humano e crítico é fundamental que a saúde seja abordada em sala de aula. Propiciar aos estudantes refletir sobre questões de risco comportamentais como o consumo de álcool, o tabagismo, as doenças sexualmente transmissíveis, o uso de drogas, a boa alimentação, a prática de atividade física, estimulá-los a trabalhar o corpo e a mente e fornecer conhecimento sobre as várias doenças epidemiológicas contribuem para a formação de um “ser mais”,²⁹ ou seja, fornece por meio de conteúdos escolares importantes elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável. Paulo Freire (2005), ao considerar o ser humano em sua incompletude, ensina sobre a necessidade de primar pela transformação, deixando de ser coisa para se humanizar.

A Educação em Saúde na escola deve propiciar condições para que todas e todos se tornem participantes críticos num processo de conscientização. Ou seja, as práticas pedagógicas que visam a educação em saúde tomando como princípio a educação popular, devem ser desenvolvidas possibilitando o conhecimento necessário para o autocuidado com

²⁹ - Paulo Freire, ao tomar essa decisão, corajosa e desafiadora, estava se lançando para uma luta humanista e esperançosa por um mundo mais livre e decente para todos. Enquanto educador, sua obra foi sendo gestada junto àqueles que mais necessitam da verdadeira solidariedade para desenvolverem sua própria humanidade – seu “ser mais”. Disponível em: <<http://www.famep.com.br/repositorio/ebook/Dicionario-Paulo-Freire-versao-1.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2021.

sua saúde da população. Deve ser estratégia de agenciamento para participação em defesa da vida e para a mobilização social pelo direito à saúde.

Um pouco sobre a pesquisa que deu origem a este material instrucional

O interesse pela temática, na pesquisa que dá origem a este material, se deu por duas razões. A primeira refere-se à atuação da pesquisadora como profissional farmacêutica da prefeitura municipal de Centralina/MG, a aproximadamente doze anos. Sua prática profissional está direcionada para a saúde pública, viabilizando uma contribuição para o município, no que se refere às práticas de saúde e que têm um papel formativo, que pode levar os sujeitos a serem mais criteriosos em relação aos cuidados básicos. Sendo assim, desenvolve-se alguns projetos como, administração de medicamentos e seu uso racional, cuidados com a saúde, prevenções de doenças junto as escolas do município, mantendo uma relação intersetorial com a educação e saúde.

A entrada da saúde no espaço escolar por meio de ações do Programa Saúde na Escola (PSE)³⁰, foi instituído em 2007 e integra uma política de governo voltada à intersetorialidade que atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)³¹: integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social. Sendo assim, apresenta um direcionamento com práticas pedagógicas inseridas no contexto escolar, que instiga a compreensão do conceito de educação em saúde assumido no próprio Projeto Pedagógico da escola que, no caso desta pesquisa, vincula-se ao contexto da Escola Estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG. Importa salientar que essa investigação se justifica pela necessidade de preencher lacunas existentes e construir novos conhecimentos acerca desse campo de pesquisa, sobretudo no município de Centralina-MG, uma vez que não existe nenhum estudo realizado com esse objetivo na cidade.

Diante deste campo de investigação, a questão básica que orientou a pesquisa foi: *qual o lugar da educação em saúde na Escola Estadual Wilson de Melo no Município de*

³⁰Programa Saúde na Escola: O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pse>>. Acesso 28 mar. 2021.

³¹ Sistema Único de Saúde: Fundado em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Fonte: <https://pensesus.fiocruz.br/sus> (Acesso 28/03/2021)

Centralina-MG, a partir da análise do seu projeto pedagógico e qual a contribuição do trabalho com essa temática na referida escola para o município de vínculo?

Acreditamos que a investigação que deu origem a este material se articula com a relação humanística da educação em saúde, especialmente atrelada aos pressupostos da Educação Popular em Saúde. O conceito de saúde que assumimos está estreitamente vinculado aos pressupostos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que

compreende o cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes. Aponta a construção de horizontes éticos para o cuidado em saúde não apenas como ação sanitária, mas social, política, cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva da produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado permeadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia. A fim de fomentar a compreensão ampliada do cuidado em saúde a PNEPS reforça o reconhecimento e a convivência dos modos populares de pensar, fazer e gerir a saúde, promovendo o encontro e diálogo destes com os serviços e ações de saúde. Fortalecer as práticas populares de cuidado implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como, aprimorar sua articulação com o SUS (BRASIL, 2012, p.19).

Acredita-se que a investigação do tema especialmente a partir do Projeto Pedagógico da escola estadual Wilson Melo revelou possibilidades de debates para que se possa estabelecer, no espaço escolar, uma maior compreensão da relação entre saúde e seus determinantes mais gerais, possibilitando processos de aprendizagem permanente para os envolvidos, não se tratando apenas de forma isolada como uma 'disciplina', mas em uma abordagem transversal, fundamental para preparação e execução das aulas, atreladas a uma perspectiva de transformação da realidade.

Por último, é preciso destacar que o cenário pandêmico provocado pela Covid-19 torna o tema desta investigação ainda mais relevante, tendo em vista os cuidados com a saúde, no sentido de evitar a contaminação pelo coronavírus e da necessidade de, em primeira instância, preservar a vida de todos e todas. Nesse sentido, a escola pode ser o lócus privilegiado de ações educativas para o combate à pandemia que vem assolando, de modo especial, o povo brasileiro.

Objetivo geral da pesquisa: compreender o lugar da educação em saúde na Escola Estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG, a partir da análise do seu projeto pedagógico e revelar a contribuição do trabalho com essa temática na referida escola para o município de vínculo.

Metodologia da pesquisa

A temática da saúde na escola é objeto de atenção de diversos organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), portanto, seguindo os objetivos desta pesquisa evidencia-se que a busca dos dados necessitou de compreensão e explicação das relações sociais, entendemos que a melhor maneira de alcançar a realidade mencionada uma pesquisa com a abordagem qualitativa. Bogdan e Biklen (1994) contribuem com este suporte teórico, ao mencionarem que a investigação qualitativa é dotada de características relativas a uma fonte direta de dados. Os dados recolhidos podem diferir entre palavras, textos ou imagens e estão relacionados de forma entrelaçada com os processos e os resultados.

Martins (2004, p.289) corrobora afirmando que essa modalidade de pesquisa

é definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise. Enfatiza-se a necessidade do exercício da intuição e da imaginação pelo sociólogo, num tipo de trabalho artesanal, visto não só como condição para o aprofundamento da análise, mas também — o que é muito importante — para a liberdade do intelectual.

Lüdke e André (1986) esclarecem sobre a possibilidade de a abordagem qualitativa permitir, a partir da observação de uma realidade em estudo, condições de extrairmos informações que possibilitam a construção de conhecimentos e saberes inédito. Esta possibilidade se dá pela condição de participação interpretativa dos dados analisados pelo pesquisador.

Complementando a necessidade de análise e interpretação dos dados localizados, a partir de diferentes universos, em que a realidade não nos é externa ao processo, mantem-se os embasamentos das autoras supracitadas que defendem esta abordagem como ideal para estudos que objetivam a interpretação e o entendimento da realidade de forma complexa e contextualizada, uma vez que valoriza a maneira própria de compreensão pelo sujeito permitindo assim, uma dialeticidade entre a fonte direta, aqui representada pelos documentos, ou seja, o ambiente natural e, a nossa atuação de pesquisador como sendo o instrumento principal.

Em função das fontes escolhidas para este estudo constituírem-se de documentos, essa pesquisa será constituída por pesquisa documental, na perspectiva de Cellard (2008) e Flick (2009), possibilitando com que os determinantes e condicionantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais ganhem espaço.

Assim, pode-se dizer que a pesquisa documental é aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno; é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos; é caracterizada como documental quando essa for a única abordagem qualitativa, sendo usada como método autônomo. Porém, também é possível utilizar documentos e análise de documentos como estratégias complementares a outros métodos (FLICK, 2009).

O uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental, qualitativa ou quantitativa, favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

Para compor possíveis respostas para a questão de pesquisa, retomou-se e analisou-se o Projeto Pedagógico da escola estadual Wilson de Melo no Município de Centralina-MG e os arquivos referentes às ações de educação em saúde do Programa Saúde na Escola, vinculado e executado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Centralina-MG junto à esta mesma escola, realizadas no ano de 2019 e 2021, tomando como referência as cinco dimensões apontadas por Cellard (2008):

O exame do contexto social global no qual foi produzido o documento e no qual mergulhava seu autor e aqueles a quem ele foi destinado e a análise. (...) não se pode pensar em interpretar um texto, sem ter previamente uma boa ideia da identidade da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que a levaram a escrever. A autenticidade e a confiabilidade do texto (...). A natureza do texto (...). Os conceitos-chave e a lógica interna do texto (CELLARD, 2008, p. 299-302).

Após a análise preliminar, examinou-se de forma articulada os resultados de cada dimensão, tendo em vista a questão orientadora do estudo. Nesse processo, reorganizou-se os eixos temáticos de análise, agrupando ou criando outros, em articulação com a base teórica apresentada com maior detalhamento no que segue.

Registro Memorialístico – PSE na Escola Estadual Wilson Melo

Nesse momento, efetiva-se a necessidade em rememorar os acontecimentos em relação as práticas escolares, colocando em evidência as experiências vivenciadas no contexto desta escola. Assim, por meio do relato memorialístico, torna-se possível analisar a construção de conhecimento oportunizada pelas ações de educação em saúde como profissional do quadro de servidores/as da Secretaria de Saúde do Município de Centralina-MG, que atua em parceria com a escola.

Como se sabe, a escola estadual Wilson de Mello realiza ações de educação em saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Centralina/MG, e em menção dos acontecimentos e as ações que foram desenvolvidas por meio de convites que tiveram o intuito em desenvolver propostas que coadunaram com as políticas escolares, e sua necessidade em colocar em práticas escolares temas que são necessários e emergentes, cumprindo o papel social que a escola possui diante o espaço geográfico e a construção da formação cidadã.

As ações desenvolvidas tiveram fins educativos e foram desenvolvidas dentro da escola em análise. Tais possibilidades chegaram até mim, profissional que atua na área farmacêutica, enfatizando projetos da Rede de Farmácia de Minas, denominada Farmácia de Todos. Diante desse viés, atuando na área da saúde, busco sempre colocar em prática meu despertar docente, possibilitando aprendizados por meio da minha formação como Bióloga e aliando a minha atual profissão sendo farmacêutica.

O continuar dessa temática envolve cidade de Centralina-MG sendo dependente de cidades maiores e vizinhas em questões de saúde, como Itumbiara-GO e Uberlândia-MG, sendo assim, em caso de qualquer necessidade maior, o paciente deve ser encaminhado a cidades vizinhas, e diante o levantamento desta pesquisa, acredita-se que é possível colocar em prática um “antídoto” que medique esses problemas urbanos relacionados a saúde pessoal. É possível compreender que o município de Centralina-MG sofre com a ausência de infraestrutura que atenda todos os problemas de saúde, elementos que são considerados importantes para a diminuição de índices que afetam a saúde da população.

A partir dos diagnósticos levantados, sobre políticas e leis que versam o espaço de ensino e a cidade em foco, tornou-se possível perceber a necessidade em intervir na área, demonstrando possibilidades que objetivaram transformar e fortalecer as ações que podem ser potencializadas no espaço escolar. Portanto, as atividades educativas referentes à educação em saúde foram desenvolvidas por uma junta de profissionais da Secretária de Saúde de Centralina, e que possibilitaram levar metodologias e orientações aos professores e que foram mobilizados a construir um espaço de construção que possa engendrar uma aprendizagem significativa.

Quando se remete ao espaço escolar, compreende-se que as doenças devam ser trabalhadas no ambiente escolar com o intuito de conscientizar, intervir e construir conhecimento, levando em consideração que esse espaço é privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas em saúde e essas intervenções desempenham um relevante papel na construção de conhecimento e consolidação da sensibilização e ou

conscientização, principalmente quando se trata de doenças negligenciadas.

Partindo deste pressuposto e em consonância com as atribuições contidas no Programa de Saúde na Escola (PSE) coordenadas em conjunto pela Secretária de Saúde e de Educação do município, apresentamos duas ações educativas e de intervenção na Escola Estadual Wilson de Melo do município de Centralina – MG, realizados com jovens estudantes de Ensino Fundamental para desenvolver ações que desde a caracterização das doenças até administração de medicamentos e disponibilização de materiais de prevenção, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1 – Ações do PSE da Prefeitura Municipal de Centralina/MG na escola estadual Wilson Mello.

Data	O Projeto	Prática	Contexto Prático	Realização
Março/2019	Endemias municipais: Dengue	Palestra de conscientização	Junta profissional mediando conhecimento no espaço escolar	Parceria entre comunidade escolar e profissionais da saúde.
Setembro/2019	Verminose nas Escolas	Encontros educacionais com práticas escolares	Profissionais da Saúde e professores mediando sobre o uso de práticas de higiene que mitigam contaminações e administração do Albendazol 400mg como medida de intervenção.	Parceria entre comunidade escolar e profissionais da saúde.

Fonte: Arquivo da Prefeitura Municipal de Centralina/MG.

Buscando preencher lacunas escolares e engendrar a prática no espaço escolar, compreende-se que o Programa Saúde na Escola (PSE) que contribui para a formação dos estudantes da rede pública da educação básica, visou promover essa junção entre ações que balizam entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações da educação de base pública. Sendo assim, os temas escolhidos são emergentes em relação ao quadro clínico do município, atendendo a saúde local como forma de prevenção de outros possíveis casos, articulando uma construção social que tenha como foco a educação, mas que também atinja a formação cidadã e o reconhecimento dos direitos humanos.

Os momentos de encontro com as práticas no espaço escolar, fortaleceram o enfrentamento de determinadas vulnerabilidades no campo da saúde e que comprometem o

desenvolvimento do estudante no cotidiano escolar, por esse e outros motivos torna-se importante essa aliança entre escola e saúde promovendo promoção, prevenção e assistência.

Tendo em vista o quadro apresentado, trazemos o relato memorialístico dos dois projetos/ações realizadas:

Projeto 1: Endemias municipais: Dengue

Com base no índice de acometimento da “Dengue”, que é uma doença viral com números muito evidentes de casos anuais, fez-se necessário desenvolver uma intervenção no espaço escolar para trabalhar ações de sensibilização. Iniciou-se com uma introdução sobre a doença, seu vetor e toda a caracterização básica para o entendimento, aproximando os sujeitos com o tema abordado e evidenciando qual é essa doença, suas formas de contaminação, prevenção, profilaxia, medidas básicas de prevenção e condições de saneamento básico eficazes para combater a proliferação dos vetores.

Após abordar todo o histórico e as características da doença, conduziu-se a mediação com apresentação de casos clínicos de pacientes que apresentaram diferentes sintomas e que exemplificaram o quadro dos sintomas da Dengue. Em seguida, expôs os índices do município, do estado e do País para demonstrar a prevalência e o alto nível de disseminação, podendo levar pacientes com quadros de comprometimento de saúde até a morte.

Posteriormente, apresentou-se dados com embasamento sobre os lugares mais vulneráveis a proliferação dos vetores, e partindo desse posicionamento foram entregues panfletos de sensibilização que mediarão a discussão sobre as medidas de saneamento básico de controle e prevenção dessa doença.

No seguimento da intervenção, foram propostas ações quinzenais, a partir do encontro, por um período de noventa dias, nas quais os estudantes deveriam desenvolver ações em sua comunidade para o combate e a proliferação dos vetores da Dengue e trazer registros para serem discutidos e inseridos nos murais e nas mídias de divulgação de projetos da escola, visando contribuir com toda a comunidade escolar.

Ao final se seguiu uma conversa informal e perguntou-se quais informações tinham sido absorvidas por meio do aprendizado, a fim de fixá-las. Pôde-se perceber durante essa conversa, que apesar do conhecimento que alguns pais já têm sobre o problema que a má gestão da água dentro dos lares pode ocasionar, muitos deles ainda preservam atitudes que degradam a natureza e propiciam ambiente propício a proliferação dos mosquitos (como deixar vasos de plantas com água, jogar lixo em terrenos vazios próximos às residências ou

nos corpos hídricos, deixar caixa d'água destampada, entre outros). Essa intervenção contou com a contribuição dos setores de vigilância sanitária, PSF(s)- agentes de saúde, farmacêutica, gestores, diretores, professores, familiares e alunos, conforme se observa nas fotografias 1 e 2.

Fotografia 1: Conscientização com cartazes e Panfletos



Fonte: Acervo da Autora

Fotografia 2: Conscientização com cartazes e Panfletos



Fonte: Acervo da Autora.

Os caminhos para a interdisciplinaridade são necessários diante do contexto escolar, sendo assim, a Educação Ambiental e a Educação em Saúde devem caminhar lado a lado, o que de acordo com o artigo segundo da Lei 9.795 de 1999, que institui a Política Nacional da Educação Ambiental, “a educação ambiental é um componente essencial e permanente da educação nacional, devendo estar presente, de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em caráter formal e não-formal”. Sendo assim, a possibilidade de vivenciar o espaço escolar, junto com estudantes e docentes, possibilitou construir práticas que podem ser compartilhadas e que busquem a efetividade no processo de ensino e educação em saúde.

Projeto 2: Verminose nas Escolas

Este projeto considerou a necessidade de intervenção na escola acerca das doenças que podem estar presente no ambiente escolar, tomando como referência o material produzido pela Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma que teve início em 2013, com periodicidade anual em áreas prioritárias e também fundamentada pelo Guia prático para operacionalização da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose, que foi reformulado em 2016.

Iniciou-se a intervenção explanando sobre essas doenças parasitárias, evidenciando todo o histórico, desde o surgimento, a porcentagem de incidências, até a criação da campanha de combate a essas doenças. Em seguida, sequenciou com a forma de transmissão e apresentou diferentes casos clínicos para a demonstração dos sintomas, diagnóstico e a prevenção.

Dando continuidade, trabalhou-se as questões de saneamento básico, apresentando os números em relação às regiões mais incidentes e de baixo desenvolvimento sanitário, em seguida, como medida de intervenção para o espaço escolar, após realizar todo o momento introdutório e interpretativo da campanha, realizou-se a administração de Albendazol 400mg em todos os alunos dos anos finais do ensino fundamental e sob a autorização dos pais, este medicamento foi fornecido pela “farmácia de todos” do município de Centralina-MG, atendendo as medidas de prevenção da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma. Essa intervenção contou com a contribuição dos setores de vigilância sanitária, PSF(s)- agentes de saúde, farmacêutica, gestores, diretores, professores, familiares e alunos, conforme se observa nas fotografias 3 e 4.

Fotografia 3: Aplicando a prática escolar



Fonte: Acervo da Autora.

Fotografia 4: Aplicando a prática escolar



Fonte: Acervo da Autora.

Com base numa construção participativa, compreende-se a necessidade de implantar medidas que previnam o acometimento de doenças na sociedade, prevalecendo uma aprendizagem que possa ter sentido em transformar a vida das pessoas que compoem a comunidade escolar, exemplificando por meio de atividades que intensificam as práticas educacionais em saúde.

Uma análise crítica: contribuições para a escola Wilson Melo

Por último, num movimento de análise do relato memorialístico realizado, é preciso destacar a necessidade de avançar, dentro do regime de parceria entre a escola e a prefeitura, quanto aos pressupostos da Educação Popular em Saúde adotados nesta pesquisa, de modo que, conforme coloca Vasconcelos (2003), se possa superar a fragmentação do conhecimento que as pessoas têm sobre a saúde, e passem a valorizar o saber popular que emerge das diferentes práticas culturais de cuidado, na lida constante com os processos de adoecimento e cura. Além disso, conforme propõe Wong-Um (2014), é preciso negar a exclusão do saber das classes populares, de modo a favorecer a troca e as “boas” emoções, que fazem bem à saúde, como alegria, a solidariedade, o sentimento de pertencimento a um contexto de cuidado e amorosidade, considerando a escola como palco privilegiado para os momentos de formação e de construção do conhecimento. Nisso reside, também o processo de conscientização.

Não se pode desprezar o mérito, os ecos e reflexos dos projetos que vem sendo desenvolvidos e que contribuem, sobremaneira, para com a melhoria dos aspectos de saúde dos habitantes da cidade de Centralina-MG, como um todo. Todavia, quando assumimos, nesta pesquisa, os princípios teóricos-metodológicos da Política Nacional da Educação Popular, percebemos a necessidade de avançar nesta direção, especialmente quanto:

7. Ao *diálogo*, como possibilidade de voltar-se “para a realidade que nos desafia, a problematiza e contribui com a elaboração de estratégias para superação desses

- desafios, ampliando nossa capacidade crítica sobre a própria realidade” (BRASIL, 2012, p.14);
8. À *amorosidade*, que “permite que o afeto se torne elemento estruturante da busca pela saúde” e que favoreça “um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde” (BRASIL, 2012, p.15);
 9. À *problematização*, que nasce como uma prática pedagógica, enquanto práxis sociocultural, como possibilidade de elaboração de um mundo refletido em comunhão, “possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limite vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir” (BRASIL, 2012, p.16);
 10. Na *construção compartilhada do conhecimento*, que “como resultado do diálogo, envolve a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde, considerando a integração e articulação entre saberes, práticas, vivências e espaços” (BRASIL, 2012, p.16), como possibilidade de efetivar o cuidado, a participação, a criatividade e a gestão da saúde;
 11. Na *emancipação*, que “fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos, sejam protagonistas” (BRASIL, 2012, p.17);
 12. No *Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular*, que se caracteriza

por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia 18 participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos” (BRASIL, 2012, p.17-18)

Desse modo, a análise do PP da escola, bem como do relato memorialístico empreendido, revelam os ecos e reflexos de uma perspectiva ainda pragmática e assistiva quanto à educação em saúde na escola. Todavia, ecoam e refletem o potencial articulador de práticas que sejam dialógicas, emancipadoras e produtoras de conhecimento no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto – Portugal. Porto Editora, 1994.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular no SUS**. Brasília, DF: SGEP; 2012 [acesso 15 ago 2014], Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalemsp/informe/site/arquivos/anexos/34d8877cdc713e2b70d1f8f85f43d9ccf6116c0e.PDF>>. Acesso em 18 abr. 2021.

CELLARD, A. 2008. A análise documental. In: POUPART, J., et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 12 ed. Rio de Janeiro. 2005.

LUDKE, Menga e ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, H. H. T. S. 2004. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.30, n2, maio/ago. 2004.

VASCONCELOS, Celso dos Santos. **Para onde vai o Professor?** Resgate do Professor como sujeito de transformação. 10ª Ed. São Paulo: Libertad, 2003.

WONG-UM, Julio Alberto. Aprendendo - e ajudando - a olhar o mar: das muitas saúdes, culturas e artes na educação popular. In. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.