



UNIVERSIDADE DE UBERABA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO:
FORMAÇÃO DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA
MESTRADO PROFISSIONAL

VANDERLI PINHEIRO DA SILVA

EDUCAÇÃO SANITÁRIA: UMA PROPOSTA DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA
ESCOLAS MUNICIPAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE UBERLÂNDIA, MG.

UBERLÂNDIA, MG
2023

VANDERLI PINHEIRO DA SILVA

EDUCAÇÃO SANITÁRIA: UMA PROPOSTA DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA
ESCOLAS MUNICIPAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE UBERLÂNDIA, MG.

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Educação da
Universidade de Uberaba – UNIUBE,
como requisito à obtenção do título de
Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Eloy Alves Filho.

Linha de Pesquisa: Educação Básica:
Fundamentos e Planejamento.

UBERLÂNDIA, MG

2023

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central UNIUBE

S38e Silva, Vanderli Pinheiro da.
Educação sanitária: uma proposta de práticas pedagógicas para escolas municipais da educação básica de Uberlândia, MG / Vanderli Pinheiro da Silva. – Uberlândia (MG), 2023.
67 f. : il., color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Uberaba. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação: Formação Docente para a Educação Básica. Linha de pesquisa: Educação Básica: Fundamentos e Planejamento.

Orientador: Prof. Dr. Eloy Alves Filho.

1. Educação. 2. Educação sanitária. 3. Vigilância sanitária. I. Alves Filho, Eloy. II. Universidade de Uberaba. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação. III. Título.

CDD 370

VANDERLI PINHEIRO DA SILVA

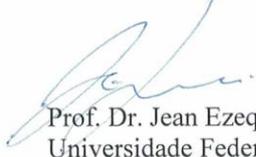
**EDUCAÇÃO SANITÁRIA: UMA PROPOSTA DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA ESCOLAS
MUNICIPAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE UBERLÂNDIA, MG.**

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 18/10/2023

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Eloy Alves Filho (Orientador)
Universidade de Uberaba – UNIUBE


Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi
Universidade Federal de Uberlândia -
UFU


Prof. Dr. Osvaldo Freitas de Jesus
Universidade de Uberaba – UNIUBE

Dedico este trabalho a Deus,
aos meus pais, José Luiz (*in memoriam*) e Maria,
e a toda a minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ter agraciado com saúde e vigor para superar as adversidades.

A instituição UNIUBE – Universidade de Uberaba, pela por sua seriedade e compromisso com a Educação.

Ao meu orientador, Professor Dr. Eloy Alves Filho, pela acolhida calorosa, orientação precisa e segura e pelo compartilhhar generoso de seu conhecimento e experiência.

Aos professores do Programa de Mestrado em Educação da Uniube, em especial aos meus queridos mestres, Professora Dra. Sandra Gonçalves Vilas Boas e Prof. Dr. Osvaldo Freitas de Jesus, que, mais do que mestres, se tornaram amigos. Gratidão!

À equipe administrativa da Uniube, ao Setor de Tecnologia e à Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Educação, que sempre nos receberam com paciência e dedicação.

Aos meus colegas de turma, cuja troca generosa de experiências e aprendizados foi de grande valia.

Às escolas municipais Prof.^a Josiany França e Sebastiana Silveira Pinto e ao Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais (CEMEPE) Julieta Diniz, por contribuição a esta pesquisa.

À minha família, por seu carinho, presença constante, estímulo seguro, apoio incondicional e fonte de inspiração em toda uma trajetória de vida e coragem, minha mais profunda gratidão.

RESUMO

Este trabalho propõe verificar a existência do ensino de conceitos de Educação em Vigilância Sanitária em algumas escolas municipais em Uberlândia, MG, tendo como princípio a prática pedagógica docente nos anos iniciais da Educação Básica. A preocupação, em levar Educação em Vigilância Sanitária para sala de aula iniciou-se no projeto Educanvisa/AnvisaEduca, do Governo Federal, com o objetivo de difundi-lo para as escolas Brasileiras. O projeto começou a vigorar a partir de 2009 e constitui um marco de interação entre saúde sanitária e educação. A preocupação do poder público em levar princípios e conceitos da área da saúde para educação é historicamente anterior a essa data, pois, o pensamento higienista tem permeado as legislações Brasileiras desde o início do século XX. Em 1988, a Constituição Federal do Brasil, revela sua preocupação em relação à qualidade da saúde e educação da população Brasileira. O presente estudo concentra-se na área de formação docente para educação básica, na linha de pesquisa Educação Básica: Fundamentos e Planejamento. Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizada a pesquisa documental e o estudo de caso, a fim de compreender os dados e subsidiar a construção de um produto educacional, com uma abordagem qualitativa. Considerando a importância da Educação Sanitária centramos nossa investigação em como a Educação em Vigilância Sanitária pode contribuir para melhoria da consciência sanitária dos alunos da Educação Básica no município de Uberlândia. A resposta deve nos conduzir a criação de um produto educacional na forma de um Guia Orientativo que possa propiciar aos educadores habilidades e competências necessárias para trabalhar os conceitos de educação sanitária em sala de aula.

Palavras-chave: Educação. Educação em Saúde. Educação Sanitária. Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

This work proposes to verify the existence of teaching concepts of Health Surveillance Education in some municipal schools in Uberlândia, MG, having as its principle the teaching pedagogical practice in the initial years of Basic Education. The concern with bringing Health Surveillance Education to the classroom began with the Federal Government's Educavisa/AnvisaEduca project, with the aim of disseminating it to Brazilian schools. The project came into force in 2009 and constitutes a milestone in the interaction between health and education. The concern of the public authorities in bringing principles and concepts from the area of health to education is historically prior to this date, 13ygieneist thinking has permeated Brazilian legislation since the beginning of the 20th century. In 1988, the Federal Constitution of Brazil revealed its concern regarding the quality of health and education of the Brazilian population. The present study focuses on the area of teacher training for basic education, in the line of research Basic Education: Fundamentals and Planning. For the development of this study, documentary research and case studies were used, in order to understand the data and support the construction of an educational product, with a qualitative approach. Considering the importance of Health Education, we focused our investigation on how Health Surveillance Education can contribute to improving the health awareness of Basic Education students in the city of Uberlândia. The answer should lead us to create an educational product in the form of an Orientation Guide that can provide educators with the skills and competencies necessary to work on health education concepts in the classroom.

Key words: Education. Sanitary Health. Health at school. Health Surveillance. Hygiene and Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1 – Portarias do PSE (Programa Saúde na Escola) publicadas de 2007 a 2021....	41
Quadro 2 – Participação de Uberlândia no Projeto Educavisa 2009	56
Quadro 3 – Itens e subitens que compõem a estrutura dos PPPs das escolas pesquisadas ...	57
Quadro 4 – Planejamento anual dos anos iniciais do Ensino Fundamental	60
Quadro 5 – Planejamento anual dos anos iniciais do Ensino Fundamental	61

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução das adesões ao PSE	43
Gráfico 2 – Avaliação geral do “Encontro Educação e Saúde – a dose certa para uma vida saudável”	45

TABELAS

Tabela 1 – Número de municípios, escolas e estudantes aderidos ao PSE	43
Tabela 2 – Distribuição dos respondentes de participação, segundo região geográfica e estado de origem	46

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AEE	Atendimento Educacional Especializado
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CEMEPE	Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz
CNE	Conselho Nacional de Educação
DNER	Departamento Nacional de Estradas e Rodagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PNE	Plano Nacional de Educação
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
QITA	Quadro Informativo de Turmas e Alunos
RME	Rede Municipal de Ensino
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SRE	Superintendência Regional de Ensino
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPA	Universidade Federal de Lavras
UNIUBE	Universidade de Uberaba
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

PRÓLOGO: Trajetória de sonhos e realizações	12
INTRODUÇÃO: Contexto: tema, justificativa e significância.....	18
A Contextualização da educação Sanitária.....	21
Hipótese	22
Objetivo Geral	22
Objetivos específicos.....	23
Metodologia da pesquisa.....	23
SEÇÃO I – Referencial teórico.....	26
1.1 - A saúde pública no Brasil: Rudimentos históricos	27
1.2 - Vigilância Sanitária: uma história de proteção à saúde pública	31
1.3 - Políticas públicas de educação em saúde no Brasil: desafios	36
1.4 - A BNCC e a integração entre educação e saúde.....	47
SEÇÃO II – Panorama das escolas pesquisadas e do CEMEPE	51
2.1 - Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz..	51
2.2 - Escola Municipal Professora Josiany França.....	52
2.3 - Escola Municipal Sebastiana Silveira Pinto.....	54
SEÇÃO III – Resultados.....	55
3.1 – Desenvolvimento.....	55
3.2 – Resultado e Análise das Pesquisas.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65

MEMORIAL

PRÓLOGO: trajetórias de sonhos e realizações

“A vida é uns deveres que nós trouxemos para fazer em casa.
 Quando se vê, já são 6 horas: há tempo...
 Quando se vê, já é 6ª feira...
 Quando se vê, passaram 60 anos!
 Agora, é tarde demais para ser reprovado...
 E se me dessem — um dia — uma outra oportunidade,
 eu nem olhava o relógio
 seguia sempre em frente...
 e iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas.”

Mário Quintana.

A solicitação para escrever um memorial, me fez pensar: meu Deus! já são mais de cinquenta anos, mais de meio século! Parece muito tempo. Voltar às minhas memórias não é algo fácil. Lutas, vitórias, derrotas, decepções, amores, alegrias e frustrações delas fazem parte. Buscar, dentro de mim mesmo, esse amálgama de sentimentos, percepções, vivências e experiências é, me olhar no espelho e entender o significado da vida, dos valores, das emoções, das concepções, resignificando aquilo em que me tornei um dia.

As memórias aqui descritas fazem parte da minha condição presente, percepção e compreensão de vida atual, ou, como disse Magda Soares (2001),

Sob os meus dias, parece estar à vivência de toda uma geração que se educou e educou nas últimas cinco décadas. [...] parece que a experiência passada que aí vai contada não me pertence — Convenceram-me de que os dias não são meus, são nossos, e que não só eu aprendi, mas outros poderão aprender deles e com eles (SOARES, 2001, p. 15-16).

Nasci em Uberlândia, Minas Gerais. Sou mineiro de nascimento, mas fui criado pela cultura nordestina, uma vez que meus pais, nascidos e criados na Paraíba, carregavam em si a sabedoria dessa região e com essa sapiência criaram e educaram seus filhos. Retirantes nordestinos, resolveram desbravar o sudeste do país na década de 50 do século passado em um “pau de arara”, designação dada ao transporte precário e rudimentar que os trouxera para esta aventura de coragem, força, resistência e resiliência.

Meu pai, tornou-se funcionário público federal, construindo pontes e estradas deste país, pelo extinto Departamento Nacional de Estradas e Rodagem (DNER), com Ensino Fundamental incompleto; queria muito que os filhos estudassem. Ele partiu há quatro anos, deixando lições e saudades. Se estivesse vivo, faria cem anos neste ano. Uma noite coloquei-o para dormir, como sempre fazia nos últimos quatro anos, devido à sua debilidade física e sua senilidade, no dia seguinte, quando fui acordá-lo, ele já não estava. Partiu sereno e tranquilo, como um pássaro que deixa a gaiola rumo à liberdade.

Minha mãe, dona de casa, como muitas mulheres de sua geração. Hoje com 88 anos bem vividos, tinha como meta a criação e educação dos filhos. A primeira memória que tenho em tenra idade, com minha mãe, foi o fato de eu e minha irmã termos retirado uma pequena muda de manga, fruta típica de nossa região, do quintal do vizinho e plantado no nosso quintal. Interpelada pelo vizinho sobre a ocorrência, tivemos que replantar a muda onde a retiramos, e depois ainda fomos disciplinados à moda antiga, mas sem traumas. Moral da história: nunca mais pegamos aquilo que não é nosso.

No final da década de 70, iniciei na escola na primeira série do Ensino Fundamental, não fiz jardim de infância. Lá começou todo o processo de alfabetização, pois eu não sabia ler e nem escrever. Até então, só ficara em casa, com minha mãe e meus irmãos, e os meus dias se resumiam a brincar. A brincadeira marcou minha infância, tanto em casa quanto na escola. Costumo dizer que sou uma pessoa de muita sorte, por ter nascido em uma geração em que as crianças podiam brincar em casa e na rua e utilizar toda a imaginação e criatividade para produzir seus brinquedos, pois os recursos financeiros da família eram precários. Assim, só restava a opção de elaborar os próprios brinquedos. Por ter brincado tanto na infância, e por isso ter colaborado tanto para o desenvolvimento cognitivo do adulto que hoje sou, entendo as palavras de Ronca (1989), que argumenta que

O movimento lúdico, simultaneamente, torna-se fonte prazerosa de conhecimento, pois nele a criança constrói classificações, elabora sequências lógicas, desenvolve o psicomotor e a afetividade e amplia conceitos das várias áreas da ciência (RONCA, 1989, p. 27).

Estudei todo ensino primário na Escola Estadual Alda Mota Batista, em Uberlândia, e tenho boas lembranças daquele tempo, a começar pelo nome das minhas professoras. Na primeira série, Maria das Graças; na segunda série, Heloísa; na terceira série, Norma; e na quarta série, Sueli. Já adulto, anos depois, encontrei três delas. Maria das Graças, trabalhando na Superintendência Regional de Ensino de Uberlândia; Norma, na Escola Estadual Américo Renné Giannetti; e Sueli, hoje uma vizinha, morando na mesma rua em que moro.

O espaço físico da escola está presente em minha mente. Ela possuía um pátio enorme; com árvores plantadas. Ao fechar os olhos ainda vejo o que lá havia: sinto o cheiro, da vegetação, e penso ouvir o ruído da água, pois a escola se localizava próxima ao rio Uberabinha. As minhas professoras, naquele tempo, levavam os alunos para participar de atividades ao ar livre, debaixo das árvores, para colorir, desenhar, e realizar outras ações lúdicas. Momentos que eram preciosos! Hoje, o prédio, localizado no bairro Tubalina, está abandonado e em ruínas, revelando um verdadeiro descaso do poder público para com a memória paisagística e arquitetônica. Todas as vezes que por lá passo me entristeço profundamente.

Os anos finais do Ensino Fundamental foram cursados em outra instituição. No início da década de 1980, passei a estudar na Escola Estadual Marechal Castelo Branco, no bairro Jaraguá, vizinho ao bairro em que eu morava. As lembranças daquele período estão associadas a momentos lúdicos de grande prazer. Como a escola ficava ao lado da vila militar do exército, ficávamos brincando na quadra de esporte da vila após as aulas. O momento de sair da quarta série e ir para a quinta série é muito impactante na vida dos alunos: a passagem de um único professor, para vários, pode ser angustiante aos pré-adolescentes. A escola possuía uma grande horta e participávamos de seu cuidado. Tudo que ali era produzido ia para a cozinha, compor a merenda escolar. A sopa cozida ali para as refeições possuía um sabor único!

Naquele período vários professores marcaram a minha vida: alguns mais significativos que outros, como, por exemplo minha professora de matemática, Cecília, que me ajudou a superar o medo da matemática. Anos depois, ao cursar Geografia na Universidade Federal de Uberlândia, tive suas filhas como colegas de turma. A professora, Francis, de Português, que, em uma atividade em que os alunos iam até a lousa escrever as respostas do questionário, disse que minha letra era muito bonita e que eu poderia ser professor. Ela foi uma profeta na minha vida, pois me tornei professor e amo a educação. O outro querido mestre foi Gilmar, meu professor de história: com ele descobri minha inclinação para as Ciências Humanas. Sempre me pergunto se não foi a partir do interesse que despertou em mim, que, mais tarde, meu primeiro vestibular e ingresso na Universidade Federal de Uberlândia foi no curso de História, e, embora tenha permanecido nele por apenas três semestres, muito aprendi. Atraído pelas pesquisas de campo, proporcionadas pelo curso de Geografia da UFU, resolvi migrar da História para a Geografia.

Com o fim do Ensino Fundamental, o Ensino Médio chega, trazendo novas vivências e experiências, que exigem maior amadurecimento: além de estudar, é necessário trabalhar. Cursei o Ensino Médio na Escola Estadual Uberlândia, no final da década de 1980, mais conhecida como “museu” no centro da cidade. Fase muito boa, de muitas amizades e descobertas. A memória que guardo do período são as rodas de conversas com os amigos na praça em frente à

escola, ao final da tarde, antes do início das aulas, uma vez que estudava à noite. Alguns conteúdos de ensino eram novos naquela fase de aprendizagem. Apesar de me identificar com os conteúdos da área de Humanas, a sra. Julieta, professora de Química, por sua paciência e didática despertou em mim o amor pelas aulas práticas de química. Como lembra Alves:

Eu diria que os educadores são como velhas árvores. Possuem uma face, um nome, uma “estória” a ser contada. Habitam um mundo em que vale a relação que os liga aos educandos, sendo que cada educando é uma “entidade” sui generis, portador de um nome, também de uma “estória”, sofrendo tristezas e alimentando esperanças. E a educação é algo para acontecer nesse espaço invisível e denso, que se estabelece a dois. Espaço artesanal (Alves, 1980, p. 14).

O aprendizado que recebi de muitos mestres foi além do curricular. O amor pela profissão, a paciência e a tolerância fizeram parte de seus ensinamentos. Entendi, com muitos deles, que educação é amor, e mesmo aqueles professores que passaram pela minha vida sem amor no que faziam, de certa forma, me estavam ensinando algo. Aprendi que o segredo é o olhar que temos sobre as situações vivenciadas; em outras palavras, nada desconsiderar.

A vida sempre me direcionou para educação. Compreendo que seja um chamado. Minha primeira aprovação em concurso público foi para trabalhar na secretaria de uma escola pública do Estado em Uberlândia, no ano de 1992. A diretora, quando viu minha letra, pediu que todos os diplomas expedidos fossem preenchidos por mim, uma vez que achou a letra bonita. Lembrei-me da professora Francis, de Português. Os diplomas, naquela ocasião, eram preenchidos à mão ainda, a era tecnológica até então não começara.

Fui aprovado em vários concursos públicos, e agradeço a todos que um dia contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento intelectual. Em 1993 além da aprovação do concurso do Estado, fui aprovado no concurso da Prefeitura Municipal de Uberlândia, no cargo de técnico da área da saúde e no qual atuo até os dias de hoje. É onde tenho a oportunidade de realizar palestras em saúde pública para vários segmentos, como escolas, universidades e empresas privadas.

No mesmo ano em que fui aprovado no concurso público da Prefeitura de Uberlândia, em 1993 fui admitido no curso de História da Universidade Federal de Uberlândia, no qual, como afirmei acima, permaneci apenas 3 semestres logo migrando para o curso de Geografia. Conclui minha habilitação em licenciatura e bacharelado após cinco anos de estudo, mas, na realidade, foram seis anos e meio dentro da universidade, estudando de forma ininterrupta. Ao concluir minha formação acadêmica como professor, fui novamente aprovado em concurso público para professor da disciplina de Geografia, no concurso do Estado. Atuei até o ano de 2015, quando

solicitei exoneração para poder cuidar do meu pai, que, naquele momento, devido a sua idade avançada, necessitava de cuidados.

Inúmeras foram minhas vivências e experiências acadêmicas na Universidade Federal de Uberlândia. O curso me proporcionou trabalhos de campo: conheci todas as regiões do território brasileiro, as realidades dicotômicas e as diferenças sociais, políticas, econômicas e culturais de um país de proporção continental. A possibilidade de viajar e conhecer a realidade da nação Brasileira foi o que me levou a trocar o curso de História pelo curso de Geografia. Amo a História, mas costumo dizer que fiz a coisa certa mudando de curso, pelo privilégio de poder conhecer de perto as belezas e as mazelas da nação Brasileira e de seu território.

Ao analisar o conceito de território, o geógrafo Milton Santos (2002) compreende que:

O território é imutável em seus limites, uma linha traçada de comum acordo ou pela força. Este território não tem forçosamente a mesma extensão através da história. Mas em um dado momento ele representa um dado fixo. Ele se chama espaço logo que encarado segundo a sucessão histórica de situações de ocupação efetiva por um povo - inclusive a situação atual - como resultado da ação de um povo, do trabalho de um povo, resultado do trabalho realizado segundo as regras fundamentais do modo de produção adotado e que o poder soberano torna em seguida coercitivas. É o uso deste poder que, de resto, determina os tipos de relações entre as classes sociais e as formas de ocupação do território (Santos, 2002, p. 233).

O curso de Geografia na Universidade Federal de Uberlândia abriu os horizontes de meu pensamento. Foi neste espaço, com a ajuda dos professores, que pude ampliar meus conhecimentos, consegui compreender melhor as relações humanas no mundo em que vivo, e passei a enxergar o mundo com uma visão holística da vida. Todos os professores fizeram parte desse crescimento e a eles sou reconhecido. Adorava conversar com a professora Lezir. Ela ministrava a disciplina de Pedologia, era amável e possuía um conhecimento técnico e de vida especial. Com ela aprendi a colocar em prática a empatia e a resiliência. Trazer à memória esses momentos que outrora vivi é sinônimo de muita alegria, como bem disse Rubem Alves, em “Alegria de Ensinar”:

Memória: um saber que o passado sedimentou. Indispensável para se repetir as receitas que os mortos nos legaram. E elas são boas. Tão boas que elas nos fazem esquecer que é preciso voar. Permitem que andemos pelas trilhas batidas. Mas nada têm a dizer sobre mares desconhecidos (Alves, 2000, p. 70).

Como resultado, resolvi fazer um novo curso superior e, obviamente, seria também na área da Educação. Escolhi o curso de Pedagogia, da Universidade de Uberaba (UNIUBE)/polo Uberlândia. O espaço escolar, além de nos possibilitar granjear novos conhecimentos, se torna

um espaço de vivências e experiências nas relações humanas. Fiz grandes amigos e coleei grau no ano 2016. Destaco a forma humana e positiva com que a professora Larissa, nos conduziu pelo curso de Pedagogia. Parafraseando Rubem Alves (2000, p.72), “chega o momento quando o Mestre toma o discípulo pela mão, e o leva até o alto da montanha”.

O constante desejo de ampliar meus conhecimentos levou-me a fazer três especializações: a primeira, em Ecoturismo e Planejamento de Atividades Naturais, pela Universidade Federal de Lavras (UFLA), no ano 2008; a segunda, em Gestão Ambiental, pela Faculdade Católica de Uberlândia, no ano de 2015; e a terceira, em Psicopedagogia, pela Faculdade Passos de Uberlândia, no ano de 2018.

Minha formação, vivências e experiências como aluno foram acompanhadas por minha atuação como professor de escola pública, em que fui colocando em prática todos os ensinamentos recebidos. Em minhas memórias da infância, lembro dizer que, se um dia fosse professor, iria tratar meus alunos como seres humanos que são, e ao mesmo tempo, de forma diferenciada do sistema educacional. Vou tentar explicar melhor. Os alunos, independentemente da cor, da religião, do gênero e da personalidade, são seres nutridos de sentimentos e emoções; portanto, devem ser tratados com atenção e respeito. Falo sobre um tratamento diferenciado do sistema porque, para o sistema educacional, os alunos são números de matrícula e de diários de classe, embora sejam pessoas com nome, identidade e personalidade.

Como professor percebia a necessidade de ‘existir’ que o aluno revelava. Fazia questão de saber o nome de todos os meus alunos, conseguindo memorizar e chamá-los pelo nome. Procurava dar atenção a todos, da mesma forma, saber do que eles gostavam, o que faziam como atividades fora da escola. Um gesto tão simples, mas com um olhar profundo sobre o educando. Penso que foi isso que Rubem Alves tentou demonstrar em toda sua literatura, o que chamaria aqui de Pedagogia do amor. Educação não é só transmitir informações, vai além de tudo isso, principalmente, nesse momento em que a tecnologia já disponibiliza para o aluno às informações. O professor precisa entender que

Não é coisa que eu tenha inventado. Me foi ensinado. Não precisei pensar. Gostei. Foi para a memória. Esta é a regra fundamental desse computador que vive no corpo humano: só vai para a memória aquilo que é objeto do desejo. A tarefa primordial do professor: seduzir o aluno para que ele deseje e, desejando, aprenda (Alves, 2000, p. 70).

Ao delinear este memorial, fiquei pensando em quantas pessoas passaram pela minha vida: professores, amigos, alunos e colegas de trabalho. Com todos, pude aprender o quão importante foi a convivência. Acertei, errei, mas entendo que tudo colaborou para o meu crescimento, para quem sou hoje; e, desta forma, só gratidão.

Ecléa Bosi, em seu livro *Memória e Sociedade – Lembranças de Velhos*, afirma: “Na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado. A memória não é sonho, é trabalho” (Bosi, 1995. p. 17).

As experiências, vivências e memórias aqui descritas, me levaram a escolher como tema de pesquisa a “Educação Sanitária”, vinculando educação e saúde, de forma a contribuir com o espaço educacional, e com a melhoria e promoção da qualidade de vida da comunidade escolar e do espaço social como um todo. O conhecimento multiplicado pode gerar benefícios e promover empoderamento às pessoas, disponibilizando as ferramentas necessárias para compreensão do mundo ao seu redor e capacitando os indivíduos a tomarem decisões conscientes.

Concluo este memorial com a ideia de muito trabalho pela frente, com a certeza de que o mestrado em Educação irá me apresentar oportunidades diferenciadas me permitindo buscar novos conhecimentos que possam significar e ressignificar tudo aquilo que um dia aprendi e naquilo que acreditei e ainda acredito.

INTRODUÇÃO: Contexto, tema, justificativa e significância

O Brasil é um dos países que apresenta maiores desigualdades econômicas e sociais. Para Barros *et al.* (2001), essa desigualdade é um desafio a ser enfrentado pela sociedade Brasileira. Pessoas morrem diariamente no país, por patologias relacionadas à intoxicação alimentar, uso irracional de medicamentos e drogas prescritas, bem como pelo uso e armazenamento inadequado de outros produtos sob controle sanitário. Neste sentido, a Educação Sanitária é primordial para o seu desenvolvimento e crescimento enquanto nação.

A pesquisa em Educação Sanitária realiza um papel importante na redução da desigualdade social. Compreendendo as desigualdades educacionais e de saúde existentes no país, é possível desenvolver métodos de intervenção voltados para os grupos sociais mais vulneráveis, assegurando igualdade de acesso, oportunidades educacionais de qualidade e serviços de saúde eficazes.

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã defende que a educação e a saúde são direitos fundamentais, para a evolução plena do indivíduo e da sociedade como um todo. Em seus artigos 196 e 205, a Constituição de 1988 preconiza:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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.

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (Brasil, 1988).

A educação e a saúde são direitos inalienáveis pois o acesso à educação de qualidade contribui para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A saúde adequada é essencial para a plena utilização das oportunidades educacionais. A inclusão desses direitos na Constituição de 1988 aumentou a necessidade de pesquisas nessas áreas, de forma unificada, com a finalidade de garantir condições adequadas de aprendizado e bem-estar para toda a coletividade.

Em 1990, é estabelecida a Lei n.º 8080, que fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e determina, no seu artigo 2º, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990). Na década de 90 é sancionada a Lei n.º 9394/96, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e define, no seu artigo 2º que “a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (Brasil 1996). Essas leis, em consonância com a Constituição Brasileira de 1988, revelam a preocupação com a educação, saúde e bem-estar dos indivíduos.

No final da década de 1990 foi criada no Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por força da Lei n.º 9782, de 26 de janeiro de 1999, que visa a melhoria da qualidade de vida e saúde do Brasileiro. De acordo com o objetivo da referida lei, em seu Art. 6º,

A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras (Brasil, 1999).

Partindo da premissa institucional, entre os anos de 2006 e 2008, a Anvisa desenvolveu dois projetos de Educação Sanitária: o Projeto Contributo e o Projeto Educação para o Consumo Responsável de Medicamentos. Esses dois projetos são o marco inicial para levar o tema de educação em Vigilância Sanitária para as escolas da educação básica. Constatando a necessidade

de expandir as ações de educação sanitária no território brasileiro, a Anvisa unifica os projetos de educação sanitária e cria, no ano de 2009, o Projeto Educavisa, com o seguinte propósito:

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa acredita que fortalecer a atividade educativa da vigilância sanitária é trabalhar em direção ao incremento do bem-estar social das comunidades e, neste sentido, a escola é um espaço privilegiado. Por sua natureza formadora e potencializadora da assimilação de valores e de comportamentos, a comunidade escolar cumpre uma função de preparação para a vida e para o exercício da cidadania e assim, fazendo, torna-se uma grande e indispensável aliada do projeto social de se promover saúde para todos. Esta é a razão de ser do Projeto Educavisa – Educação em Vigilância Sanitária, que vem sendo realizado pela Anvisa, desde 2006 (Brasil, 2020, p. 7).

Neste sentido, as crianças e os adolescentes poderiam atuar como agentes ativos de uma sociedade cada vez mais tecnológica e globalizada, podendo contribuir efetivamente no seu espaço social e cultural, ou seja, a Educação Sanitária é essencial na formação do ser humano, colaborando para o seu desenvolvimento em sociedade. Esse entendimento coaduna com a abrangência do conceito de educação descrito na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que diz: “A educação abrange 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” (Brasil, 1996, Art. 1º).

Entre os anos de 2009 e 2010, o município de Uberlândia participa do projeto Educavisa em Brasília, onde são capacitadas algumas professoras multiplicadoras do conhecimento ministrado em Educação Sanitária. A curiosidade sobre esse projeto e os resultados ora estabelecidos no município de Uberlândia propiciaram o estudo em questão.

O trabalho docente é de fundamental importância para reduzir as desigualdades educacionais numa sociedade. A pesquisa a ser realizada sobre Educação Sanitária contribui para o enriquecimento e aprimoramento de questões que norteiam as práticas pedagógicas. Considerando que “A Educação em Vigilância Sanitária é uma das estratégias da Anvisa para operacionalizar sua missão de proteger a saúde da população” (Brasil, 2020, p. 9).

Este trabalho se propõe verificar a existência do ensino de Educação Sanitária em algumas escolas municipais em Uberlândia, MG, tendo como princípio a prática pedagógica docente nos anos iniciais da Educação Básica. Como desdobramento dessa análise, pretendemos levar o conhecimento sobre Educação Sanitária para os docentes e alunos da Educação Básica.

A partir dessas considerações, o presente estudo tem como elemento norteador a seguinte questão: Como a Educação em Vigilância Sanitária pode contribuir para melhoria da consciência

sanitária dos alunos na Educação Básica no município de Uberlândia, MG? Partindo dessa questão analisaremos a importância e apresentaremos a contextualização da Educação Sanitária nos anos iniciais da Educação Básica.

A Contextualização da Educação Sanitária

A Educação Sanitária desempenha um papel essencial na construção cognitiva dos indivíduos, conscientizando-os sobre a relevância dos cuidados com a saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, é importante que a Educação Sanitária seja contextualizada nos anos iniciais da Educação Básica, quando os alunos recebem conhecimentos e habilidades que os capacitam a incorporar hábitos saudáveis e que os tornam participantes ágeis na promoção da saúde.

Contextualizar a Educação Sanitária nos anos iniciais da Educação Básica é importante por várias razões: em primeiro lugar, é durante essa fase que as crianças desenvolvem e criam as suas bases cognitivas e sociais. Ao apresentar temas atinentes à saúde, de forma apropriada à idade, pode-se avivar o interesse e a atenção dos alunos, o que favorece a assimilação do conteúdo e o desenvolvimento de condutas positivas relacionadas à saúde.

A contextualização oferece a oportunidade de aplicar os conceitos de maneira prática e relevante para as crianças. Ao associar conteúdos de Educação Sanitária aos contextos reais do cotidiano dos alunos, como higiene pessoal, alimentação saudável e prevenção de acidentes domésticos, é natural incentivar a reflexão de forma espontânea, possibilitando o desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Libâneo (2004), por sua vez, enfatiza a importância da contextualização da realidade, o que permite compreender o contexto histórico e a reagir de forma pensante ao mundo real:

Pensar é mais do que explicar e para isso, as instituições precisam formar sujeitos pensantes, capazes de um pensar epistêmico, ou seja, sujeitos que desenvolvam capacidades básicas em instrumentação conceitual que lhes permitam, mais do que saber coisas, mais do que receber uma informação, colocar-se frente à realidade, apropriar-se do momento histórico de modo a pensar historicamente essa realidade e reagir a ela (Libâneo, 2004, p.140-141).

A contextualização também colabora com a interdisciplinaridade, ao integrar a Educação Sanitária a outros domínios do conhecimento. A abordagem transversal de temas relacionados à saúde conecta diferentes áreas do saber, como Ciências Naturais, Matemática, Português, e até mesmo Artes, contribuindo para enriquecer o processo de ensino-aprendizagem e promover uma

compreensão mais abrangente e ambientada dos temas desenvolvidos.

A contextualização da Educação Sanitária nos primeiros anos da Educação Básica colabora para a formação de sujeitos conscientes e responsáveis. Ao possibilitar às crianças analisarem a relevância da saúde individual e coletiva e o impacto de suas ações no meio em que vivem, é possível aprimorar competências como pensamento crítico, empatia e respeito ao próximo. Essas aptidões são necessárias para a formação de indivíduos aptos a executar informações recebidas e a cooperar, de forma eficaz, para a edificação de uma sociedade mais vigorosa e sustentável.

Ao aproximar os conteúdos à verdade das crianças e utilizar procedimentos pedagógicos adequados, provoca-se o desejo e o envolvimento dos alunos, e os estudantes conseguem conectar as informações recebidas com sua realidade e suas experiências vividas.

O caminho a ser percorrido por esta pesquisa busca, assim, significar e ressignificar o sentido da Educação Sanitária nos anos iniciais da Educação Básica e sua importância para o desenvolvimento pessoal e social de uma sociedade em constante processo de transformação. A seguir, explicitaremos a hipótese, assim como o objetivo geral, os objetivos específicos e a metodologia desta pesquisa.

Hipótese

Partimos da hipótese de que um currículo que integre a Educação Sanitária nas escolas públicas pode promover uma maior conscientização sobre saúde, bem-estar e também no desempenho dos estudantes, por meio da prática pedagógica docente nos anos iniciais da Educação Básica.

Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é verificar se ocorrem, no processo de ensino e aprendizagem, a discussão sobre os conceitos de Educação Sanitária em algumas escolas municipais em Uberlândia, MG.

Objetivos específicos

Com intuito de alcançar o objetivo geral, elaboramos os seguintes objetivos específicos:

- a) Realizar estudos e levantamento bibliográfico sobre a temática que norteia a pesquisa;
- b) Pesquisar as principais literaturas sobre políticas públicas de saúde e educação e a interface entre elas;
- c) Verificar os componentes curriculares dos anos iniciais e analisá-los à luz do Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola;
- d) Elaborar, com base nos resultados da pesquisa, um material educativo para aprimoramento das práticas pedagógicas, ligadas aos conceitos e a utilização da Educação Sanitária.

Metodologia da pesquisa

Para Pádua (2000), toda pesquisa tem um propósito, que é produzir um conhecimento que possa apreender e mudar a realidade. Toda e qualquer atividade se insere em um momento histórico, político, sociológico e econômico determinado. O presente projeto de pesquisa está ancorado a um conjunto de ideais e princípios cuja finalidade é alargar a visão do homem e do mundo a partir de uma formação inicial a ser desenvolvida já na infância.

De acordo com Luna (1999), a pesquisa tem a intenção de produzir novos conhecimentos que possam colaborar social e teoricamente com o tema em questão. Na concepção de Gil (2002), “pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Laville e Dionne (1999), por sua vez, ressaltam a relevância dos valores metodológicos para a pesquisa:

Os valores metodológicos são os que nos fazem estimar que o saber construído de maneira metódica, especialmente pela pesquisa, vale a pena ser obtido, e que vale a pena seguir os meios para nele chegar. Isso exige curiosidade e ceticismo, a confiança na razão e no procedimento científico e, também, a aceitação de seus limites (Laville; Dionne, 1999, p. 96).

Nosso projeto de pesquisa é de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa, no campo da educação, é um procedimento metodológico que visa compreender as ocorrências educacionais, por meio da análise de dados não numéricos, propiciando a observação e compreensão dos significados e das experiências dos participantes envolvidos. Ela auxilia na

compreensão dos processos de ensino e aprendizagem, a interação em sala de aula, as práticas pedagógicas e as dificuldades do ambiente educativo.

Para André (2013), a pesquisa qualitativa tem um processo de construção social:

As abordagens qualitativas de pesquisa se fundamentam numa perspectiva que concebe o conhecimento como um processo socialmente construído pelos sujeitos nas suas interações cotidianas, enquanto atuam na realidade, transformando-a e sendo por ela transformados. Assim, o mundo do sujeito, os significados que atribui às suas experiências cotidianas, sua linguagem, suas produções culturais e suas formas de interações sociais constituem os núcleos centrais de preocupação dos pesquisadores (André, 2013, p. 97).

Concordando com André (2013), Flick (2009, p. 20) afirma que a pesquisa qualitativa é muito importante no campo das Ciências Sociais, devido a “pluralização das esferas da vida”.

Para o desenvolvimento deste trabalho optou-se pelo método de estudo de caso que, de acordo com Gil (2008, p. 57-58) “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado (...)”. Considerando que os objetos da atual pesquisa são duas escolas públicas municipais e o Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz (CEMEPE) em Uberlândia, MG, ela se caracteriza como um estudo de casos. Ademais, segundo Yin (2015) o estudo de caso pode permitir ao pesquisador investigar situações únicas, oferecendo uma compreensão profunda e contextualizada de fenômenos atuais com base no cenário da vida real.

O método de pesquisa documental foi adotado e realizou-se um levantamento de documentos obtidos junto às escolas pesquisadas, bem como ao Portal Digital da Prefeitura Municipal de Uberlândia, além de documentos e publicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com a finalidade de subsidiar a construção do corpo deste trabalho. De acordo com Gil (2008), esse método se caracteriza pelo tratamento de documentos ainda não analisados ou que podem ser reelaborados:

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2008, p. 45).

A pesquisa documental, no entendimento de Pádua (2000), é elaborada a partir de documentos atuais ou passados e é considerada cientificamente legítima, sendo bastante empregada pelas Ciências Humanas para retratar fatos sociais e apontar suas características ou

tendências. Além das fontes primárias, a pesquisa documental também se fundamenta nas fontes secundárias. Trata-se de uma abordagem relevante, pois permite ao pesquisador averiguar e analisar informações de fontes autênticas e genuínas, fornecendo sustentação para sua investigação.

Ainda de acordo com Gil (2008), são inúmeras as vantagens da pesquisa documental. Em um primeiro momento, deve-se pensar que os documentos são uma fonte de investigação valiosa e sólida: que preservados ao longo do tempo se tornam importante manancial de informação em estudos de fundamentação histórica. Outro benefício da pesquisa documental é o custo, pois, essa categoria permite o acesso a um amplo conjunto de dados como artigos, livros e documentos, sem a demanda de recursos financeiros significativos, além da habilidade do investigador, embora a modalidade requeira flexibilidade de tempo.

Segundo Gil (2008), a pesquisa documental possibilita a não relação do pesquisador com os sujeitos da investigação, viabilizando fidedignidade na informação, haja vista que o contato, nesses casos, poderia deturpar as informações coletadas.

A pesquisa documental é muito importante para os estudos científicos, pois pode oferecer alcance a fontes primárias legítimas e confiáveis, incrementando a produção do saber. Tais documentos podem permitir uma análise de fundamentos históricos, a descrição de eventos, a investigação e a construção de bases teóricas consistentes. Ainda, são provenientes de dados por um longo período, colaborando para a legitimidade e confiança nas pesquisas científicas.

O estudo de caso e a pesquisa documental viabilizaram uma resposta à hipótese formulada e asseguraram o desenvolvimento do Produto Educacional, no formato de um Guia Orientativo.

Para uma melhor organização, dividiu-se o corpo deste trabalho em três seções, que descrevemos a seguir.

Na primeira seção, o destaque é o referencial teórico, essencial na pesquisa científica, pois proporciona embasamento conceitual e teórico para o estudo. Esta seção está dividida em quatro subseções. A primeira subseção, intitulada “A saúde pública no Brasil: rudimentos históricos”, discute o processo do desenvolvimento histórico das políticas de saúde pública do país. Do período colonial até a atualidade, as políticas de saúde Brasileira passaram por muitas transições, enfrentando adversidades e avanços consideráveis. Demanda por uma saúde pública acessível e equitativa, a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e o combate às epidemias são exemplos deste percurso histórico.

A segunda subseção, “Vigilância Sanitária: Uma História de Proteção à Saúde Pública”, aborda a série de ações e políticas públicas voltadas para a Vigilância Sanitária no Brasil. O

controle sanitário é uma preocupação governamental desde o Brasil Colônia, com objetivo histórico de prevenir os riscos à saúde, garantir o cumprimento das normas e possibilitar Educação Sanitária e melhor qualidade de vida a todos.

A terceira subseção, “Política de Educação em Saúde Pública no Brasil: Desafios”, destaca a importância de melhorar a consciência e o conhecimento em saúde por meio da educação. O país encontra dificuldades na concretização de políticas apropriadas que beneficiem toda a população, principalmente os mais vulneráveis. Logo, assegurar a inclusão social e a igualdade de acesso às informações e a hábitos saudáveis é fundamental para aperfeiçoar a qualidade de vida e diminuir as desigualdades no sistema de saúde Brasileiro.

A quarta subseção, trata da “BNCC (Base Nacional Comum Curricular) e a integração entre educação e saúde”, enfatiza a relevância da conexão entre os conteúdos escolares e temas concernentes à saúde. A BNCC é o documento que desenvolve as diretrizes educacionais para a Educação Básica no Brasil, auxiliando na integração das questões de saúde no currículo escolar.

A segunda seção, por sua vez, apresenta o histórico e o panorama atual das escolas pesquisadas, que contribuíram para realização deste trabalho e a construção deste corpo.

Na terceira seção, efetuamos a investigação nos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas estudadas, nos Regimentos Escolares, bem como a análise dos Planejamentos curriculares, do ano de 2023, das disciplinas dos anos iniciais da Educação Básica. No primeiro momento, foi realizada uma leitura cuidadosa do material obtido nas escolas e, em seguida, a análise dos documentos, a fim de verificar se os conceitos de Educação Sanitária constam nos mesmos. Após o que, o destaque volta-se para as considerações finais da pesquisa.

SEÇÃO I – REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desempenha um papel de fundamentação, embasamento, orientação, contextualização e análise crítica na pesquisa científica, e possibilita o suporte conceitual e teórico para a investigação. Ele permite ao pesquisador definir seu objeto de estudo, assimilando o ambiente acadêmico e propiciando avanços ao saber científico. Assim, de acordo com Lakatos e Marconi (2003), o referencial teórico é imprescindível à pesquisa, pois:

A finalidade da pesquisa científica não é apenas um relatório ou descrição de fatos levantados empiricamente, mas o desenvolvimento de um caráter interpretativo, no que se refere aos dados obtidos. Para tal, é imprescindível correlacionar a pesquisa com o universo teórico, optando-se por um modelo teórico que serve de embasamento à

interpretação do significado dos dados e fatos colhidos ou levantados (Lakatos; Marconi, 2003, p. 224).

Nosso referencial teórico parte do contexto da situação sanitária no Brasil, da análise histórica das políticas de saúde pública correlacionando-as às políticas educacionais de saúde e a importância da BNCC no processo de integração no que se refere a proposta maior da vigilância sanitária.

1.1 A saúde pública no Brasil: rudimentos históricos

Segundo Bertolli (1996), quando os portugueses chegaram ao Brasil, no final do século XV, e observaram o território do novo mundo e os povos originários, as primeiras impressões que tiveram foram a ideia de paraíso, fato reforçado pelas belezas naturais, climas amenos, fartura em alimentos e pela saúde dos povos indígenas. Por outro lado, o povo nativo não conhecia as moléstias que acometiam o continente europeu na época.

O período colonial Brasileiro foi marcado por vários conflitos sociais, gerados, inclusive, pela falta de assistência à saúde. O paraíso idealizado pelos portugueses logo viraria um território cheio de enfermidades e problemas. De acordo com Bertolli (1996),

A guerra, o isolamento e a doença colocavam em perigo o projeto europeu de colonização e exploração econômica das terras Brasileiras. Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português - órgão responsável pela administração das colônias - criou ainda no século XVI os cargos de físico-mor e cirurgião-mor. Seus titulares foram incumbidos de zelar pela saúde da população sob domínio lusitano. Essas funções, no entanto, permaneceram por longos períodos sem ocupantes no Brasil. Eram raros os médicos que aceitavam transferir-se para cá, desestimulados pelos baixos salários e amedrontados com os perigos que enfrentariam (Bertolli, 1996, p. 5-6).

Viotti (2012), lembra que a saúde do Brasil Colônia era instável e restrita aos recursos da época. A medicina foi originalmente praticada com base no conhecimento comum e nas crenças religiosas. A chegada dos colonos portugueses trouxe consigo algumas práticas médicas europeias, mas a prática da saúde ainda era muito precária, com um número insuficiente de médicos e nenhuma infraestrutura. De acordo com Viotti (2012), a medicina colonial era

Uma medicina plural, heterogênea e muitas vezes ineficiente para os padrões contemporâneos, é verdade, mas que procurava se firmar como um saber legítimo sobre o corpo e seus distúrbios. O toque da terra nas fórmulas de origem europeia, o misto de empirismo e conhecimento acadêmico, a utilização de materiais diversos em prol da cura – desde excrementos a ‘simpatias’ –, as prescrições de plantas nativas para sanar as enfermidades, dentre outros traços, chamam a atenção para a existência de uma

medicina colonial Brasileira. Não afirmamos, evidentemente, que se desenvolveu aqui, neste período, uma ciência nacional – tanto pela inexistência de uma “nação”, debate que só se aflora no Oitocentos, quanto de meios socioculturais para desenvolver um saber deste gênero – mas é inegável a consideração de que práticas nativas e o conhecimento importado da Europa deram origem, pela necessidade e pelas possibilidades, a uma forma específica de ver e curar os males nas terras brasileiras (Viotti, 2012, p. 11).

Ao longo dos anos, especialmente a partir do século XIX, o Brasil obteve avanços significativos na saúde pública. A vinda da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, com a criação das faculdades de Medicina, possibilitou um novo olhar sobre a saúde pública Brasileira. Segundo Viotti (2012, p. 11-12), foi “apenas com a criação das Escolas de Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro (1808) e, pouco tempo depois, com a fundação das Faculdades de Medicina nas mesmas localidades (1832), que os escritos médicos se tornarão mais comuns”. Essas instituições foram responsáveis pela formação dos primeiros médicos Brasileiros e pela difusão do saber científico.

No período imperial, medidas sanitárias, como o estabelecimento de comissões de higiene e regulamentos de saúde, foram implantadas para combater as epidemias. Entretanto, essas atividades ainda eram iniciais e não abrangiam todo o território do país. Segundo Galvão (2007),

O século XIX assinala para o Brasil um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da Medicina, inaugurando duas de suas características: a penetração na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação de apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado (Galvão, 2007, p. 12).

A evolução da Saúde Pública no Brasil a partir do final século XIX sinalizou mudanças nos padrões dominantes até aquele momento, principalmente no que refere ao conhecimento médico-sanitário. Evidenciou-se a acolhida dos entendimentos “experimentais, fundamentados pela Bacteriologia e Microbiologia e os questionamentos dos saberes tradicionais, baseados na teoria dos miasmas, de acordo com o processo observado nos principais centros capitalistas” (Galvão, 2007, p. 19).

O início do século XX foi marcado pelas políticas públicas de saúde de combate às epidemias. O governo de Rodrigues Alves (1902-1906), com o apoio do sanitarista Oswaldo Cruz, estabeleceu a reforma sanitária. “Um estudo do governo de Rodrigues Alves mostraria que as questões relativas a saneamento e à remodelação da cidade do Rio de Janeiro foram priorizadas em detrimento de outras” (Galvão, 2007, p. 23).

Importantes avanços na área da saúde ocorreram no Brasil a partir da década de 1920,

com o início de campanhas de vacinação e ampliação do combate a endemias como a malária e a febre amarela. De acordo com Galvão (2007), com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, a saúde pública no Brasil começou a se constituir de forma mais concreta.

A primeira metade do século XX, como vimos, caracterizou-se por várias transformações na área da saúde, em decorrência das transformações políticas, sociais e econômicas que assolavam o país. Essa reestruturação, pela qual o país atravessava nesse período, era impulsionada pela urbanização e industrialização, que começavam de forma incipiente no território brasileiro, mas que demandavam mudanças nas políticas públicas de saúde. Para Souza (2017),

O Brasil adentra o século XX em franca mudança econômica e social em meio à continuação de padrões valorativos e políticos herdados sob máscaras modernas do escravismo. Já a política de substituição de importações causada pelo impacto da Primeira Guerra Mundial no comércio mundial cria as condições de uma industrialização incipiente especialmente na cidade de São Paulo (Souza, 2017, p. 64-65).

No início do século XX adveio o movimento higienista, que se caracterizou por uma perspectiva ideológica alicerçada na convicção de que a saúde e o bem-estar da população estavam diretamente associados à moral, à ordem social e ao desenvolvimento nacional. Este movimento defendia o valor do asseio individual e público, do saneamento, da obediência e da eugenia como formas de promover a saúde e aprimorar a coletividade. Essa concepção apresentava uma visão positivista e paternalista, considerando que era responsabilidade do Estado e dos profissionais de saúde desenvolver e impor medidas sanitárias para o favorecimento de todos. Segundo Galvão (2007), o governo Vargas,

[...] com sua política populista de incorporação da Política Social como um dever do Estado, exerceu um efeito paralisante sobre o movimento. Primeiramente através da burocratização – a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930 retira da bandeira da Reforma Sanitária sua força ideológica e transforma-a em projeto governamental. Na verdade, o movimento não precisava de Ministério. Demandava a mobilização política da população do interior em termo da bandeira do Saneamento. Essa mobilização exigia que o Vargas estivesse determinado a enfrentar as oligarquias agrárias e a promover a elevação dos padrões de Saúde e Saneamento dentro das fazendas e nas sedes dos municípios. Essas eram as condições que não se verificaram durante a era de Vargas para a erradicação das "Grandes Endemias" dos campos. O segundo fator responsável pelo fim do movimento sanitário foi a "Invenção da Conquista da Brasilidade através da Ocupação da Fronteira" em detrimento do combate a opressão política e às doenças endêmicas nos territórios já conquistados do interior Brasileiro (Galvão, 2007, p. 30).

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930, de acordo com Silva (2017, p. 292), compreende-se que “O Brasil só teve uma pasta do Governo Federal para cuidar de Educação e Saúde em 1930, criação de Getúlio Vargas. Antes disso, a Educação no Brasil sempre foi assunto secundário”. Esses movimentos políticos e sociais começaram a caracterizar a relação saúde e educação em sua estrutura organizacional.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, de acordo com a Lei n.º 1920. A referida lei “Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências”. A pasta da nova gestão de Getúlio Vargas se tornou o órgão central responsável pela formulação e execução de políticas de saúde no país.

Na segunda metade do século XX, tivemos novamente várias mudanças políticas, sociais e econômicas no cenário Brasileiro. Dentre elas, a Ditadura Militar no Brasil, que perdurou no período de 1964 a 1985. Nesse período, as políticas públicas de saúde passaram por várias modificações, era patente a centralização do poder estatal, a segmentação dos serviços, o destaque no padrão biomédico e a falta de recursos para assistir às demandas sociais. Esse cenário foi caracterizado pelas desigualdades e deficiências dos serviços de saúde. Conforme descreve Carvalho (2015),

O golpe que depôs o então presidente João Goulart representou, como é sabido, uma profunda ruptura na estrutura política do país. A ordem democrática instaurada na Constituição de 1946 era rompida após quase duas décadas e o governo que se instalava passava a atuar por meio dos atos institucionais que visavam não apenas ordenar o período que se seguia como dar legitimidade ao grupo que assumia autoritariamente o comando do Estado. Na saúde, foi incentivada a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço (Carvalho, 2015, p. 56).

Com o fim da Ditadura Militar em 1985, e com o período de redemocratização, é outorgada, em 1988, a nova Constituição Federal do país. De acordo com Paiva e Teixeira (2014), a Constituição de 1988 deu fundamental importância à saúde pública no Brasil, afirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A inserção do SUS na Constituição favoreceu o ingresso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde, afirmou a saúde como um direito social e conferiu a igualdade de benefícios a todos os indivíduos, a despeito de sua posição socioeconômica. A saúde passa a ser uma responsabilidade do Estado, afirmando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o que reforçou a importância da saúde pública como alicerce da segurança social no Brasil. A esse respeito, Carvalho (2015), afirma que

Somente com o fim do regime militar em 1985 foi possível que por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e sua proposta de reforma sanitária por meio de um debate democrático bem como pela criação de uma Constituição Federal (1988) a

saúde alcançasse seu conceito ampliado de estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença. Só então garantiu-se, também, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação e passou-se a compreender a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme diz o caput do artigo 196 da Constituição Federal (Carvalho, 2015, p. 70).

Como vimos, a saúde pública no Brasil passou por várias fases, desde a chegada dos portugueses ao território brasileiro até os dias atuais. É fato que as políticas públicas de saúde demandam envolvimento por parte da sociedade, bem como responsabilidade do poder público.

Para Giovanella *et al.* (2012, p. 391), o fortalecimento do SUS na atualidade abrange uma “série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo”. A batalha pela defesa e permanência dos direitos conquistados persiste na busca “por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo” (Giovanella *et al.*, 2012, p. 391). A Vigilância Sanitária no Brasil, pode contribuir para uma mudança efetiva, possibilitando, assim, um corpo social saudável e inclusivo.

1.2 Vigilância Sanitária: uma história de proteção à saúde pública

A Vigilância Sanitária é parte fundamental na estrutura de saúde pública no Brasil, executando com compromisso a atribuição de viabilizar a promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos no país. Sua história é assinalada pelo desenvolvimento e lutas em prol da proteção da saúde pública. Dentre as suas características principais, destaca-se o contributo no controle de doenças, a segurança alimentar, a regulamentação de medicamentos e a normatização de serviços de saúde, bem como a promoção das boas práticas de Educação Sanitária. Conforme análise de Lucchese (2001), a propósito:

Nascia, assim, outro campo de promoção e prevenção dentro do espaço da saúde pública, o qual cuidaria da regulamentação e controle sanitários de produtos e serviços, correspondendo ao que chamamos de vigilância sanitária. Desse modo, embora a regulamentação sanitária tenha origens remotas, pode-se afirmar que a vigilância sanitária é filha da revolução industrial e assume diferentes conformações em cada lugar, em função de valores culturais, políticos e econômicos, bastante relacionados com a divisão internacional do trabalho, pois o grau de desenvolvimento tecnológico da produção determina funções diferenciadas para a regulação nessa área.

No Brasil, o termo vigilância sanitário foi empregado para demarcar esse campo da saúde pública, que tem como finalidade maior a proteção da saúde por meio da eliminação ou da redução do risco envolvido no uso e consumo de tecnologias – produtos e serviços – e nas condições ambientais (Lucchese, 2001, p. 34).

De acordo com Marinho (s/d), no Brasil, a primeira referência sobre Vigilância Sanitária alude ao século XVIII, com padrões e normas estabelecidos por Portugal. Todavia, foi com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, início século XIX, e a partir da transformação do cenário de políticas públicas no país, conforme já descrito anteriormente no corpo deste trabalho, que as políticas sanitárias ganharam força. Piovesan (2002) descreve, como primeiro fato institucional neste período, o controle sanitário dos portos. Naquele momento, o país enfrentava dificuldades na saúde pública, com as epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica. Tais problemas levaram o Governo a se preocupar e a reagir.

De acordo com Piovesan (2002), além do controle sanitário dos portos, em 1810 é instituído o Regimento da Provedoria, caracterizando o princípio da polícia médica e, em 1820, a concepção da Inspeção de Saúde do Porto do Rio de Janeiro. Em 1885, ocorre a Reforma dos Serviços Sanitários do Império, “divididos em serviço sanitário terrestre e serviço sanitário marítimo. Instituído o Conselho Superior de Saúde Pública com funções normativas” (Piovesan, 2002, p. 25).

No final do século XIX, o Brasil enfrenta uma nova onda de instabilidade política e social, com o fim da monarquia e início da república. Para Piovesan (2002), no período da Primeira República (1889-1930), a política sanitária do país foi caracterizada pelas seguintes fases:

Constituição de 1891. Sob a égide do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. São criadas unidades com funções normativas, consultivas e executivas assumindo tarefas do poder municipal.

Instituída a notificação compulsória de moléstias transmissíveis: febre amarela, cólera, peste, difteria, escarlatina, sarampo.

1890. Conselho de Saúde Pública e Inspeção Geral de Higiene.

1892. Laboratórios de Saúde Pública em São Paulo.

1893. Serviço Sanitário dos Portos da República e Inspeção Geral de Saúde dos Portos.

1894. Instituto Sanitário Federal no Rio de Janeiro.

1897. Diretoria Geral de Saúde Pública e início da organização dos serviços estaduais de higiene.

1902. Notificação compulsória de doenças contagiosas sob os rigores do Código Penal.

1903-1908. Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) com o primeiro objetivo de eliminar a febre amarela e a peste, em contexto de amplo programa de saneamento do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro.

1904. Vacinação obrigatória contra a varíola e reorganização dos Serviços de Higiene Administrativa.

1920. Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em substituição à DGSP.

1920-1926. Reforma Carlos Chagas.

1923. Regulamento Sanitário Federal incorpora a expressão Vigilância Sanitária em referência ao controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, estabelecimentos e locais públicos (Piovesan, 2002, p. 25-26).

Como já descrevemos, o Brasil entra no século XX com um cenário de mudanças nas políticas de saúde. De acordo com Piovesan (2002), a criação do Ministério da Educação e Saúde,

na década de 30, foi o princípio da implantação do ambiente institucional da área de atuação da Vigilância Sanitária no país. Aquele período foi caracterizado por uma acentuada produção normativa que não era respeitada.

Em 1953, com o desmembramento dos Ministérios da Educação e Saúde, foi estabelecido o Ministério da Saúde, emancipado e com estruturação específica para a nova realidade do país. Esse período correspondeu ao fim da Era Vargas (1930-1945) e, historicamente, foi definido como República Democrática (1946-1963).

Em 1976, durante a Ditadura Militar (1964-1985), o Ministério da Saúde passa por uma reformulação organizacional. Segundo Piovesan (2002, p. 26), é quando foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), “organizada por divisões: Portos, Aeroportos e Fronteiras (DIPAF), Medicamentos (DIMED), Alimentos (DINAL), Saneantes e Domissanitários (DISAD), Cosméticos e Produtos de Higiene (DICOP)”.

Em meados da década de 1970, a Vigilância Sanitária alcança o prestígio de órgão de Estado, com prerrogativas bem definidas, tomando para si a coordenação e o planejamento das ações sanitárias no país. De acordo com Rozenfeld (2000), houve uma abundante produção de leis, resoluções, portarias e decretos de interesse sanitário.

Na década de 80, a Vigilância Sanitária firmou seu estabelecimento como instituição técnica da saúde pública no Brasil. Sua estruturação como sistema de política de Estado, e não de Governo, possibilitou a mitigação de riscos à saúde. Segundo Rozenfeld (2000),

A década de 1980 se caracterizou pela retomada dos movimentos em direção ao exercício da cidadania e à redemocratização da sociedade Brasileira, consagrados na campanha pelas eleições diretas para a Presidência da República e pela instalação da Assembleia Nacional Constituinte. O período também imprimiu suas marcas na história da Vigilância Sanitária, que se torna mais conhecida, revelando as contradições de um Estado a oscilar entre a proteção à saúde da população e os interesses da produção e da venda de mercadorias e de serviços. A estruturação de inúmeros órgãos estatais, ou da sociedade civil - tais como o Conselho de Defesa do Consumidor, os PROCONs, as delegacias e comissões, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) e outros - forçaram o governo a pender em direção ao lado da balança onde está o cidadão. Em 1985 o Decreto nº 91.469 criou o Conselho Nacional de Defesa do Consumidor, para assessorar a Presidência da República. E a Lei nº 7.347/85 disciplinou a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético e turístico; essa Lei constitui um marco na evolução legislativa no campo dos direitos coletivos (Rozenfeld, 2000, p. 34-35).

A outorga da Constituição Federal de 1988 define a saúde pública como um direito social e dever do Estado. O *caput* do artigo 196 afirma que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). A Constituição de 1988 definiu os fundamentos do SUS, alicerçados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Todas as diretrizes de fundamentação

do SUS resultaram na implantação de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde. Daí a preocupação com a Educação Sanitária.

A década de 90 foi marcada pela continuidade de um arcabouço legal em defesa dos direitos da saúde pública no país, com destaque para a Lei n.º 8080, de 1990, que criou o SUS. A lei “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Foi um período da saúde pública no Brasil, em que foram criadas as agências reguladoras no país. De acordo com Costa (2009), a década de 90 é descrita pela reforma do Estado. Dentre as agências reguladoras que surgiram, duas eram de interesse da saúde: a Anvisa e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essas agências criaram-se “sob o regime jurídico diferenciado das autarquias especiais, que lhes confere independência administrativa, estabilidade dos dirigentes e autonomia financeira” (COSTA, 2009, p. 47). Foi quando a Secretaria de Vigilância Sanitária, ligada ao Ministério da Saúde, passou para o status de agência reguladora, e a Anvisa é instituída pela Lei n.º 9782/99. A Anvisa desempenhava o papel de coordenação da saúde pública sanitária no país, além de atuar na descentralização das ações do Estado, prerrogativa constitucional, ou seja, trabalhar em parceria com estados e municípios nas ações de Vigilância Sanitária. A cooperação entre Governo Federal, estados e municípios, no âmbito da saúde pública sanitária, gerou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

As ações de Vigilância Sanitária estão para além da regulamentação legal e técnica, e a área de educação permeia todo o âmbito de vigilância. Para Lucchese (2001, p. 282) “A educação científica do público deve ser parte fundamental da ação regulatória do SNVS, que não pode permanecer passivo quanto a esses temas e essa cultura de isolamento na tomada de decisões que afetam a vida cotidiana dos cidadãos”. Concordando com Lucchese (2001) quanto à importância da Educação Sanitária para o desenvolvimento e socialização do conhecimento, Rozenfeld (2000) aponta que

A comunicação e a educação em saúde são de fundamental importância para as ações de Vigilância, tanto pela democratização do conhecimento, quanto pelo caráter pedagógico dos atos administrativos. Quando se baseiam no diálogo, as práticas desse campo contribuem para a construção da consciência sanitária, dando aos cidadãos meios de defesa contra inumeráveis riscos, e contra práticas nocivas do sistema produtivo, na busca incessante de lucros (Rozenfeld, 2000, p. 18).

Entre os anos de 2006 e 2008, a Anvisa viabilizou duas ações educativas: o Projeto Educação para o Uso Correto de Medicamentos e o Projeto Contributo. Essas experiências colaboraram para a criação de outro projeto, o Educanvisa, apresentado em 2009. O objetivo do Educanvisa é a introdução do tema saúde, com enfoque em Vigilância Sanitária, nos conteúdos

programáticos das escolas da Educação Básica dos municípios integrantes do projeto. Assim,

O Projeto Educanvisa é a primeira iniciativa da Agência nesta direção. Desenvolver ações que integrem educação em vigilância sanitária e promoção da saúde, acreditando e investindo no potencial formador e multiplicador das escolas, é o seu maior propósito. Para alcançá-lo, a Anvisa, em parceria com as secretarias de Educação e de Saúde municipais e estaduais e os Núcleos de Vigilâncias Sanitárias locais, promove a sensibilização de professores e de profissionais da vigilância sanitária por meio de capacitações e realizações de eventos para intercâmbio e qualificação das experiências municipais. Esta ação estimula a inserção de conteúdos de promoção da saúde e de vigilância sanitária no projeto político pedagógico das escolas como forma de institucionalizar esses conhecimentos e promover uma maior conscientização sobre as formas de se produzir saúde e sobre seus recursos positivos para melhorar o bem-estar das comunidades (Brasil, 2020, p. 9).

Em outubro de 2022, o Projeto Educanvisa foi reformulado de acordo com a Portaria n.º 967, de 24 de outubro de 2022, da Anvisa, e o projeto passou a se chamar AnvisaEduca. A citada portaria preconiza:

Art. 1º Fica disposto sobre o projeto de ações educativas em vigilância sanitária, com finalidade de levar ações educativas em vigilância sanitária às escolas da rede de ensino de educação básica, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

§1º O projeto de ações educativas em vigilância sanitária - Educanvisa, passará a chamar-se projeto de ações educativas em vigilância sanitária - AnvisaEduca.

§2º Trata-se de um projeto permanente.

Art. 3º São diretrizes do Projeto AnvisaEduca:

I - a promoção do desenvolvimento social;

II - o monitoramento e avaliação permanentes;

III - a comunicação ajustada para o público específico; e

IV - a facilitação da utilização do recurso didático.

Art. 4º O Projeto AnvisaEduca tem como objetivo geral a promoção de ações educacionais de vigilância sanitária nas escolas da rede pública de ensino de educação básica.

Parágrafo único. As atividades poderão ser desenvolvidas na parte diversificada do currículo, conforme art. 26 da Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional (Brasil, 2022, p. 75).

A integração entre saúde e educação é hoje extremamente relevante, pois confirma a mutualidade das áreas e o resultado recíproco que desempenham acerca da qualidade de vida e promoção integral da sociedade. De acordo com Rozenfeld (2000, p. 16-17), “Nos dias atuais, amplia-se a abrangência da Vigilância Sanitária, com o alargamento do campo dos interesses difusos, cujo conceito gira em torno da noção de qualidade de vida”.

Toda análise histórica da Vigilância Sanitária até aqui apresentada possibilita uma abordagem holística e multiforme do desenvolvimento humano, podendo gerar uma sociedade mais consciente e melhor preparada para responder às adversidades contemporâneas.

1.3 Políticas públicas de educação em saúde no Brasil: desafios

As políticas públicas de educação em saúde exercem um papel central no bem-estar e na prevenção de doenças no Brasil. O objetivo da educação em saúde é dar às pessoas a oportunidade de incorporar atitudes saudáveis, e aumenta a conscientização sobre a relevância do autocuidado e da adoção de hábitos saudáveis.

Entretanto, existem alguns desafios estruturais e culturais para a efetivação dessas políticas. Esses desafios prejudicam a eficácia das atividades e a inserção de todos os grupos populacionais. Ao refletir sobre as políticas públicas de educação em saúde, pensamos no ambiente escolar, pois a escola pode participar como agente ativo na construção de um novo cenário de inclusão social das políticas públicas de educação em saúde. Segundo Valadão:

A escola exerce grande influência na produção social da saúde, na medida em que concorre para preparar um senso comum hegemônico. Para valorizar o seu potencial transformador, é possível buscar elementos articuladores entre novos projetos políticos em educação e saúde, e, nesse caso, a promoção da saúde na escola pode apresentar-se como oportunidade para o mútuo fortalecimento, assim como esteira para uma nova aprendizagem compartilhada (Valadão, 2004, p. 115).

Existe, hoje, a busca pela aproximação entre os profissionais da saúde e a comunidade escolar, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida social. Nessa perspectiva, o espaço escolar se torna a melhor estratégia entre esses dois elos, uma vez que ele já desempenha o papel social na formação de cidadãos críticos que consigam interpretar o lugar e o mundo em que vivem. A formação dos indivíduos conhecedores e conscientes coopera para a concretização das políticas públicas de educação em saúde, e, conseqüentemente, para a melhoria e qualidade de vida das pessoas. Parreira *et al.*, afirmam:

[...] as escolas carecem de orientações ou de mecanismos que as permitam maior apropriação das práticas educativas consideradas mais adequadas à realidade sanitária da comunidade escolar ou às necessidades de saúde de seus estudantes e professores. O contexto e os espaços escolares são privilegiados e, por suas características formativas fundamentais, requerem o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais para que promovam saúde (Parreira *et al.*, 2020, p. 41).

Como vimos na seção anterior, a Constituição do Brasil de 1988 trouxe avanços importantes na área de saúde e educação no Brasil. No entanto, apesar das melhorias, ainda persistem desigualdades significativas no acesso à informação e aos serviços de saúde. Certas categorias populacionais, como moradores de áreas rurais, comunidades tradicionais e pessoas pobres e de baixa escolaridade, têm maior dificuldade em obter informações apropriadas sobre saúde.

Para Valadão (2004, p. 26), um dos maiores desafios mundiais hoje sobre educação em saúde na escola é a “pouca informação quanto a uma abordagem realmente abrangente de programas de saúde na escola”. Todavia, é importante salientar que a informação, por si só, não é o bastante para a modificação de comportamentos.

Ainda de acordo com Valadão (2004), é preciso analisar de forma minuciosa como a informação é comunicada. Uma abordagem que privilegie apenas a informação não é suficiente para modificar comportamentos. É necessário entender que informações técnicas recebidas não aumentam as habilidades e a autonomia da capacidade de julgamento dos indivíduos. O que deve sobressair nas comunicações de educação em saúde é que conhecimentos gerais e específicos de saúde devem ser transmitidos de forma apropriada, respeitando, principalmente, as barreiras culturais e sociais, de maneira clara e objetiva, visando a conscientização, a mudança de mentalidades e a inclusão de toda população.

No Brasil, além da falta de informações adequadas, enfrentamos dificuldades referentes à deficiência de infraestrutura básica, como saneamento insatisfatório, fornecimento restrito de água potável e escassez de serviços de saúde de qualidade em diversas regiões. As adversidades aqui descritas prejudicam a interface ‘educação em saúde’, uma vez que esses obstáculos interferem no ambiente de ensino-aprendizagem. Para Valadão (2004, p. 90), “A ressignificação da noção de ambiente para além do saneamento básico ou da arquitetura do espaço educativo é um entre tantos elementos relevantes para ampliar os horizontes da promoção da saúde na escola”.

No entendimento de Lomônaco (2004), a Educação em Saúde é uma área múltipla, com várias perspectivas das áreas de educação e saúde; todavia, este domínio é repleto das percepções político-filosóficas da humanidade. Apesar de definição própria que cada área de educação e saúde tem, quando pensamos em educação e saúde, pensamos de forma unificada, pois os objetivos de ambas as concepções convergem.

Segundo Lomônaco (2004, p.1), “A Educação em Saúde, historicamente tendo sua tônica na prevenção, com domínio do padrão médico, teve seu enfoque modificado após as conferências de Promoção da Saúde realizadas mundialmente nas últimas décadas do século XX”, se dividindo, hoje, em dois grandes grupos. O primeiro, com foco nos comportamentos das pessoas, residindo no âmbito familiar; e o segundo, com uma visão mais ampla dentro do conceito de saúde, que contribui para qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade.

No Brasil, de acordo com Valadão (2004, p. 27), “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”.

Entretanto, é a partir do século XX que o processo histórico de Educação em Saúde começa a se destacar nas políticas públicas, percorrendo vários caminhos; dentre eles, podemos destacar: a fase higienista (início do século XX), a fase da medicina social (décadas de 1930 a 1960) e a fase da criação do SUS (década de 1980).

O movimento higienista que enunciava a articulação entre saúde e educação, influenciou intensamente a política de saúde Brasileira. A educação em saúde, naquela época, seguia o “modelo alemão de polícia médica” (Valadão, 2004) e concentrava-se, especialmente, na redução de doenças e na promoção da saúde primária, como enfrentamento às epidemias e melhores condições de higiene dos escolares. Iervolino (2000, p. 45) destaca que as ações e normas de procedimento de saúde do movimento eram estratégias de uma política “voltada apenas para o enquadramento das camadas populares, entendidas como marginais e culturalmente atrasadas”. Lomônaco (2004, p. 2) descreve que a “política se definia pelo uso de força policial para o trato das questões de saúde”.

No início do século XX, em 1920, a política de saúde tornou-se mais centralizada no Brasil, com a fundação do DNSP. No período, a educação em saúde passou a ser organizada e tinha como objetivo habilitar os profissionais de saúde para disseminar conhecimentos e informações sobre prevenção de doenças, higiene básica e promoção da saúde. Lomônaco (2004, p. 2), lembra que “em 1924, no estado do Rio de Janeiro, foram dados os primeiros passos rumo à Educação em Saúde no Brasil, por meio da criação do primeiro pelotão de saúde, em uma escola estadual do município de São Gonçalo”. Naquele momento da história do país, escolas de saúde pública foram estabelecidas e diligências educativas foram determinadas por todo território brasileiro. Segundo Lomônaco (2004),

A partir de 1920, o discurso higienista torna-se mais técnico, priorizando métodos de Educação em Saúde, assistência médico-odontológica, nutrição, desnutrição, antropometria. A inclusão das disciplinas de Higiene e Puericultura nos currículos das escolas normais, com a criação do professor de Higiene, foi proposta dos higienistas da época para difusão de suas ideias (Lomônaco, 2004, p. 2).

No processo histórico da Educação em Saúde no Brasil, temos a fase da Medicina social, que teve forte atuação na política de saúde Brasileira nos decênios de 1930 a 1960. Para Lomônaco (2004, p. 3), “em 1941, a pedagogia e a higiene escolar tinham o mesmo ideário, o da criança integral, da escola socializadora, sendo que o ‘social’ aparece como categoria de análise de forma acrítica”. Nessa ocasião, houve maior apreensão na relação entre saúde e condições socioeconômicas, o que enfatizou a relevância da educação em saúde como instrumento de promoção de políticas sociais. Esse espaço temporal foi caracterizado por uma perspectiva mais

ampla na formação de agentes de saúde, bem como pela concepção de serviços comunitários. Lomônaco (2004) continua:

Já em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP– houve uma transformação de mentalidade nas atividades de educação sanitária. A partir daí, a Educação Sanitária passa a ser reconhecida como atividade básica, e a responsabilidade das tarefas educativas foi atribuída a diversos profissionais. Entre as tarefas, estava incluída a preparação de professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais de saúde (Lomônaco, 2004, p. 3).

Entre as décadas de 1960 e 1980, hiato temporal da Ditadura Militar, as políticas públicas de Educação em Saúde tinham como viés o planejamento familiar: no entendimento dos governos do período, as circunstâncias de vida e saúde estavam relacionadas ao aumento demográfico (LOMÔNACO, 2004).

Valadão (2004, p. 30) afirma que “as décadas de 1980 e 1990 trouxeram um conjunto de mudanças no cenário epidemiológico e político-institucional Brasileiro”. Esse momento da história Brasileira é caracterizado pela concessão da nova Constituição Brasileira e pela implantação do SUS, conforme já mencionamos. O SUS se torna o principal padrão das políticas de saúde pública no Brasil.

A educação em saúde passou a ser vista como um dos princípios estruturais do SUS, que promoveu a participação social, empoderamento e autonomia das pessoas na atenção à saúde; viabilizou a formação de profissionais de saúde e ações educativas para a população como um todo. De acordo com Barbieri e Noma (2013), “Como política pública, as práticas de educação em saúde ganharam espaço no Brasil a partir da década de 1990, principalmente, pela influência da concepção de Escolas Promotoras de Saúde (EPS)”.

As EPS, lançadas oficialmente em 1995 pela OMS, “fomentaram junto aos estados-membros o fortalecimento de suas ações de promoção da saúde na escola com base numa rediscussão e reflexão sobre atividades no espaço escolar” (BRASIL, 2022).

No corpo de uma nova estruturação das políticas públicas de saúde no Brasil, surge o Programa Saúde na Escola (PSE), que “foi desenhado para fortalecer a integração de políticas públicas, em destaque a saúde e a educação”, e tem o propósito de promoção de saúde na escola, sendo a educação em saúde um dos principais alicerces (Brasil, 2022). Veja-se

Nesse contexto, surge o PSE, instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial n.º 6.289, de 6 de dezembro de 2007, decorrente do esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população escolar Brasileira. Dessa forma, o PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno

desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes Brasileiros (Brasil, 2022, p. 11).

De acordo com o Caderno do Gestor do PSE, “Os municípios aderidos são homologados em portaria, que também faz a definição dos repasses financeiros realizados fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde” (Brasil, 2022, p. 13). Através dos atos normativos referentes ao PSE, é possível visualizar a dinâmica histórica de sua constituição e importância nas políticas públicas de educação em saúde no território brasileiro. O Quadro 1, a seguir, apresenta o histórico das legislações que regem o PSE:

Quadro 1 - Portarias do PSE publicadas de 2007 a 2021

Período	Ato Normativo	Descrição
2007	Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007	Institui o Programa Saúde na Escola
2008	Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
	Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008	Homologa a adesão ao PSE de 2008 e repassa recursos
	Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008	Altera a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008
2009	Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009	Homologa a adesão ao PSE de 2009
2010	Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010	Altera a Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009
	Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010	Repassa recursos na adesão ao PSE de 2009
	Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010	Estabelece critérios para adesão ao PSE de 2010
	Portaria nº 3.918, de 10 de dezembro de 2010	Homologa a adesão ao PSE de 2010 e repassa recursos
	Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011	Estabelece o Termo de Compromisso Municipal para a adesão ao PSE de 2011
2011	Portaria Interministerial nº 1.911, de 8 de agosto de 2011	Altera a Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010
	Portaria nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011	Homologa a adesão ao PSE de 2011 e repassa recursos
2012	Portaria nº 357, de 1º de março de 2012	Institui a Semana Saúde na Escola
	Portaria nº 524, de 26 de março de 2012	Repassa recursos da adesão ao PSE de 2011
	Portaria nº 2.693, de 29 de novembro de 2012	Repassa recursos da adesão ao PSE de 2011 e da Semana Saúde na Escola de 2012
2013	Portaria nº 298, de 28 de fevereiro de 2013	Homologa a adesão ao PSE de 2012 e repassa recursos
	Portaria nº 364, de 8 de março de 2013	Redefine a Semana Saúde na Escola
	Portaria nº 1.302, de 28 de junho de 2013	Altera o prazo para o registro das ações realizadas na Semana Saúde na Escola
	Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013	Redefine as regras e critérios para adesão ao PSE
	Portaria nº 1.835, de 27 de agosto de 2013	Altera o prazo para o registro das ações realizadas na Semana de Saúde na Escola
	Portaria nº 2.608, de 31 de outubro de 2013	Homologa a adesão ao PSE de 2013 e repassa recursos
	Portaria nº 3.210, de 26 de dezembro de 2013	Inclui três municípios na adesão ao PSE de 2013

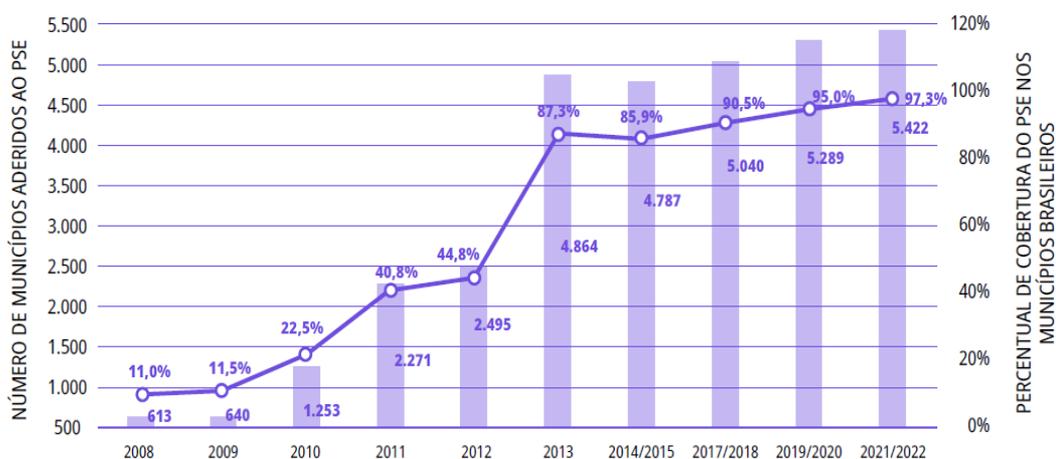
2014	Portaria nº 220, de 25 de março de 2014	Define normas para o cadastramento das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos da APS que desempenham ações do PSE
2015	Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015	Redefine a Semana Saúde na Escola
	Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015	Homologa a adesão ao PSE do biênio 2014/2015 e repassa recursos
	Portaria nº 1.260, de 27 de agosto de 2015	Repassa recursos do monitoramento de 2013
	Portaria nº 1.337, de 8 de setembro de 2015	Repassa recursos da Semana Saúde na Escola de 2014
2016	Portaria nº 2.744, de 16 de dezembro de 2016	Repassa recursos do monitoramento do biênio 2014/2015
2017	Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017	Redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE
	Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017	Homologa a adesão ao PSE do ciclo 2017/2018 e repassa recursos
2018	Portaria nº 895, de 19 de junho de 2018	Revoga a Portaria nº 220, de 25 de março de 2014
	Portaria nº 3.662, de 14 de novembro de 2018	Repassa recursos do monitoramento do ciclo 2017/2018
2019	Portaria nº 2.264, de 30 de agosto de 2019	Homologa a adesão ao PSE do ciclo 2019/2020 e repassa recursos
	Portaria nº 564, de 8 de julho de 2020	Inclui a ação de Prevenção à Covid-19 nas escolas no SUS
	Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020	Repassa recursos para Prevenção à Covid-19 na escolas
2020	Portaria nº 564, de 8 de julho de 2020	Inclui a ação de Prevenção à Covid-19 nas escolas no SUS
	Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020	Repassa recursos para Prevenção à Covid-19 na escolas
	Portaria nº 2.027, de 7 de agosto de 2020	Altera a Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020
	Portaria nº 2.141, de 14 de agosto de 2020	Repassa recursos do monitoramento do ciclo 2019/2020
	Portaria nº 2.306, de 28 de agosto de 2020	Altera a Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020
2021	Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021	Homologa a adesão ao PSE do ciclo 2021/2022 e repassa recursos
	Portaria Interministerial nº 5, de 4 de agosto de 2021	Reconhece a importância do retorno às aulas presenciais

Fonte: Brasil (2022, p. 12-14).

Em conformidade com Barbieri e Noma (2013, p. 2), atualmente o maior destaque no quesito educação em saúde, como política governamental, é o PSE, que tendo entrado em vigor em 2008 e vem, progressivamente, recebendo a adesão dos municípios Brasileiros.

A adesão dos municípios Brasileiros ao PSE é de grande relevância, pois possibilita a educação em saúde. Ao aproximar os campos da saúde e da educação, o PSE colabora para sensibilizar e promover práticas saudáveis entre os alunos e a comunidade escolar. Por meio do PSE, os municípios podem conhecer e responder às necessidades de saúde dos escolares, viabilizar a qualidade de vida escolar e desenvolver uma cultura de prevenção. Observem-se o gráfico e a tabela abaixo.

Gráfico 1 - Evolução das adesões dos municípios ao PSE de 2008 a 2022



Fonte: Brasil (2022, p. 12).

Tabela 1 - Número de municípios, escolas e estudantes aderidos ao PSE 2008 a 2022

Período*	Número de municípios aderidos ao PSE	Número de escolas pactuadas na adesão	Número de estudantes pactuados na adesão
2008	613	16.470	1.941.763
2009	640	20.422	6.560.649
2010	1.253	36.892	8.502.412
2011	2.271	50.545	10.835.238
2012	2.495	56.157	11.946.778
2013	4.864	80.435	18.726.458
2014/2015	4.787	79.167	18.313.214
2017/2018	5.040	85.700	20.521.416
2019/2020	5.289	91.659	22.425.160
2021/2022	5.5422	97.389	23.426.003

Fonte: Brasil (2022, p. 13). (Em 2016, não houve adesão.)

Tanto o PSE, quanto o Projeto Educavisa, desde 2022 denominado AnvisaEduca, são os principais expoentes de Educação em Saúde vinculados ao Ministério da Saúde. O projeto

AnvisaEduca, como política de saúde pública, utiliza como recurso pedagógico a informação, a educação e a comunicação em Vigilância Sanitária:

A informação, a educação e a comunicação são instrumentos fundamentais para a democratização do conhecimento e desenvolvimento das práticas em VISA. Dessa forma, contribuem para a construção da consciência sanitária, uma vez que a informação poderá servir para a prevenção dos riscos e a promoção da saúde da população (Universidade Federal do Ceará, s/d, p. 12).

Projetos de educação abrangendo a área de ação da Vigilância Sanitária, bem como estratégias para promoção e proteção da saúde, são de extrema importância conquistando diferentes categorias sociais, além de popularizarem informações que estimulam a participação social (Universidade Federal do Ceará, s/d).

A Educação em Vigilância Sanitária é um importante mecanismo adotado pela Anvisa para exercer sua incumbência na proteção da saúde da coletividade, almejando assim o fortalecimento e a prevenção de doenças, mitigando ameaças à saúde e estimulando hábitos do cuidado e consciência sanitária social. Assim,

A Educação em Vigilância Sanitária é uma das estratégias da Anvisa para operacionalizar sua missão de proteger a saúde da população. No conjunto das ações institucionais, insere-se no eixo Gestão da Educação, por meio do Programa de Educação para a Promoção da Saúde. Tem como propósito desenvolver estratégias de educação e comunicação para a promoção da saúde no contexto da vigilância sanitária (Brasil, 2020, p. 9).

O Projeto AnvisaEduca, continuação do Educanvisa, foi o primeiro passo da Anvisa no sentido de criar ações que abranjam educação em vigilância sanitária e promoção da saúde, considerando a capacidade de formação, diversidade e pluralidade das escolas (Brasil, 2020). Nesse sentido, Rabelo e Hexsel (2021) afirmam que

Foi no contexto da promoção da saúde que o Educanvisa iniciou o desenvolvimento de ações educativas, na comunidade escolar, para a melhoria das relações de consumo de medicamentos, alimentos e de outros produtos sujeitos ao controle sanitário. A escolha da escola como espaço para a ação justifica-se por ser um ambiente que fomenta a discussão e a participação, cumprindo a sua função de preparação para a vida, adulta e pública, na busca do exercício da cidadania plena (Rabelo; Hexsel, 2021, p. 92).

Conforme já descrito anteriormente, a Anvisa, entre os anos 2006 e 2008, iniciou algumas ações educativas que culminaram, em 2009, com a criação do Projeto Educanvisa, que em 2022 foi renomeado como AnvisaEduca. Assim, “O projeto, entre 2006 e 2015, já atendeu mais de 146 mil alunos de 1.163 escolas públicas brasileiras. Capacitou mais de 4.822 professores e cerca de 500 profissionais de vigilância sanitária, em quase 300 municípios brasileiros”

(BRASIL, 2020, p. 9). Pela magnitude do tamanho do território brasileiro, e pelo número extenso de escolas no país, observa-se que a capacitação de profissionais no país ainda é bastante reduzida.

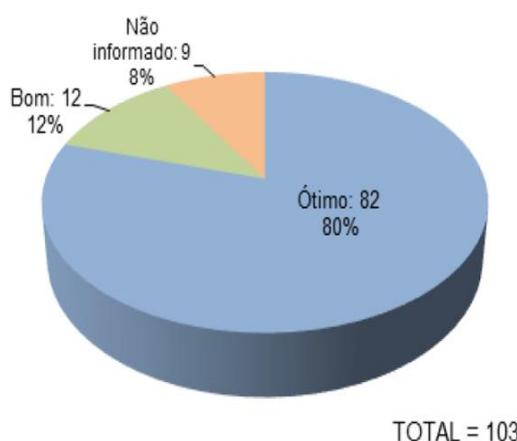
A Anvisa realizou um primeiro “Encontro Educação e Saúde – a dose certa para uma vida saudável”, em 2010 e voltou a fazê-lo em 2016, com a participação de 135 pessoas, profissionais da área de educação e de saúde, de vários municípios e regiões do país, que já haviam participado do EducANvisa num primeiro encontro em 2010. Naquele novo encontro ocorreu a “discussão de conceitos básicos fundamentais ao desenvolvimento de uma prática educativa participativa e transformadora” (Brasil, 2020, p. 7).

A proposta metodológica do Encontro baseou-se na construção e na ressignificação dos conhecimentos na área da saúde, em especial os da vigilância sanitária, com vistas à qualificação das ações educativas promovidas nas comunidades escolares. A condução dos trabalhos contou com a expertise de especialistas nas áreas de comunicação, educação, promoção em saúde e mobilização social (Brasil, 2020, p. 10).

No final do evento, ocorreu uma avaliação por parte dos participantes. O encontro, que aconteceu em Brasília, na sede da Anvisa, reuniu profissionais de alguns estados e regiões Brasileiras. Os objetivos da avaliação eram a obtenção de opiniões sobre a organização, as metodologias aplicadas e a importância do acontecimento, e identificar os pontos fortes e o que precisava ser melhorado em futuros encontros. Do total de 135 pessoas a avaliação contou com apenas 103 participantes.

Os dados do gráfico a seguir revelam a satisfação dos participantes do evento:

Gráfico 2 - Avaliação geral do “Encontro Educação e Saúde – a dose certa para uma vida saudável”



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2016, p. 81).

Pela análise do gráfico, 80% avaliaram o evento como ótimo; 12%, como bom; ao passo que 8% não se manifestaram. Durante a avaliação do evento foi possível verificar que a maioria dos estados e regiões geográficas brasileiras não participou do encontro, nem avaliou, conforme tabela a seguir:

Tabela 2 - Distribuição dos respondentes da avaliação, segundo região geográfica e estado de origem

Região/ Estado	Respondentes	
	Nº	%
Região Centro-Oeste	8	7,7
Distrito Federal	3	3
Goiás	1	1
Mato Grosso	4	4
Região Nordeste	20	19,4
Maranhão	15	14,6
Piauí	2	5
Região Sudeste	35	34
Minas Gerais	18	17,4
São Paulo	17	16,5
Região Sul	17	16,5
Paraná	5	5
Santa Catarina	12	11,6
Não Informado	23	22,3
Brasil	103	100

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2016, p. 82).

Consideramos que na análise das políticas públicas de educação em saúde, a escola é o espaço social adequado para discussões e entendimentos dos valores sociais e das necessidades da comunidade escolar. Quando se fala em educação em saúde, se fala na premente necessidade dos grupos sociais, no respeito à cultura e à diversidade, entendendo que os “os estudantes precisam encontrar espaços e interlocutores para expressarem suas angústias, inquietações ou curiosidades, sobretudo nos tempos atuais em que se produzem e disseminam inúmeras informações nem sempre verdadeiras ou confiáveis” (Brasil, 2020, p. 46). É fundamental entender e assumir que educação em saúde

[...] é a busca por conhecimentos sobre as necessidades de saúde existentes na comunidade escolar. Levantar quais são os assuntos de saúde emergentes e que precisam ser acolhidos como sendo estratégicos para a escola, sob risco de passarem a ser, ou a se manterem, marginais, a ponto de não serem tratados adequadamente ou se perderem dentre e junto a tantos tabus e mitos que precisam ser desvelados (Brasil, 2020, p. 46).

As políticas de educação em saúde no Brasil passaram por várias fases. É necessário destacar que essas políticas foram influenciadas por diversos fatores políticos, sociais e

econômicos, e que a educação em saúde prossegue em contínua evolução atualmente onde “[...] faz-se necessário desenvolver atividades de educação para a saúde, de democratização da informação, de transparência das suas ações e o estabelecimento de mecanismos de escuta da sociedade, possibilitando assim o incremento da consciência sanitária” (Brasil, 2007, p. 49).

1.4 A BNCC e a integração entre educação e saúde

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

(Freire, 2013, p. 47).

Como exposto no capítulo anterior, as políticas públicas de saúde geram condições imprescindíveis para uma melhor qualidade de vida para os indivíduos em sociedade. Neste sentido, a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) tem importante papel como ferramenta de integração entre a educação e saúde no cenário Brasileiro. De acordo com Basso (2022, p. 160), “A BNCC é um documento normativo, que estabelece o conjunto de competências, habilidades e conteúdos a serem ensinados aos estudantes das três etapas da educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio)”.

Diante das demandas das políticas públicas Brasileiras, na perspectiva de operar de forma sistêmica o conhecimento da educação no país, a BNCC foi aprovada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) no final do ano de 2017 para a educação infantil e o Ensino Fundamental, e, em 2018, para o Ensino Médio. Está prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 e no Plano Nacional de Educação (PNE) de 2014. A BNCC é oriunda de um processo de debates e cooperação entre diferentes personagens ligados à Educação Brasileira, de modo que possa direcionar os entes federados na concepção das propostas curriculares, com enfoque baseado nos direitos de aprendizagem e desenvolvimento integral dos escolares (Brasil, 2018).

Sem atuar como um currículo pré-estabelecido, a BNCC é uma referência obrigatória, (Brasil, 2018). A Base determina as aprendizagens elementares a serem desenvolvidas pelos escolares em cada fase da Educação Básica, e o currículo estabelece o conjunto de deliberações que viabilizam concretizar tais aprendizagens, como: contextualização de conteúdos, métodos educativos, estruturação dos componentes curriculares, metodologia, entre outras.

Os sistemas e as redes de ensino do país têm liberdade para produzir ou adaptar os seus currículos, tendo a Base como referência; ou seja, as escolas possuem o direito de ajustar os seus

projetos pedagógicos de acordo com a BNCC, sempre visando à formação integral dos estudantes (Brasil, 2018).

Não podemos falar de BNCC, projetos pedagógicos e formação integral sem considerar o espaço da escola. A escola, a educação escolar, é de fundamental importância na perspectiva de uma formação integral. Para Basso (2022, p. 165), “o direito à educação pressupõe a formação da pessoa em sua essência humana”. Logo, o espaço da escola, a educação escolar, colabora para este processo, na constituição da ética, da formação, na concepção de liberdade e justiça social, na integridade, na diversidade, no corpo social e no vínculo com a vida.

De acordo com a LDB de 1996, a escola passa cada vez mais por um procedimento de democratização, e até de modernização, que abrange a liberdade de aprender, ensinar, analisar e difundir a cultura, bem como as artes, habilidades e competências do ensino (BRASIL, 1996). Todavia, todo esse processo de ‘pensar em mudanças no currículo educacional’ deve ser direcionado de forma a que os escolares não percam sua essência, sua identidade e, sobretudo, precisa contar com a participação de toda comunidade escolar, não sendo algo meramente burocrático e imposto, como diz Paulo Freire (2000), mas pensando nas especificidades de cada pessoa. Desse modo,

A reformulação do currículo não pode ser algo feito, elaborado, pensado por uma dúzia de iluminados cujos resultados são encaminhados em forma de ‘pacotes’ para serem executados de acordo ainda com as instruções e guias igualmente elaborados pelos iluminados. A reformulação do currículo é sempre um processo político-pedagógico e, para nós, substantivamente democrático (Freire, 2000, p. 24).

Assim, Paulo Freire (2000) apresenta a necessidade de processos democráticos e o uso de várias visões na constituição de currículos para as escolas, de forma a contribuir para a autonomia dos indivíduos e para a melhor qualidade do ensino e aprendizagens por parte dos escolares.

Concordando com Freire (2000), Saviani (1980) ressalta a necessidade da luta por oportunidades e um espaço escolar qualitativo; para tal fim, as escolas deveriam assumir a função que lhes é pertinente, guarnecendo a população de recursos essenciais de participação na sociedade. Sem a inclusão social dos indivíduos, dificilmente eles conseguirão se emancipar; a escola é elementar no processo de autonomia.

Os pressupostos da BNCC (Brasil, 2018) estabelecem a escola como entidade social cujo propósito é possibilitar o desenvolvimento humano nas conexões interpessoais e viabilizar o apoderamento do saber partindo da realidade dos escolares, favorecendo a formação de indivíduos aptos a analisar, entender e interferir no espaço em que vivem, possibilitando a

edificação de uma sociedade plena e a promoção de uma educação integral.

Aliada à promoção integral da educação, a interdisciplinaridade é uma ação pedagógica que procura a associação e a conexão entre diferentes disciplinas e áreas do saber. No contexto da BNCC, a interdisciplinaridade torna-se ainda mais importante, por ser um dos fundamentos norteadores para a edificação de uma educação mais democrática, relevante e integral. Ao “decidir sobre formas de organização interdisciplinar dos componentes curriculares e fortalecer a competência pedagógica das equipes escolares para adotar estratégias mais dinâmicas, interativas e colaborativas em relação à gestão do ensino e da aprendizagem” (Brasil, 2018, p. 16), está se decidindo por processos que envolvem a família e toda comunidade escolar. Segundo Fazenda (2008),

[...] interdisciplinaridade é o movimento (inter) entre as disciplinas, sem a qual a disciplinaridade se torna vazia; é um ato de reciprocidade e troca, integração e voo; movimento que acontece entre o espaço e a matéria, a realidade e o sonho, o real e o ideal, a conquista e o fracasso, a verdade e o erro, na busca da totalidade que transcende a pessoa humana. Creio que a interdisciplinaridade leva o aluno a ser protagonista da própria história, personalizando-o e humanizando-o, numa relação de interdependência com a sociedade, dando-lhe, sobretudo, a capacidade crítica no confronto da cultura dominante e por que não dizer opressora, por meio de escolhas precisas e responsáveis para a sua libertação e para a transformação da realidade (Fazenda, 2008, p. 165).

A BNCC dignifica a realidade do escolar como início para processo pedagógico (Brasil, 2018). Ao identificar a pluralidade econômica, cultural e social dos escolares, a BNCC outorga a contextualização dos conteúdos e o enfoque dos temas transversais de forma significativa. Temas como saúde, ética, meio ambiente, cidadania, diversidade cultural, trabalho e consumo são agregados às disciplinas, desenvolvendo o pensamento crítico e colaborando para uma geração de indivíduos conscientes, aptos a responder às adversidades de um mundo em constante evolução.

Por fim, cabe aos sistemas e redes de ensino, assim como às escolas, em suas respectivas esferas de autonomia e competência, incorporar aos currículos e às propostas pedagógicas a abordagem de temas contemporâneos que afetam a vida humana em escala local, regional e global, preferencialmente de forma transversal e integradora (Brasil, 2018, p. 19).

Os conteúdos transversais dentro da BNCC não se limitam apenas à promoção de habilidades cognitivas, mas vão além, ao ponderar os aspectos sociais, emocionais e físicos dos escolares.

De acordo com Lomônaco (2004, p. 4), “para falar sobre a saúde, enquanto um tema transversal na educação, é necessária a abordagem sobre a questão da transversalidade, termo

inclusive utilizado como paradigma da reforma educacional atual, e seus inúmeros desdobramentos”. Segundo a autora a transversalidade implica em um livre movimento entre os campos do saber, abrangendo várias áreas, viabilizando o acesso singularizado ao conhecimento. Nesse sentido, podemos definir os temas transversais como:

Um conjunto de conteúdos educativos e eixos condutores da atividade escolar que, não estando ligados a nenhuma matéria em particular, pode-se considerar que são comuns a todas, de forma que, mais do que criar disciplinas novas, acha-se conveniente que seu tratamento seja transversal num currículo global da escola (Yus, 1998, p. 17).

Ao identificar a saúde como constituinte essencial para o aprendizado, a BNCC possibilita uma abordagem ampla e colateral da educação. A saúde não é caracterizada apenas como ausência de doenças, mas como uma condição integral de bem-estar social, físico e intelectual. Assim, a preocupação com a saúde do escolar é descrita no campo das competências gerais da Educação Básica da BNCC com a finalidade de “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” (Brasil, 2018, p. 12).

Para integrar efetivamente educação e saúde no campo da transversalidade, é fundamental fomentar parcerias entre os profissionais de ambas as áreas. Educadores e profissionais de saúde podem trabalhar juntos para reconhecer e atender às necessidades singulares de cada aluno, e das diferentes comunidades, garantindo um espaço propício ao aprendizado e ao desenvolvimento holístico, dentro dos princípios da BNCC.

Somado a essas parcerias, outro fator importante é a formação dos profissionais envolvidos no processo ensino-aprendizagem de educação em saúde. A formação deve vir inserida em um processo de educação continuada. Lomônaco lembra apropriadamente que:

Além da formação, uma das questões pertinentes ao ensino de saúde na escola, diz respeito à educação continuada. A partir das questões emergentes em cada escola, em cada região, deveria ser realizado um programa de educação continuada para os educadores, dentro da realidade de cada unidade escolar, que pudesse contemplar a participação de vários profissionais da educação e da saúde e onde houvesse espaços abertos para discussão dos diferentes problemas encontrados e das possíveis soluções (Lomônaco, 2004, p. 13).

Desta maneira, a BNCC nos oferece uma possibilidade singular de avançar na integração de políticas de saúde e educação no Brasil. Com ênfase em uma educação holística, como já afirmamos, que considera não apenas o desenvolvimento cognitivo, mas também o bem-estar físico, emocional e social dos alunos, na formação de cidadãos mais saudáveis, que entendam e estejam capacitados para confrontar as adversidades da vida.

Estabelecer parcerias entre os profissionais da educação e da saúde é fundamental para o

êxito desse esforço, certificando que nossas crianças e jovens recebam uma educação de qualidade e se tornem adultos mais realizados, críticos e prolíficos, promovendo, assim, uma educação dialógica e emancipatória, que, nas palavras de Paulo Freire está “fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadoras” (Freire, 1987, p.47).

Apresentaremos a seguir o histórico do espaço escolar das instituições que participaram da pesquisa e viabilizaram a construção do corpo deste trabalho.

SEÇÃO II - PANORAMA DAS ESCOLAS PESQUISADAS E DO CEMEPE

2.1 Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz

Os Centros Municipais de Formação Continuada têm uma atribuição essencial na formação e desenvolvimento profissional dos educadores. Eles contribuem favorecendo aos educadores a possibilidade de se desenvolverem habilidades pedagógicas, atualizarem-se sobre as melhores técnicas de ensino e adquirirem novos saberes em áreas especializadas.

O Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz (CEMEPE) é uma instituição vinculada à Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Esse centro de estudos foi idealizado por profissionais da educação com o objetivo de desenvolver programas e projetos de estudos, pesquisas, ações de intervenção pedagógica no cotidiano das unidades escolares e, principalmente, ser um local de encontro dos servidores da rede municipal de ensino em prol da formação continuada desses profissionais e da troca de experiências (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023).

De acordo com informações disponíveis no *site* da Prefeitura de Uberlândia, o CEMEPE foi reconhecido pelo Decreto n.º 5338, de 15 de outubro de 1992, no início da década de 1990, e foi uma conquista dos trabalhadores da educação e da sociedade, na busca de uma formação permanente e continuada (Uberlândia, 2015).

Outra conquista da sociedade e dos trabalhadores em educação foi o Plano Municipal de Educação (PME). O Plano define que o sistema municipal de ensino está pautado nos princípios da democracia, com a participação de toda comunidade escolar e da sociedade. Para alcançar os objetivos e as diretrizes estabelecidas, o profissional da educação deve estar capacitado e apto. O CEMEPE é a estrutura física apta para a realização da educação continuada dos profissionais

da educação, e o PME é o embasamento legal desta educação continuada (Uberlândia, 2015).
Veja-se

O Sistema Municipal de Ensino de Uberlândia fundamentar-se-á no princípio da garantia de ampla participação dos vários segmentos da sociedade, tais como: comunidades escolares, comunidades locais, poder público e organizações sociais. Desse modo, suas diretrizes devem propor uma busca permanente de qualidade da educação, traduzida na preocupação com a identidade local e o acesso universal a todos os níveis e modalidades de ensino para garantir a plena formação do cidadão. No entanto, antes de dar esse acesso universal, é necessário preparar o profissional, dentro da escola, para receber, com eficiência, esses alunos. Essa preparação deve acontecer em nível técnico e psicológico, em regime de formação continuada (Uberlândia, 2015, p. 8).

O CEMEPE, como Centro Municipal de Educação Continuada, é primordial para aprimorar as práticas pedagógicas e manter o corpo docente atualizado, estimulado e capacitado a fim de ofertar educação de qualidade ao corpo discente. Tal fato impacta fundamentalmente no processo de ensino e aprendizagem, resultando em uma educação mais eficaz e significativa para toda a comunidade escolar.

2.2 Escola Municipal Professora Josiany França

A Escola Municipal Professora Josiany França, situada no Bairro Jardim Canaã, possui administração regulada pela Secretaria Municipal de Educação do município de Uberlândia, nos termos da Legislação Federal, Estadual e Municipal vigente (Uberlândia, 2006).

A escola foi criada pela Lei Municipal n.º 9.298, de 28 de agosto de 2006, que foi alterada pela Lei n.º 9541, de 30 de julho de 2007, acreditada pelo Parecer n.º 1206/07 e pela Portaria n.º 1125/07.

A Escola Municipal Josiany França possui essa denominação em tributo à professora Josiany França, profissional da área da educação, por sua dedicação e compromisso com a educação.

A escola teve o início de seu funcionamento em fevereiro de 2007, como anexo da Escola Municipal Gladsen Guerra de Rezende. De acordo com o PPP (2022) da escola, a diretora, Ana Maria de Freitas, em trabalho reunido com a inspetora, Eliana Peixoto Cardoso, organizou a documentação necessária para concessão de funcionamento da instituição.

O educandário foi estabelecido em 28 de maio de 2007, com a presença de várias autoridades públicas, entre eles, o Sr. Doutor Odelmo Leão Carneiro, prefeito na época, além de servidores, escolares, membros da comunidade escolar e familiares da professora homenageada

pelo poder público, que legou o nome à escola. De acordo com PPP (2022) da escola, “Somente em 2008 a escola deixou de funcionar como anexo e iniciou suas atividades efetivas como Escola Municipal Professora Josiany França”.

No ano 2009 a instituição amplia suas atividades, passando a ofertar o Atendimento Educacional Especializado (AEE); no mesmo ano, a escola inicia também o atendimento a alunos da educação infantil, devido à grande procura da comunidade por instituições públicas de educação infantil, na região. O processo para oficializar o atendimento da educação infantil se deu pela Portaria MG n.º 22/2010, de 09 de novembro 2010 (PPP, 2022).

Em 2011 forma-se um novo bairro vizinho ao Jardim Canaã, denominado Jardim Célia. A escola Josiany França, passa a atender também alunos desse bairro. Em 1º de outubro de 2012, os escolares são remanejados para a Escola Municipal Professora Carlota de Andrade Marquez, que teve sua origem como anexo da Escola Josiany França. Todavia, em 17 de janeiro de 2013 foi publicada a Portaria n.º 101/2013, que ao autorizar as atividades da Escola Carlota de Andrade Marquez, faz com que ela deixe de ser um anexo da Escola Josiany França.

De acordo com o PPP (2022, p. 7), da referida escola, “no ano de 2013 a 2015, tivemos em nossa escola o Programa Mais Educação, que visava atender o aluno no contraturno escolar, com oficinas: Artesanato Popular, Letramento/Alfabetização, Matemática, Robótica, Iniciação a Instrumentos de corda”. Ainda no ano 2013, devido às eleições municipais e a um novo gestor à frente da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU), a direção da escola foi alterada, e outros servidores assumiram a gestão.

No ano de 2016, por força da Lei Federal n.º 12.796/2013, foi ampliado o número de salas na escola, para receber às crianças da educação infantil, o que deixou de acontecer de 2018 a 2020, pela necessidade de a escola passar a atender do 1º ao 9º do Ensino Fundamental (PPP, 2022). Na época a escola funcionava com 15 turmas por turno. Atenta às necessidades da comunidade. De acordo com o PPP (2022), em 2021 foram abertas três turmas, sendo duas turmas de 6º ano e uma turma de 2º período da educação infantil, no entanto, em 2022, a escola parou de atender à educação infantil, para recepcionar duas turmas de 1º ano. Naquele momento, a escola estava constituída de 19 turmas por turno.

Atualmente, de acordo com o Quadro Informativo de Turmas e Alunos (QITA), disponibilizado pela Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de Uberlândia, a escola possui 38 turmas, sendo 21 turmas dos anos iniciais e 17 turmas dos anos finais do ensino fundamental. Com um total de 1159 alunos, com 645 alunos nos anos iniciais e 514 nos anos finais do ensino fundamental.

2.3 Escola Municipal Sebastiana Silveira Pinto

A Escola Municipal Sebastiana Silveira Pinto está situada à Rua Antônio Bernardes da Costa, n.º 161, Bairro Laranjeiras. De acordo com o descritivo histórico do PPP (2022) da escola, ela foi instituída em 1996, pela Lei Complementar n.º 145, de 10 junho de 1996, originalmente com o nome de “Escola Municipal do Bairro Aurora”.

Em 1997 ocorreu o lançamento da escolha da logomarca da instituição. A vencedora foi a Professora Elizete Lima Soares. Nesse mesmo evento, comemorou-se o primeiro aniversário da escola.

Sua construção estava destinada a servir a uma demanda de crianças na faixa etária de quatro a seis anos. Todavia, devido à necessidade da comunidade e ao crescimento do bairro, em 1998, foi encaminhada à Secretaria de Estado da Educação de MG (SEE) a solicitação de ampliação de atendimento do 2º aos 5º anos. Lembramos que a rede municipal escolas de Uberlândia faz parte do Sistema de Educação do Estado de Minas Gerais.

Segundo o PPP (2022) da escola “em 1999, em conformidade com o Parecer n.º 1205/98 MG, de 23 de dezembro de 1998, e com a Portaria n.º. 065/99 MG, de 20 de janeiro de 1999, ela passou a ofertar a 1ª e 2ª séries do Ensino Fundamental”, momento em que ocorreu também a alteração do nome da escola, sendo então designada pelo nome de “Escola Municipal Sebastiana Silveira Pinto”.

O nome da escola é uma homenagem à educadora Sebastiana Silveira Pinto, que prestou relevantes trabalhos na área de educação ao município de Uberlândia.

Posteriormente, no ano 2000, a escola novamente estende suas atividades, passando a assumir o 4º ano do Ensino Fundamental, e em 2007 é ofertado o AEE. Atualmente, a escola atende à educação infantil, com 1º e 2º períodos, e o Ensino Fundamental, do 1º aos 5º anos (PPP, 2022).

De acordo com o Quadro Informativo de Turmas e Alunos (QITA), disponibilizado pela Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de Uberlândia, a escola possui hoje 40 turmas, sendo 09 turmas de educação infantil e 31 turmas dos anos iniciais do ensino fundamental. Com um total de 1141 alunos, com 226 alunos na educação infantil e 915 alunos nos anos iniciais do ensino fundamental.

SEÇÃO III - RESULTADOS

Os resultados das pesquisas realizadas nas escolas municipais Professora Josiany França e Sebastiana Silveira Pinto e no CEMEPE Julieta Diniz no período fevereiro a junho de 2023, são apresentados com o objetivo de analisar a existência da Educação Sanitária no processo de ensino e aprendizagem e discutir sobre sua inclusão e desenvolvimento nos currículos correspondentes.

3.1 Desenvolvimento

A pesquisa documental e o estudo de caso foram essenciais para o desenvolvimento do estudo e para a redação da dissertação. Segundo os dados coletados sobre o tema foi viável construir uma base teórica e metodológica condutora da pesquisa.

As escolas pesquisadas e o CEMEPE foram escolhidos como ambiente da pesquisa pelo fato de terem participado do Projeto Educanvisa no ano de 2009, com apresentação de trabalhos no I “Encontro de Educação e Saúde: a dose certa para uma vida saudável”, realizado em Brasília nos dias 17 e 18 de maio de 2010.

Entre as escolas de Uberlândia que participaram do projeto, apenas as escolas pesquisadas possuem professores na ativa; os demais professores que participaram do projeto já se aposentaram ou faleceram. O fato de terem professores ainda atuando e que participaram do projeto foi um importante parâmetro na escolha dessas escolas, uma vez que a proposta do projeto de Educação Sanitária desenvolvido pela Anvisa é de capacitação de alguns professores, que posteriormente se tornarão multiplicadores do conhecimento.

Os professores que estiveram envolvidos no projeto desde o início ou durante um período significativo possuem uma concepção abrangente do desenvolvimento desse na escola ao longo do tempo, além de uma gama de conhecimentos sobre as práticas e ações implantadas na instituição escolar. E, o mais importante, é a possibilidade de verificar, a partir das análises dos dados, se o projeto teve ou não continuidade na escola, uma vez que não há uma justificativa de que a escola não possua mais professores capacitados.

No quadro a seguir, é possível verificar o número de escolas, coordenadores, professores e alunos participantes do projeto de 2009:

Quadro 2 - Participação de Uberlândia no Projeto Educavisa 2009

Escolas participantes	08
Professoras capacitadas	16
Professoras concluíram o projeto	16
Alunos Participantes diretamente do projeto	612
Coordenadores SMS – Visa - SME	02

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Uberlândia-MG.

O projeto desenvolvido pela Anvisa, além de abranger vários estados e municípios brasileiros, contou com a participação de 08 escolas de Uberlândia, sendo que 16 professores capacitados começaram e concluíram o projeto, além de 612 alunos participantes diretamente do projeto e 02 coordenadores, com 01 representante da Secretaria Municipal de Educação (SME) e 01 representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

As escolas municipais participantes do projeto disponibilizaram o PPP, o regimento da escola, os planejamentos curriculares elaborados pelos professores e materiais do Projeto Educavisa, tais como fotos e banners.

O CEMEPE disponibilizou fotos e apresentações. Os materiais que estavam armazenados em CDs, por estarem guardados há 13 anos e sem manutenção, não permitiam a abertura dos arquivos para coleta dos dados; os poucos que abriram possuíam apresentações em PowerPoint. Quanto ao PPP, ele não foi encontrado pela instituição e, em relação ao regimento, o pesquisador foi informado via e-mail que o mesmo se encontrava desatualizado.

A escola Municipal Professora Josiany França disponibilizou o PPP, o Regimento e os Planejamentos curriculares de 2023 dos anos iniciais do Ensino Fundamental. Enquanto que a escola Sebastiana Silveira Pinto disponibilizou além do PPP, do Regimento e dos Planejamentos curriculares de 2023 dos anos iniciais do Ensino Fundamental, fotos e banners da participação no Educavisa.

Para realização da pesquisa documental, fez-se, inicialmente, uma leitura cuidadosa dos PPPs, dos Regimentos e dos Planejamentos curriculares anuais dos anos iniciais do Ensino Fundamental das escolas citadas.

Um estudo efetuado em duas escolas naturalmente nos guiaria a algumas comparações. Todavia, nosso trabalho não se tratava de um estudo comparativo, uma vez que o objetivo pretendido era analisar se existia, na prática do processo de ensino e aprendizagem, a discussão

sobre os conceitos de Educação Sanitária, uma vez que ambas haviam participado do projeto supracitado.

A análise dos documentos fornecidos pelas escolas foi de grande valia para o êxito da presente pesquisa. Acompanhando a leitura dos PPPs e dos Regimentos das escolas, analisaram-se os planejamentos anuais curriculares, produzidos pelos professores, especificamente das disciplinas de: Artes, Ciências, Geografia, História, Língua Portuguesa, Literatura e Matemática.

3.2 Resultado e Análise das Pesquisas

Conforme explicitado, não foi possível a análise do PPP e do Regimento da instituição CEMEPE, uma vez que os estes não foram disponibilizados, e, segundo a instituição, os documentos estão desatualizados e em processo de reformulação.

Todavia, a atual coordenadora de projetos, que participou do projeto Educavisa em 2009 e 2010, reconhece a importância da Educação Sanitária nos processos formativos dos educandos. A seguir, apresentamos o quadro de estruturação e organização dos PPPs das escolas pesquisadas.

Quadro 3 - Itens e subitens que compõem a estrutura dos PPPs das escolas pesquisadas

ESCOLAS PROFESSORA JOSIANY FRANÇA e SEBASTIANA SILVEIRA PINTO	
ITENS E ESTRUTURA DO PPP	SUBITENS
1- Introdução	- Identificação da escola; - A escola em números; - O histórico.
2- Marco Referencial	- Situacional; - Filosófico; - Operativo.
3- Diagnóstico	- Eixo 1: relação da escola com a comunidade; - Eixo 2: direito a aprendizagem; - Eixo 3: gestão democrática e participativa; - Eixo 4: fortalecimento do trabalho coletivo.
4- Programa de alfabetização	- Pacto pela alfabetização; - Programas intensivos de alfabetização.
5- Avaliação	
6- Plano de ações	
7- Projetos da escola Observação: este item compõe a estrutura do PPP apenas da <u>Escola Sebastiana Silveira Pinto</u>	- FESTA JUNINA - PROJETO RECITAL DE POESIA - CELEBRANDO A FAMÍLIA - SAÚDE BUCAL - FEIRA DO CONHECIMENTO

	<ul style="list-style-type: none"> - ATIVIDADES DIVERSIFICADAS - VISUALIDADES EM ARTE - ENSINO RELIGIOSO - TABUADA DIVERTIDA - DIA DA CONSCIÊNCIA NEGRA - <i>BULLYING</i> - PERMEANDO A DIVERSIDADE HUMANA - CONSCIENTIZAÇÃO NO COMBATE À DENGUE - FESTA DA PRIMAVERA
8- Considerações Finais	
9- Referências bibliográficas	

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, a partir de dados fornecidos pelos do PPPs das escolas.

Mesmo não se tratando de um estudo comparativo, foi possível observar que a estrutura dos PPPs das escolas pesquisadas é semelhante, exceto no que se refere ao item 7, contido apenas no PPP da escola Sebastiana Silveira Pinto, conforme quadro apresentado.

Percebe-se certa padronização na elaboração dos documentos, devido ao fato de às escolas pertencerem a rede municipal de Educação, ligada ao sistema estadual de Educação.

Ao analisar os PPPs é possível observar ações positivas, mas também obstáculos que requerem atenção. As escolas apresentam uma visão geral das instituições, sua identificação, localização, quantitativo de alunos, histórico e atos normativos de criação. Os documentos ressaltam os valores e princípios fundamentais das instituições, certificando o empenho a partir da visão integral dos alunos. A inclusão e reconhecimento da diversidade, que são essenciais para uma formação inclusiva e diversificada, também são evidenciados.

No entanto, nota-se que a análise situacional poderia ser mais minuciada, disponibilizando dados mais atualizados sobre a conjuntura socioeconômica, particularidades e necessidades singulares da comunidade e dos estudantes. Tal lacuna é passível de afetar o planejamento estratégico, impossibilitando o alinhamento das atividades educativas com as reais necessidades dos escolares e da comunidade.

Outra situação que demanda atenção é a ausência de metas e indicadores claros no marco operativo. Um PPP vigoroso deve incluir objetivos específicos e mensuráveis para que o desenvolvimento e o impacto da prática docente, ao longo do tempo, possam ser avaliados. Essa carência pode impossibilitar a efetiva avaliação das ações implantadas.

Além disso, observou-se a falta de detalhamento nos procedimentos de inclusão e atendimento às necessidades de educação especial. Nesse sentido, é importante ressaltar que o PPP deve executar operações concretas, para certificar-se de que todos os escolares sejam contemplados com uma educação de qualidade e que promova a igualdade e o reconhecimento das diferenças.

Os PPPs das escolas estudadas têm sua fundamentação na LDB e na BNCC. O descritivo curricular das mesmas, ora apresentado, possibilita uma abertura e adequação às estratégias curriculares, isto é, possibilita o trabalho dos temas transversais estabelecidos na BNCC. Exemplo disso são os projetos assegurados no subitem 7, do PPP da escola Sebastiana Silveira Pinto, visto no Quadro 3.

A palavra “saúde” aparece oito vezes no PPP da escola Professora Josiany França e vinte e uma vezes no PPP da escola Sebastiana Silveira Pinto, embora sem qualquer relação com a Educação Sanitária. O plano de ação do PPP (2022, p. 55) da escola Professora Josiany França, traz, no item *Itinerário 7 - Ponto de Melhoria 2*, como detalhamento da atividade do plano de ação “Estabelecer parcerias entre Escola - Instituições (saúde, centro de formação, secretarias, famílias ...)”. No caso específico, a parceria da escola com a saúde visa tratar agressores e vítimas de agressão.

Os PPPs das escolas têm sua fundamentação metodológica e normativa pautada na LDB e na BNCC, como já mencionamos. Todavia, esses documentos encontram-se abertos à reestruturação curricular pautada na realidade da escola.

Os Regimentos escolares das duas escolas, assim como os PPPs, possuem muitas similaridades, tanto em sua estrutura organizacional quanto em seus conteúdos.

Tanto o Regimento da escola Professora Josiany França quanto o da escola Sebastiana Silveira Pinto possuem, em sua redação, a palavra “saúde” mencionada dez vezes, sempre relacionada à saúde física e emocional dos escolares, mas em nenhuma vez relacionada ao termo Educação Sanitária. O artigo 125 do Regimento da escola Professora Josiany França e o artigo 129 do Regimento da escola Sebastiana Silveira Pinto - este último transcrito a seguir - tratam da organização curricular da educação básica:

Art.129 Na organização curricular da educação básica, deve ser observado o conjunto de competências e habilidades estabelecidas no currículo referência de Minas Gerais, nas diretrizes curriculares municipais, a serem desenvolvidas e trabalhadas, obrigatoriamente, por todas as unidades escolares da rede municipal de ensino.

Parágrafo único. Na perspectiva da formação integral dos estudantes para o desenvolvimento da cidadania, deverão ser incluídos, permeando todo o currículo, os Temas Integradores. (Regimento da Escola Sebastiana Silveira Pinto, 2023, p. 55)

Nos artigos 125 e 129 dos respectivos Regimentos é possível verificar que os documentos possibilitam a abertura dos temas integradores ao currículo, enfatizando que eles estão ancorados na BNCC.

Os Planejamentos curriculares das duas escolas pesquisadas aproximam-se bastante: Eles encontram-se descritos e pautados conforme a BNCC, obedecendo a codificação padrão que combina letras e números, usados para identificar as habilidades específicas relacionadas ao currículo escolar de cada disciplina.

Os Conteúdos curriculares analisados foram das disciplinas de Artes, Ciências, Geografia, História, Língua Portuguesa, Literatura e Matemática, todas referentes aos anos iniciais do Ensino Fundamental, conforme proposta da pesquisa.

Na escola Professora Josiany França, conteúdos relacionados à Educação e saúde foram encontrados apenas nas disciplinas de Ciências dos 1º, 3º e 5º anos do Ensino Fundamental, e na disciplina de Matemática, do 5º ano. Nas demais disciplinas não foram encontrados temas ou assuntos relacionados à Educação em Saúde ou à Educação Sanitária.

Na disciplina de Ciências, no 1º ano, o conteúdo liga-se à higiene pessoal, ao *Aedes Aegypti*¹ e ao COVID-19; o conteúdo do 3º ano aborda saúde auditiva, enquanto o conteúdo do 5º ano refere-se ao uso consciente da água, aos cuidados com a saúde individual e coletiva, ao consumo consciente, a reciclagem de resíduos e ao impacto da geração de resíduos na saúde humana, além de abordar a reprodução humana.

Na disciplina de Matemática, do 5º ano, o conteúdo de Probabilidade e Estatística propõe interpretar dados estatísticos apresentados em textos, tabelas e gráficos, referentes a outras áreas do conhecimento ou a outros contextos, como saúde e trânsito, ou seja, uma proposta interdisciplinar. O quadro a seguir possibilita uma melhor visualização dessas informações:

Quadro 4 - Planejamento anual dos anos iniciais do Ensino Fundamental

ESCOLA MUNICIPAL PROFESSORA JOSIANY FRANÇA					
Disciplina	1º. Ano	2º. Ano	3º. Ano	4º. Ano	5º. Ano
Artes	x	x	x	x	x
Ciências	Higiene pessoal, <i>Aedes Aegypti</i> e COVID-19		Saúde Auditiva		Uso da água, consumo consciente, reciclagem de resíduos e reprodução humana.

¹ O mosquito é transmissor de vírus causadores de doenças que são chamadas de arboviroses. Dentre as doenças mais comuns que estão neste grupo, destacam-se: Dengue, Zika e Chikungunya.

Geografia	x	x	x	x	x
História	x	x	x	x	x
Língua Portuguesa	x	x	x	x	x
Literatura	x	x	x	x	x
Matemática	x	x	x	x	Probabilidade e Estatística, interdisciplinar (saúde e trânsito)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, a partir dos Conteúdos curriculares da escola. (x – não contemplado)

Embora a escola Prof.^a Josiany França aborde, em seu planejamento curricular, temas ou assuntos ligados à Educação e Saúde, nenhum está diretamente relacionado à Educação Sanitária.

Na escola Sebastiana Silveira Pinto, conteúdos relacionados à Educação e saúde e Educação Sanitária foram encontrados nas disciplinas de Ciências dos 2º e 3º anos; Geografia, dos 1º, 2º, 3º, 4º e 5º anos; e Matemática, do 5º ano. Nas demais disciplinas não foram encontrados temas ou assuntos que abordem à Educação em Saúde ou Educação Sanitária. Esta foi a única escola em cujo planejamento o assunto de Educação Sanitária foi encontrado.

Na disciplina de Ciências, no 2º ano, o conteúdo está relacionado à Educação Sanitária, “(EF02CI03) Discutir os cuidados necessários à prevenção de acidentes domésticos objetos cortantes e inflamáveis, eletricidade, produtos de limpeza, medicamentos, etc.”, conforme Conteúdo curricular da escola Sebastiana Silveira Pinto (2022). No 3º ano, o conteúdo se relaciona à Saúde Auditiva.

Na disciplina de Geografia, do 1º ao 5º anos, no Planejamento Anual, dentro da Unidade Temática, Mudanças Climáticas, foi possível verificar, em todos os anos, as sugestões temáticas de: “garimpo ilegal e os povos Yanomami; mudanças climáticas: o que podemos fazer?; os impactos das mudanças climáticas na saúde e alimentação; povos tradicionais e biodiversidade no Brasil” de acordo com Conteúdo curricular da escola Sebastiana Silveira Pinto (2022).

Na disciplina de Matemática, do 5º ano, o conteúdo de Probabilidade e Estatística propõe interpretar dados estatísticos, apresentados em textos, tabelas e gráficos, referentes a outras áreas do conhecimento ou a outros contextos, como saúde e trânsito, ou seja, uma proposta interdisciplinar. No quadro a seguir, esses dados podem ser visualizados:

Quadro 5 - Planejamento anual dos anos iniciais do Ensino Fundamental

ESCOLA MUNICIPAL SEBASTIANA SILVEIRA PINTO					
DISCIPLINAS	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO
Artes	x	x	x	x	x
Ciências		Educação Sanitária	Saúde Auditiva	x	x

		(Prevenção de acidentes domésticos com produtos de limpeza e medicamentos)			
Geografia	Mudanças Climáticas: impactos na saúde	Mudanças Climáticas: impactos na saúde	Mudanças Climáticas: impactos na saúde	Mudanças Climáticas: impactos na saúde	Mudanças Climáticas: impactos na saúde
História	x	x	x	x	x
Língua Portuguesa	x	x	x	x	x
Literatura	x	x	x	x	x
Matemática	x	x	x	x	Probabilidade e Estatística, interdisciplinar (saúde e trânsito)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, a partir dos conteúdos curriculares da escola. (X não contemplado)

A partir da análise das informações apresentadas por meio do Quadro 5, foi possível verificar uma abrangência maior em assuntos relacionados à Educação em Saúde na escola Sebastiana Silveira Pinto, com destaque para o tópico de Educação Sanitária, o que se acredita ser fruto da semente plantada pelo projeto Educavisia.

Diante dos resultados da pesquisa, foi possível verificar que tanto os PPPs quanto os regimentos das escolas apresentam bons fundamentos, mas necessitam de aperfeiçoamentos, no que se refere à análise situacional, estabelecimento de metas e estratégias concretas. Com uma reformulação colaborativa e uma visão crítica, a escola pode fortalecer seu PPP e o seu Regimento, garantindo uma educação de qualidade e integral aos estudantes e a comunidade.

Os citados documentos precisam passar por uma revisão e atualização constante, o que deve ser feito de forma participativa, envolvendo toda a equipe pedagógica, pais, alunos e comunidade. É relevante ouvir as diferentes vozes vinculadas no processo educativo para construir um PPP e um regimento mais inclusivo e alinhados com as reais necessidades da comunidade.

Em relação aos planejamentos curriculares verifica-se que os temas ou assuntos de Educação em Saúde ou Educação Sanitária são tratados de forma incipiente, revelando que a participação no Projeto Educavisia pelas duas escolas pesquisadas teve pouca aceitabilidade e/ou nenhuma continuidade por parte dos professores e da gestão em políticas públicas.

Lembramos que o aperfeiçoamento nos Planejamentos curriculares é de extrema importância dentro do cenário de políticas públicas em educação, uma vez que esses planejamentos podem contribuir para o desenvolvimento cognitivo e social dos escolares,

devendo ser constantemente atualizados, para atender às demandas de uma sociedade em contínuo processo de transformação. Nos Planejamentos curriculares analisados, a implantação e ampliação do conteúdo de Educação Sanitária nos anos iniciais do Ensino Fundamental deve aparecer como uma abordagem educativa estratégica e essencial.

A pesquisa documental efetuada nas instituições escolares citadas revelou a pouca abrangência do conteúdo de Educação Sanitária nos Planejamentos curriculares dos anos iniciais do Ensino Fundamental. Tendo em vista os resultados da pesquisa e a constatação das dificuldades de implantação do ensino de Educação Sanitária nas escolas, propusemos o desenvolvimento de um Produto Educacional que possibilitará aos docentes conhecimento e aprimoramento sobre Educação Sanitária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Sanitária é um componente fundamental no desenvolvimento educativo, pois estimula os alunos na obtenção de conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem atores ativos na promoção da saúde individual e coletiva. Ao descuidar dessa condição no Currículo dos anos iniciais, a instituição escolar falha em sua missão de constituir cidadãos conscientes, responsáveis e aptos a colaborar para a edificação de uma sociedade salutar e sustentável.

Com base na pesquisa documental realizada, foi possível constatar que existem grandes lacunas nos planejamentos curriculares do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental, bem como nos PPPs e nos Regimentos das escolas pesquisadas. A escassez de conteúdos referentes à Educação Sanitária nos anos iniciais do Ensino Fundamental indica uma preocupante deficiência no enfoque dos temas relacionados à saúde e ao bem-estar dos escolares nesse nível de ensino.

Os resultados deste estudo evidenciam a significância de integrar a Educação Sanitária ao Planejamento curricular, ao PPP e ao Regimento escolar, atestando, assim, que os temas relacionados à saúde, prevenção de doenças e promoção do bem-estar sejam abordados de forma interdisciplinar nos conteúdos curriculares. Eles assinalam a necessidade imediata e premente de rever e atualizar os currículos escolares, PPPs e regimentos das escolas pesquisadas, para incorporar adequadamente a Educação Sanitária ao processo pedagógico dos anos iniciais do Ensino Fundamental de forma mais abrangente e efetiva.

O estudo possibilitou, também, visualizar a relevância incontestável da urgência na ampliação de políticas públicas de formação continuada de professores no ambiente escolar. A insuficiência de tais políticas apresenta um desafio imenso, pois impacta diretamente na

qualidade da educação ofertada. A crítica central incide sobre a falta de recursos e oportunidades para contínua inovação dos educadores, envolvendo sua aptidão de tratar as instituições educacionais, que estão em constante processo de transformação. É imperativo entender que investir na formação continuada de professores é investir na qualidade da educação e no desenvolvimento social de forma globalizada.

Torna-se imprescindível capacitar o corpo docente como facilitador desse processo de aprendizagem em Educação Sanitária, pois, somente assim, os professores terão condições de provocar o desejo e a consciência dos alunos para a relevância de zelar pela própria saúde e pela saúde do espaço que habitam.

Em termos de metodologia, a Educação Sanitária deve ser introduzida no currículo de forma interdisciplinar, por meio de atividades práticas, mesas redondas, debates em sala de aula e planos de pesquisa. A participação entre docentes de diferentes disciplinas pode engrandecer o procedimento pedagógico, permitindo que os escolares percebam as relações entre saúde, Ciências Naturais, Matemática e outras áreas do saber.

A pesquisa evidenciou ainda a necessidade de ampliação das políticas públicas de educação e saúde, por meio de parcerias entre profissionais dessas áreas de conhecimento, o que possibilitaria uma maior atuação dos técnicos e/ou fiscais de Vigilância Sanitária nos ambientes escolares. Outro fator preocupante é a falta de investimentos e planejamentos adequados nessas áreas, o que implica, conseqüentemente, no desenvolvimento deficitário dos escolares. Logo, urge a necessidade de ações efetivas por parte do poder público, aspirando garantir um ambiente educacional que não apenas transmita conteúdos escolares, mas sobretudo possibilite a formação de indivíduos reflexivos, bem como a edificação de uma sociedade mais saudável e equitativa.

Enfim, a inserção da Educação Sanitária nos anos iniciais do Ensino Fundamental evidencia uma chance ímpar para constituir cidadãos críticos e proativos no que se refere a própria saúde. Tal inserção não apenas proporciona práticas saudáveis desde as séries iniciais, mas também colabora para a edificação de uma sociedade mais consciente e empenhada na promoção do bem-estar coletivo. Desse modo, aperfeiçoar os planejamentos curriculares a partir desse entendimento caracteriza-se como um movimento na edificação de um horizonte social saudável e resiliente.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **Conversas com quem Gosta de Ensinar**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1980.

ALVES, Rubem. **Alegria de Ensinar**. São Paulo: Papirus, 2000.

ANDRÉ, Marli. O que é Um Estudo de Caso Qualitativo em Educação? **Revista da FAEBA Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 22, n. 40, p. 95-103, jul./dez. 2013.

BARBIERI, Aline Fabiane; NOMA, Amélia Kimiko. Políticas Públicas de Educação e Saúde na escola: Apontamentos iniciais sobre o Programa Saúde na Escola (PSE). Universidade Estadual de Maringá. *In: Seminário de Pesquisa do PPE*, de 12 a 14 de junho de 2013.

BARROS, Ricardo Paes de; et al. **A Estabilidade inaceitável: Desigualdade e pobreza no Brasil**. Instituto de Pesquisa econômica Aplicada (IPEA). Rio de Janeiro, 2001. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2003/1/TD_0800.pdf. Acesso em: 25 jul. 2023.

BASSO, Lucimara Del Pozzo. **A proposição da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e formação humana: reflexões sobre seus fundamentos**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Rio Claro, 2022. 218 f.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade – Lembranças de Velhos**. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano diretor de vigilância sanitária / Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 1.ed. Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/qualificacao-profissional-em-vigilancia-sanitaria/plano-diretor-de-vigilancia-sanitaria-pdvisa-arquivo-completo.pdf/view>. Acesso em 17 ago. 2023.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Decreto n.º 6.286, de 05 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Lei n.º 1920 de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jul. 1953. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm. Acesso em: 20 mai. 2023.

BRASIL. Lei n.º 8080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Lei n.º 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Lei n.º 9782 de 19 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 jan. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular: educação é a base**. Brasília: 2018. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf. Acesso em: 1º jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Educação em Vigilância Sanitária: textos e contextos: caderno 1**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/educacaoepesquisa/educanvisa/arquivos/3092json-file-1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Educação em Vigilância Sanitária: textos e contextos: caderno 2**. Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_vigilancia_sanitaria_caderno2.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia Didático. Vigilância Sanitária: alimentos, medicamentos, produtos e serviços de Interesse à Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/educacao-em-vigilancia-sanitaria-para-a-sociedade/vigilancia-sanitaria-guia-didatico.pdf/view>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE [recurso eletrônico]**. Brasília, 2022.

BRASIL. Portaria n.º 331, de 5 de abril de 2018. Institui o ProBNCC. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, n. 66, p. 10, 06 abr. 2018.

BRASIL. Portaria n.º 967, de 24 de outubro de 2022. Dispõe sobre o projeto de ações educativas em vigilância sanitária – AnvisaEduca, na rede de ensino de educação básica, suas diretrizes, seus objetivos gerais e específicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 out. 2022.

CARVALHO, Rodrigo Badaró; SANTOS, Thaís. O direito à saúde no Brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre universalização da saúde. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA**, 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Relatório Final**. Brasília: Anvisa, 2001.

COSTA, Ediná Alves. (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate [online]**. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 25 jul. 2023.

- EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; MIRANDA, Isaura Cristina Soares de. **Vigilância Sanitária**. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- ESCOLA MUNICIPAL JOSIANY FRANÇA. **Projeto Político Pedagógico 2022**. Uberlândia, 2022.
- FAZENDA, Ivani. (Org). **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.
- FLICK, Uwe. A utilização da literatura na pesquisa qualitativa. *In: Introdução à pesquisa qualitativa*. Trad. Joyce Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2009.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, Paulo. **A educação na cidade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
- GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Cad. Textos do Departamento de Ciências Médicas da Universidade Federal de Ouro Preto**, 2007. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 25 jul. 2023.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIOVANELLA, Lígia.; *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.
- IERVOLINO, Solange Abrocesi. **Escola promotora da saúde: um projeto de qualidade de vida**. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marai de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do Saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- LIBÂNIO, José Carlos. **A aprendizagem escolar e a formação de professores na perspectiva da psicologia histórico-cultural e da teoria da atividade**. Curitiba: Editora UFPR, n. 24, p. 113-147, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2211> > Acesso: 08/08/2023.
- LOMÔNACO, Aparecida de Fátima Soane. Concepções de saúde e cotidiano escolar - o viés do saber e da prática. *In: ANPED - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Rio de Janeiro*, GT: Educação Popular n.º 06, p. 2, 2004. Disponível em:

<https://anped.org.br/biblioteca/item/concepcoes-de-saude-e-cotidiano-escolar-o-vies-do-saber-e-da-pratica>. Acesso em: 10 jun. 2022.

LUCCHESI, Geraldo. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001, 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. A revisão de literatura como parte integrante do processo de formulação do problema. *In*: LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 1999. p. 80-107.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 6. ed. Campinas: Papirus Editora, 2000.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos [online]**, 2014, vol. 21, n.1, p. 15-35.

PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. Educação e Saúde – Uma aproximação oportuna e necessária para a promoção da saúde. *In*: **Educação em Vigilância Sanitária: textos e contextos: caderno 1**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. p. 41. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/educacaoepesquisa/educanvisa/arquivos/3092json-file-1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

PIOVESAN, Márcia Franke. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002.

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA. **Secretaria de Educação**. 2023. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/educacao/cemepe/>. Acesso em: 22 jul. 2023.

QUINTANA, Mário. **Esconderijos do tempo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2013.

RABELO, Claudia Passos Guimarães; HEXSEL, Rosaura Maria da Costa. Novos rumos para a educação em vigilância sanitária Brasil. *In*: Ministério da Saúde. **Educação em Vigilância Sanitária: textos e contextos: caderno 2** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2021.

RONCA, Paulo Afonso Caruso. **A aula operatória e a construção do conhecimento**. São Paulo: Displan, 1989.

ROZENFELD, Suely. (Org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 25 jul. 2023.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2002.

SAVIANI, Demerval. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo: Cortez, 1980.

SILVA, Renan Antônio. A criação do Ministério da Educação e Saúde pública no Brasil. **Trilhas Pedagógicas**, v. 7, n. 7, ago. 2017, p. 291-304.

SOARES, Magda. **Metamemória-memórias**: travessia de uma educadora. São Paulo: Cortez, 2001.

SOUZA, Jessé. **A elite do atraso**: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leva, 2017.

UBERLÂNDIA. **Decreto n.º 5338, de 15 de outubro de 1992**. Dispõe sobre o regimento interno da prefeitura municipal de Uberlândia e dá outras providências. Uberlândia: Câmara Municipal, 2015. Disponível em: [https://leismunicipais.com.br/pdf/Decreto-5338-1992-Uberlandia-MG-consolidada-\[06-01-2005\].PDF](https://leismunicipais.com.br/pdf/Decreto-5338-1992-Uberlandia-MG-consolidada-[06-01-2005].PDF). Acesso em: 10 jul. 2023.

UBERLÂNDIA. **Lei n.º 12.209, de 26 de junho de 2015**. Aprova o plano municipal de educação para o decênio 2015/2025 e dá outras providências. Uberlândia: Câmara Municipal, [2015]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2015/1221/12209/lei-ordinaria-n-12209-2015-aprova-o-plano-municipal-de-educacao-para-o-decenio-2015-2025-e-da-outras-providencias#>. Acesso em: 10 jul. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Introdução à vigilância sanitária**. s/d.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. 2012, 179 f. Dissertação (Mestrado em História e Cultura Social) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

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