UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CARLOS HENRIQUE DE FREITAS LIMA

A PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLAS ESTADUAIS
DE MINAS GERAIS: AVANÇOS E DESAFIOS

RIBEIRÃO PRETO

2019

CARLOS HENRIQUE DE FREITAS LIMA

A PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLAS ESTADUAIS DE MINAS
GERAIS: AVANÇOS E DESAFIOS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e
Formação de Recursos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marlene Fagundes
Carvalho Gonçalves

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

LIMA, Carlos Henrique de Freitas.

A prática de promoção da saúde em escolas estaduais de Minas Gerais: avanços e desafios. Carlos Henrique de Freitas Lima; orientadora Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves, 2019.

218f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2019.

1. Promoção da Saúde. 2. Saúde Escolar. 3. Educação Básica. 4. Abordagem Histórico-Cultural.

LIMA, Carlos Henrique de Freitas

A prática de promoção da saúde em escolas estaduais de Minas Gerais: avanços e desafios

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Este trabalho é dedicado

a minha amada esposa, Fernanda, pelo companheirismo, incentivo, paciência e amor compartilhado durante todo este percurso; por ser meu alicerce durante os momentos mais árduos. Aos meus pais e a minha irmã, pessoas a quem devo minha eterna gratidão pela maneira afetiva como se fazem presentes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em quem sempre busquei forças para seguir adiante nos momentos mais tortuosos e a Nossa Senhora de Aparecida, a quem só tenho a louvar pelas bênçãos concedidas em minha vida.

À minha orientadora, Professora Dr.^a. Marlene Fagundes, pela maneira serena e extremamente competente com que conduziu meus passos durante esse processo e pelas valiosas contribuições na construção dessa tese e na minha formação acadêmica.

Às Professoras Doutoras Marta Iossi, Luciane Andrade e Neire Machado, pelos apontamentos durante o exame de qualificação e durante a construção dos dados que se constituíram de fundamental importância para o trabalho.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas da Promoção da Saúde na Educação Básica e aos colegas do Grupo de Estudos das Obras de Vigotski pelas interações estabelecidas neste período.

À Superintendência Regional de Ensino de Passos/MG pela autorização para o desenvolvimento deste estudo.

Às escolas estaduais que participaram, pela receptividade demonstrada e pelo engajamento no presente estudo.

Aos entrevistados pela disposição e gentileza com que me receberam e pela riqueza de experiências compartilhadas.

À Prefeitura Municipal de São José da Barra pela experiência profissional adquirida durante os anos em que estive por lá.

Muito obrigado a todos!

“A saúde antes de ser uma questão médica, deve ser tratada como uma questão pedagógica.” (Prof. Jorge Olímpio Bento – Univ. Porto In: NAHAS, 2006, p. 171)

“Tomei-me em mãos, curei a mim próprio: a condição para isso – todo fisiológico admitirá – é ser sadio no fundamento. Um ser tipicamente mórbido não pode sarar, e menos ainda curar-se a si mesmo; para alguém tipicamente sadio, ao inverso, o estar-doente pode ser até um energético estimulante à vida, à mais vida. Assim, de fato, me aparece agora aquele longo tempo de doença: descobri a vida como que de novo, inclusive a mim próprio, saboreei todas as boas e mesmo as pequenas coisas, como não seria fácil a outros saboreá-las – fiz de minha vontade de saúde, de vida, minha filosofia.” (NIETZSCHE, 1983, p.370)

RESUMO

LIMA, C. H. F. **A prática de promoção da saúde em escolas estaduais de Minas Gerais: avanços e desafios**. 2019. 218f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A escola é reconhecida como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dada sua abrangência e função social ligada ao conhecimento de forma sistematizada e reflexiva. Objetivou-se, neste estudo, analisar ações e percepções sobre Promoção da Saúde, no âmbito escolar, em uma Superintendência Regional de Ensino do Estado de Minas Gerais, por meio do mapeamento das escolas que apresentavam ações de promoção da saúde, para identificar quais eram desenvolvidas e analisar a percepção dos gestores de escolas sobre tais ações. Para tanto, caracterizou-se um estudo qualitativo fundamentado na abordagem histórico-cultural estruturado em duas etapas. Na primeira, participaram quarenta e uma escolas que responderam a um questionário do tipo *survey* via *e-mail* institucional. Isso permitiu analisar aspectos relacionados à saúde na escola, bem como a aproximação ou o distanciamento das instituições participantes em relação à perspectiva das Escolas Promotoras da Saúde (EPS). A partir das respostas obtidas, foram selecionadas seis escolas, para a segunda etapa, cujas ações eram condizentes com as propostas da EPS e outras três escolas que se distanciaram de tal perspectiva. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas de forma individual, com os seis gestores das escolas selecionadas. Na análise dos dados, foram constituídos seis temas: o conceito de saúde e promoção na percepção dos educadores; a intencionalidade nas práticas educativas de saúde na escola; a condicionalidade de boa saúde para êxito da função da escola; as aproximações e distanciamentos entre o setor saúde e a escola; o público-alvo das ações de saúde e a operacionalização das ações de saúde. Os resultados indicaram que uma parcela significativa dos gestores desconhecia iniciativas governamentais para a promoção da saúde na escola. A saúde é compreendida a partir da tríade corpo, mente e ambiente, pautada na concepção apresentada pela Organização Mundial de Saúde, que indica uma superação da percepção de saúde como ausência de doença. Porém, muitas unidades escolares ainda centram suas ações pautadas em uma visão higienista e com foco nas mudanças individuais. A pesquisa revelou fragilidades na operacionalização das ações de saúde no contexto escolar como dificuldades em lidar com o tema de forma transversal, maior protagonismo dos profissionais da saúde na execução das ações, reconhecimento da família como maior obstáculo para melhoria no desenvolvimento das ações de saúde junto à comunidade escolar. A importância do desenvolvimento da promoção da saúde, na escola, é reconhecida pela capacidade dessa instituição em multiplicar informações sobre saúde junto à comunidade, preparar os sujeitos para tomada de decisões favoráveis à saúde e pela facilidade da escola em dialogar com a comunidade. Diante de tais constatações, faz-se imprescindível a reflexão da escola sobre os diferentes significados, atribuídos em seu contexto, à saúde, bem como sua construção histórica, para que práticas arraigadas de ensino sejam revistas e ressignificadas a fim de oferecer novos sentidos para alunos e comunidade e contribuir para a melhoria da condição de saúde dos sujeitos e de seu entorno.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde escolar. Educação Básica. Abordagem Histórico-Cultural.

ABSTRACT

LIMA, C. H. F. **The practice of health promotion in state schools in Minas Gerais: advances and challenges.** 2019. 218 pages. Doctoral Dissertation – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2019.

The school is recognized as a privileged place for the development of actions to promote health given its breadth and social function linked to knowledge in a systematic and reflective way. The objective of this study was to analyze actions and perceptions about Health Promotion in the school context in a Regional Superintendence of Education of the State of Minas Gerais, mapping the schools that present actions of health promotion, identifying the actions developed and analyzing the perception of the managers of such actions. For that, it was characterized with a qualitative study based on the historical-cultural approach, structured in two stages. The first one was attended by forty-one schools that answered a questionnaire of the type survey through institutional email and allowed to analyze aspects related to health in the school, as well as the approach or distance of the participating schools in relation to the perspective of the Health Promoting Schools (EPS). From the answers obtained, six schools were selected for the second stage, three of them with actions more in line with the proposals of the EPS and three schools that distanced themselves from this perspective. Semi-structured interviews were conducted individually, with the six managers of the selected schools. In the analysis of the data were constituted six themes: the concept of health and promotion in the perception of educators; intentionality in school health practices; good health conditionality for successful school function; the approximations and distances between the health sector and the school; the target audience for health actions; and the operationalization of health actions. The results indicated that a significant number of managers are unaware of government initiatives to promote health at school. Health is understood from the triad body, mind and environment, approaching the conception presented by the World Health Organization and indicating a surpassing of the perceived health while absence of disease, but that its actions are centered mainly from a hygienist vision and focusing on individual changes. There are weaknesses in the operationalization of health actions in the school context such as difficulties in dealing with health in a transversal way, a greater role of health professionals in the implementation of actions, recognition of the family as a major obstacle to a better development of health actions. with the school community. They also recognize the importance of the development of health promotion in schools for their ability to multiply health related information in the community, prepare the subjects for health-friendly decision making and the capacity of the institution to dialogue with the community. Faced with these findings, it is important to reflect the school about the different meanings attributed to health in the school context and its historical construction, so that ingrained teaching practices are reviewed and that re-significances can give new meanings to the students and community, in a way to contribute to the improvement of the health condition of the subjects and their surroundings. Keywords: Health Promotion. School Health. Primary and Secondary Education. Historical-Cultural Approach.

RESUMEN

LIMA, C. H. F. **La práctica de promoción de la salud en escuelas estatales de Minas Gerais: avances y desafíos**. 2019. 218 paginas. Tesis Doctoral – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2019.

La escuela es reconocida como un espacio privilegiado para el desarrollo de acciones de promoción de la salud dada su alcance y función social ligada al conocimiento de forma sistematizada y reflexiva. Se objetivó en el presente estudio, analizar acciones y percepciones sobre Promoción de la Salud en el ámbito escolar en una Superintendencia Regional de Enseñanza del Estado de Minas Gerais, mapeando las escuelas que presentan acciones de promoción de la salud, identificando las acciones desarrolladas y analizando la percepción de los gestores de escuelas sobre tales acciones. Para ello, se caracterizó con un estudio cualitativo fundamentado en el abordaje histórico-cultural, estructurado en dos etapas. En la primera participaron cuarenta y una escuelas que respondieron a un cuestionario del tipo survey vía e-mail institucional y permitió analizar aspectos relacionados a la salud en la escuela, así como la aproximación o distanciamiento de las escuelas participantes en relación a la perspectiva de las Escuelas Promotoras de la Salud (EPS). A partir de las respuestas obtenidas se seleccionaron seis escuelas para la segunda etapa, siendo tres con acciones más concordantes con las propuestas de la EPS y tres escuelas que más se alejaron de tal perspectiva. Se realizaron entrevistas semiestructuradas de forma individual, con los seis gestores de las escuelas seleccionadas. En el análisis de los datos se constituyeron seis temas: el concepto de salud y promoción en la percepción de los educadores; la intencionalidad en las prácticas educativas de salud en la escuela; la condicionalidad de buena salud para el éxito de la función de la escuela; las aproximaciones y distanciamientos entre el sector salud y la escuela; el público objetivo de las acciones de salud; y la operacionalización de las acciones de salud. Los resultados indicaron que una parte significativa de los gestores desconocen iniciativas gubernamentales para la promoción de la salud en la escuela. La salud es comprendida a partir de la tríada cuerpo, mente y ambiente, aproximándose a la concepción presentada por la Organización Mundial de la Salud e indicando una superación de la salud percibida en ausencia de enfermedad, pero que aún se centra sus acciones prioritariamente a partir de una visión higienista y con foco en los cambios individuales. Se revelan fragilidades en la operacionalización de las acciones de salud en el contexto escolar como dificultades en lidiar con la salud de forma transversal, un mayor protagonismo de los profesionales de la salud en la ejecución de las acciones, un reconocimiento de la familia como mayor obstáculo para un mejor desarrollo de las acciones de salud salud a la comunidad escolar. Además reconocen la importancia del desarrollo de la promoción de la salud en la escuela por su capacidad de multiplicar informaciones relacionadas a la salud junto a la comunidad, preparar a los sujetos para la toma de decisiones favorables a la salud y la capacidad de la institución para dialogar con la comunidad. Ante estas constataciones se hace importante la reflexión de la escuela sobre los diferentes significados atribuidos a la salud en el contexto escolar y su construcción histórica, para que las prácticas arraigadas de enseñanza sean revisadas y que las resignaciones puedan dar nuevos sentidos a los alumnos y la comunidad, a contribuir a la mejora de la condición de salud de los sujetos y de su entorno.

Palabras clave: Promoción de la Salud. Salud Escolar. Educacion Primaria.
Abordaje Histórico-Cultural.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EII	Educação Integral e Integrada
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GTI	Grupos de Trabalhos Intersetoriais
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PME	Programa Mais Educação
PNME	Programa Novo Mais Educação
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PS	Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola

QV	Qualidade de Vida
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEE	Secretaria de Estado de Educação
SRE	Superintendência Regional de Ensino
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Esquemático dos Determinantes Sociais da Saúde	43
Figura 2 – Superintendências Regionais de Ensino do Estado de Minas Gerais	71
Figura 3 – Contribuição da rede física para o bem-estar e saúde dos alunos segundo os respondentes	87
Figura 4 – Condições de acessibilidade segundo os respondentes	89
Figura 5 - Conceituação de saúde segundo os respondentes	92
Figura 6 - Conhecimento das escolas estaduais sobre o Programa Saúde na Escola segundo os respondentes	109
Figura 7 - Participação no Programa Saúde na Escola segundo os respondentes	110
Figura 8 - Conhecimento das escolas estaduais em relação ao macrocampo promoção da saúde no Programa Mais Educação segundo os respondentes	111
Figura 9 - Realização de atividades de promoção da saúde através do PME	112
Figura 10 - Ações relacionadas ao “Outubro Rosa e Novembro Azul” desenvolvidas na E36	158
Figura 11 – Exemplo de ações intersetoriais desenvolvidas na E36	159
Figura 12 – Exemplo de temas de saúde desenvolvidos na E36	160

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Seleção das escolas para participação na segunda etapa	74
Quadro 2 - Caracterização das escolas participantes na primeira etapa	85
Quadro 3 - Ações de promoção/educação em saúde desenvolvidas nas escolas	93
Quadro 4 – Frequência dos temas de saúde entre as escolas participantes por número de ocorrências	95
Quadro 5 - Caracterização dos participantes da 2ª etapa	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição das escolas estaduais por município na SRE-Passos MG	72
Tabela 2 Fases da Análise Temática segundo Braun e Clarke (2006)	83

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo geral	33
2.2 Objetivos específicos	33
3 MARCO TEÓRICO	34
3.1 A saúde e a abordagem histórico-cultural	34
3.2 O homem e sua historicidade em relação à saúde.....	38
3.3 O Paradigma da Promoção da Saúde	48
3.4 A Singularidade da saúde no âmbito escolar: da perspectiva sanitaria às Escolas Promotoras da Saúde.....	58
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	69
4.1 Caracterização do estudo	69
4.2 Contexto do estudo	70
4.3 Estruturação da construção dos dados	71
4.4 Participantes	72
4.4.1 Primeira etapa.....	72
4.4.2 Segunda etapa.....	73
4.5 Instrumento de coleta dos dados	75
4.5.1 Primeira etapa.....	75
4.5.2 Segunda Etapa	77
4.6 Procedimentos de Análise dos Dados	79
4.6.1 Primeira etapa.....	79
4.6.2 Segunda etapa.....	80
4.7 Aspectos Éticos	84
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
5.1 Primeira etapa	85
5.2 Segunda etapa	113
5.2.1 O conceito de saúde e promoção na percepção dos educadores.....	114
5.2.2 As práticas educativas de saúde na escola e sua intencionalidade	123
5.2.3 Uma boa saúde: para quê?	129
5.2.4 As aproximações e distanciamentos entre o setor saúde e a escola.....	136

5.2.5 A saúde que acontece na escola: para quem?	140
5.2.6 A operacionalização das ações de saúde no contexto escolar	145
5.2.6.1 Percepção da P22 sobre a operacionalização das ações de saúde.....	146
5.2.6.2 Percepção da P35 sobre a operacionalização das ações de saúde.....	150
5.2.6.3 Percepção da P36 sobre a operacionalização das ações de saúde.....	156
5.2.6.4 Percepção da P20 sobre a operacionalização das ações de saúde.....	162
5.2.6.5 Percepção do P27 sobre a operacionalização das ações de saúde	168
5.2.6.6 Percepção da P38 sobre a operacionalização das ações de saúde.....	174
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
REFERÊNCIAS.....	191
APÊNDICE A - Questionário de caracterização de ações de promoção da saúde na escola.....	210
APÊNDICE B – Roteiro norteador da entrevista em escolas com ações de promoção da saúde.....	214
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	216
ANEXO B 1 – Autorização da Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica.....	217
ANEXO B 2 – Autorização da Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica.....	218

APRESENTAÇÃO

Como aluno, durante minha trajetória escolar na educação básica, nunca fui capaz de atentar-me para as nuances que permeavam as práticas pedagógicas que me foram ofertadas nas escolas pelas quais passei. Se tais práticas atingiam seus objetivos, se eram exitosas, se condiziam com o Projeto Político Pedagógico (PPP) daquelas instituições escolares, para o limitado universo de observação de um aluno elas se resumiam à capacidade do professor em manter a disciplina da turma.

Ao ingressar no curso superior, especificamente no curso de graduação em Educação Física no ano de 2002 e, a partir das discussões e reflexões teóricas que me foram proporcionadas, fui capaz de refletir e clarificar, em minha percepção, o quanto aquelas experiências escolares da educação básica se traduziam prioritariamente em práticas pedagógicas tradicionais, focadas na transmissão dos conteúdos de determinadas disciplinas, na repetição exaustiva de exercícios e centradas na figura autoritária do professor. Naquele contexto, o bom aluno deveria ser capaz de reproduzir o conteúdo ministrado sem levantar críticas a respeito; ele apenas se moldava aos padrões estabelecidos naquele espaço escolar. Contrapondo-se a esse aluno, estava aquele considerado indisciplinado, inquieto, por sempre questionar, recusando-se a aceitar os modelos existentes e padronizados de sua realidade (FREIRE, 2002).

Durante a graduação, dois sentimentos opostos habitavam minhas reflexões. O primeiro deles foi a consternada constatação de que como aluno da educação básica, eu vivenciei uma escola que se aproximaria muito mais de uma perspectiva tradicional de ensino e de domesticação de nós educandos (FOUCAULT, 2009), modelando-nos durante o processo educacional para que, extrapolando os muros da escola, pudéssemos integrar a sociedade e perpetuar um modelo de consciência ingênua e massificada (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016). O segundo deles, contrapunha-se em concepção e essência ao modelo de escola que me era anunciado por meio das reflexões teóricas que permeavam minha formação acadêmica para a docência em Educação Física e, posteriormente, em pedagogia. E foi nesse processo de formação que, a cada disciplina, passei a vislumbrar com euforia, a escola como um espaço que muito se distanciava daquele vivenciado por mim como aluno um espaço, acima de tudo, de possibilidades, que, após a graduação, foi o modelo que norteou minha prática docente.

Lecionando a disciplina de Educação Física durante dez anos na educação básica, busquei desenvolver uma prática pedagógica que se aproximasse daquela que me fora apresentada durante a graduação. Uma prática pedagógica que buscasse a criticidade dos alunos em relação ao contexto social no qual estavam inseridos; uma prática que priorizasse elementos pedagógicos como o diálogo e a participação de todos os envolvidos, uma vez que é por meio desses que o conhecimento é apreendido, o conteúdo ou objeto cognoscível constrói-se e gera novas formas de aprendizagem com base nas experiências vivenciadas pelo sujeito, pois nessa concepção de processos de aprendizagem, todos são sujeitos e as relações entre os indivíduos e sociedade são indissociáveis (GIROUX, 1999; FREIRE, 1993).

Foi ao longo dessa trajetória profissional, no contato diário com centenas de alunos, que, a cada experiência, ficava mais evidente para mim como professor a necessidade de considerar experiências, interesses, desejos, motivações, crenças e valores dos alunos bem como que o espaço escolar, além de sua função pedagógica específica, também possui uma função social e política voltada para a transformação da realidade dos alunos (BRASIL, 2002a). Isso só se concretiza com práticas pedagógicas que lhes permita desenvolver a consciência crítica que, conseqüentemente, torna-os capaz de superar limitações individuais e entender os limites impostos pelo meio em que vivem para, enfim, transformarem a realidade social e suas condições de vida (LOPES; TOCANTINS, 2012).

Partindo do contato diário com centenas de alunos, pude perceber que cada criança reflete as experiências por elas vivenciadas em seu dia a dia e cada uma delas é única em sua forma de existir, de se perceber e de se fazer presente nos contextos que vivencia com seus pares. No ano de 2008, ingressei no programa de Mestrado em Promoção de Saúde, da Universidade de Franca, no qual buscava investigar questões relacionadas à qualidade de vida (QV) infantil e suas dimensões mais relevantes na percepção dos próprios alunos, compreendendo a QV como resultado da percepção do próprio sujeito a partir de suas experiências e referências ao longo de sua existência.

A saúde está intrínseca à própria existência do ser humano, tendo essa um peso considerável na percepção de sua QV, assim como é a escola um dos vários espaços sociais que se constituem como referência para o sujeito, por meio das

significações que são atribuídas às suas experiências. Nesse cenário, intrigou-me o debate sobre saúde no espaço escolar.

Para sanar inquietações, ingressei no Grupo de Estudos e Pesquisas em Promoção da Saúde na Educação Básica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e, em meados de 2014, fui capaz de aprofundar-me em questões teóricas sobre promoção da saúde no espaço escolar. A partir das reflexões e discussões no grupo, vislumbrei como objeto de pesquisa a ser desenvolvido durante o doutoramento no Programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP, uma análise sobre como se desenvolviam as ações de promoção da saúde no Programa Mais Educação (PME), cujo objetivo é ampliar a jornada escolar diária dos educandos com atividades diversificadas (BRASIL, 2010).

No entanto, durante esse período, o PME passou por algumas mudanças significativas em sua estruturação, tornando inviável a manutenção de tal investigação. Nesse sentido, novas aspirações foram se definindo à medida que se avançava no aprofundamento teórico da promoção da saúde no espaço escolar, aliadas às reflexões a partir de minhas experiências como docente. Como consequência, novos questionamentos foram consolidados para nortear o presente estudo conforme será apresentado mais adiante oportunamente.

1 INTRODUÇÃO

Os Parâmetros Curriculares Nacionais – Educação Física (PCN's) (Brasil, 1997)¹ indicam como um dos objetivos do ensino fundamental, que o aluno seja capaz de: conhecer o próprio corpo e dele cuidar; valorizar e adotar hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida; agir com responsabilidade em relação à sua saúde e a saúde coletiva; conhecer, organizar e interferir no espaço de forma autônoma; reivindicar locais adequados para a promoção de atividades corporais e de lazer, reconhecendo-as como uma necessidade do ser humano e um direito do cidadão, em busca de uma melhor qualidade de vida.

Nesse cenário, surgiu o questionamento sobre quais práticas pedagógicas eram vivenciadas pelos alunos no espaço escolar que poderiam, de fato, contribuir para a consecução de tais objetivos, além de desconstruírem as bases de um conhecimento autoritário, normativo e hegemônico, que fossem potencialmente capazes de orientar o processo educativo pautadas em uma perspectiva libertadora, reflexiva, criativa e transformadora, e que servissem, ainda, de referência para a constituição de sujeitos sociais protagonistas de suas condições de vida e saúde (BRASIL, 2007a).

Compreendida a saúde em sua forma mais ampliada, algumas iniciativas poderiam contribuir e criar condições para que esse tema pudesse ser democratizado em diferentes situações e experiências no contexto escolar, como por meio do PME, por exemplo.

O Programa Mais Educação foi instituído pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e pelo Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010 e integra as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), como uma estratégia do Governo Federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral (BRASIL, 2014a). Configurava-se, então, em uma estratégia que promovia a ampliação de tempos, espaços, oportunidades educativas e o compartilhamento da tarefa de educar entre os profissionais da educação e de

¹ Optou-se no presente trabalho por utilizar como referência textual, os PCN's para orientar as discussões atinentes às questões curriculares. Todavia, vale destacar que durante a elaboração final desse trabalho, encontrava-se em fase de implantação, no Brasil, a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) para a Educação Básica (Resolução CNP/CP nº2 de 22 de dezembro de 2017).

outras áreas, as famílias e diferentes atores sociais, sob a coordenação da escola e dos professores (BRASIL, 2014a).

Uma vez que a unidade escolar atendesse aos critérios estabelecidos de adesão ao Programa, a mesma deveria optar por quatro atividades distribuídas entre os sete macrocampos possíveis, conforme exposto a seguir, para serem desenvolvidas junto aos alunos em uma jornada diária de sete horas:

- Acompanhamento Pedagógico.
- Comunicação, uso de mídias e cultura digital e tecnológica.
- Cultura, Artes e Educação Patrimonial.
- Educação Ambiental, Desenvolvimento sustentável e economia solidária.
- Esporte e Lazer.
- Educação em Direito Humanos.
- Promoção da Saúde.

Cada um dos macrocampos citados apresentava uma ementa e um caderno de orientação, a fim de nortear o planejamento e a proposta pedagógica das ações e das atividades a serem desenvolvidas. Especificamente em relação à ementa do macrocampo Promoção de Saúde, a mesma buscava:

Apoio à formação integral dos estudantes com ações de prevenção e atenção à saúde, por meio de atividades educativas que poderão ser incluídas no projeto político pedagógico (projetos interdisciplinares, teatro, oficinas, palestras, debates e feiras) em temas da área da saúde como saúde bucal, alimentação saudável, cuidado visual, práticas corporais, educação para saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de drogas (álcool, tabaco e outras), saúde mental e prevenção à violência. Desse modo, possibilitar o desenvolvimento de uma cultura de prevenção e promoção à saúde no espaço escolar, a fim de prevenir os agravos à saúde e vulnerabilidades, com objetivo de garantir a qualidade de vida, além de fortalecer a relação entre as redes públicas de educação e saúde (BRASIL, 2014a, p. 16).

É possível, portanto, vislumbrar a importância que a temática saúde assumiu ao longo das décadas nas discussões em relação à jornada escolar ampliada, sendo, na atualidade, reconhecida a estreita relação entre o campo da saúde e da educação capazes de intervir e modificar positivamente as condições de vida da população.

No entanto, conforme já mencionado anteriormente, a análise das ações desenvolvidas especificamente no campo “promoção da saúde” por meio do “Programa Mais Educação”, não se efetivou, uma vez que, durante o ano de 2016,

em decorrência de uma reviravolta no cenário político brasileiro e com novas lideranças à frente das decisões pertinentes às políticas públicas, o Programa foi revisto e pela Portaria 1.144/16 foi instituído o “Programa Novo Mais Educação” (PNME) que, visando melhorar a aprendizagem em língua portuguesa e matemática no ensino fundamental (BRASIL, 2016b), priorizou essas duas áreas em detrimento de outras possibilidades vislumbradas no formato anterior do PME. O macrocampo “Promoção da Saúde” foi excluído dessa nova configuração do PNME o que inviabilizou a ideia inicial de pesquisa.

Especificamente no Estado de Minas Gerais, houve um movimento por parte do Governo Estadual que buscou contribuir com a proposta de educação em período integral nas escolas estaduais com propositivas da esfera estadual (MINAS GERAIS, 2018). Conforme nos aponta Parente (2016), sistematizam-se três modelos de educação em tempo integral que se relacionam com o PME: a educação em tempo integral centrada no programa de iniciativa da esfera federal; a educação em tempo integral organizada por meio de política específica com a colaboração do PME; e, por fim, a educação em tempo integral organizada por meio da oferta de diferentes ações de ampliação da jornada escolar, incluindo o PME.

Nesse sentido, o Estado de Minas Gerais buscou manter propostas de macrocampos semelhantes aos inicialmente propostos no PME complementando a jornada em período integral por meio da Educação Integral e Integrada (EII) que, além da ampliação da jornada escolar, busca integrar a formação básica e outros conteúdos e experiências. A ideia é buscar garantir a melhoria das aprendizagens nas áreas do conhecimento, construção e ocupação da cidade como território educativo e possibilitar o exercício da cidadania e da intervenção social na comunidade, sendo o macrocampo da Promoção da Saúde uma das possibilidades mantidas (MINAS GERAIS, 2018).

De fato, o Ministério da Saúde reconhece a escola como um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de educação e saúde ao afirmar que o setor educacional, por meio de seu alcance e abrangência, junto à população é uma peça fundamental para a concretização de ações de promoção da saúde que tenham como foco o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e ao coletivo de maneira a contribuir para a criação de ambientes saudáveis e de uma nova cultura de saúde (BRASIL, 2002a).

Mesmo que alguns obstáculos ainda se interponham na consecução de tais ações, em determinados tempos e contextos, como as diferentes prioridades entre os setores saúde e educação (LEGER; YOUNG; BLANCHARD, 2012) – o que facilmente se constata, por exemplo, nas áreas que se mantiveram após a reformulação do PNME – o Brasil tem avançado nesse aspecto, uma vez que ações, que buscam a articulação entre saúde e educação, têm sido o cerne de alguns programas criados nos últimos anos como é o caso do “Programa Saúde na Escola” (PSE), instituído em 2007. Este se constitui em uma estratégia que busca a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde, contando com a participação e envolvimento da comunidade escolar, do setor de saúde por meio das equipes de saúde da família e da educação básica (BRASIL, 2007b).

A partir desse percurso, dos percalços ao longo dessa trajetória e da constatação de que existem programas, nas várias instâncias governamentais, que trazem a possibilidade de se trabalhar com a saúde no ambiente escolar, novos questionamentos foram levantados, novas possibilidades foram vislumbradas e definiu-se como tema para esta pesquisa de doutorado: o desenvolvimento de ações de saúde no ambiente escolar, a percepção dos responsáveis e a aproximação com a perspectiva da promoção da saúde.

A fim de realizar uma aproximação com as recentes publicações atinentes ao tema, foi realizado levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - IBECs, LILACS e SCIELO. As buscas foram realizadas por meio dos descritores “saúde escolar”, “promoção da saúde” e “educação básica”, uma vez que tais termos constam entre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS e suas respectivas descrições encontram equivalência semântica com os assumidos no presente estudo.

Foram realizadas buscas mediante combinações dos três descritores em tentativas variadas. Limitou-se a seleção aos artigos publicados em português nos últimos cinco anos (2014 a 2018) e àqueles que apontavam ações de saúde de iniciativa dos docentes e que tratavam das percepções dos mesmos sobre tais ações. A partir daí, foram selecionados cinco artigos, sendo quatro deles na base SCIELO, e um na base IBECs. Outras três publicações já conhecidas do pesquisador foram incorporadas ao presente estudo por evidenciarem relevância no

tema investigado, totalizando oito artigos, cujas ideias principais são apresentadas a seguir.

A concepção de saúde, ao longo do último século, passou por transformações significativas que contemplam e refletem a própria concepção de ser humano e seu papel em determinado contexto de cultura, não devendo essa ser vista como algo estanque e acabado, mas sim como um processo em permanente mudança ao longo da vida do próprio indivíduo, deixando de ser responsabilidade única dos profissionais de saúde e passando a envolver toda a comunidade de forma participativa e responsável (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Luquez e Sabóia (2017), ao reconhecerem a escola como um cenário potencial para reflexão e desenvolvimento de práticas educativas de promoção da saúde, realizaram um estudo de revisão integrativa recorrendo a buscas nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e PUBMED, com o objetivo de conhecer quais abordagens têm orientado tais práticas. Foram selecionados 15 artigos publicados no período de 2005 a 2014.

Uma análise crítica quanto à temática, metodologia e os resultados encontrados entre os quinze artigos, permitiu às autoras elaborar duas categorias explicativas: uma relacionada à formação dos educadores e a repercussão disso na prática de saúde escolar; e outra categoria que tratou das vertentes educacionais presentes nessas práticas. Na primeira categoria, foram evidenciadas questões como o consenso apresentado nos artigos analisados em relação à corresponsabilização de toda comunidade escolar nos diversos ambientes e a necessidade de conhecimento teórico e técnico para o desenvolvimento de ações eficazes (LUQUEZ; SABÓIA, 2017). Ainda que os educadores demonstrem interesse em estimular a adoção de hábitos saudáveis entre seus alunos (SANTOS; BÓGUS, 2007), a inexistência, ou uma insatisfatória e superficial abordagem do tema saúde, durante a formação docente, também foi evidenciada. Isso justifica o fato de boa parte dos participantes da pesquisa não se sentirem aptos para o preparo e desenvolvimento do tema saúde nas aulas (FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005), atribuindo tal responsabilidade aos professores das áreas de ciências, não compreendendo, portanto, a importância do envolvimento de todos no processo (LEONELLO; L'ABBATTE, 2006, SANTOS; BÓGUS, 2007).

Na segunda categoria construída, que trata das vertentes educacionais presentes na prática de saúde escolar, as autoras evidenciam a prevalência de

ações relacionadas à higiene, alimentação e prevenção de doenças, o que evidencia a insistência em uma reprodutibilidade cultural que se pauta no paradigma biomédico de concepção de saúde, centrado na relação de unicausalidade do indivíduo e da doença (LUQUEZ; SABÓIA, 2017).

Marinho, Silva e Ferreira (2015), ao se debruçarem sobre a questão da concepção docente em relação à saúde e à transversalidade do tema na prática docente (a partir de entrevistas semiestruturadas e de relatos de doze professoras dos anos iniciais do ensino fundamental de duas escolas públicas da rede municipal de ensino da cidade de Rio Grande, RS/Brasil), afirmam que um dos problemas que permeiam as práticas pedagógicas em saúde nas escolas é, justamente, a forma como os docentes concebem o significado de saúde. A partir dos dados obtidos, os autores apontam que essa compreensão se dá através de um entendimento exclusivamente biológico, resultando em práticas de saúde pensadas e executadas centradas em um modelo prioritariamente biomédico em função da identificação de necessidades momentâneas e esporádicas (gripe, piolho, saúde bucal, dengue). Os autores afirmam que “uma mudança epistemológica das concepções docentes se faz necessária para originar, assim, uma mudança efetiva de práticas” (MARINHO; SILVA; FERREIRA, 2015, p.441).

No que concerne à questão da transversalidade do trabalho em saúde na escola, os autores apontam a dificuldade que os professores encontram para trabalhar com essa temática. O estudo evidencia como principal questão o não reconhecimento da saúde como conteúdo de ensino a ser trabalhado em sala de aula, bem como a dificuldade na implementação de um trabalho interdisciplinar e transversal capaz de superar o engessamento de uma organização curricular historicamente construída em dado contexto. Os autores apontam que para o desenvolvimento e concretude de um trabalho transversal, na educação em saúde, não é suficiente a inserção do tema nas atividades escolares de forma que cada docente o desenvolva de forma isolada. “É necessário um compromisso colegiado da escola como um todo, no qual todos os professores, juntamente com outros profissionais, irão planejar e desenvolver ações buscando promover a saúde de forma permanente nas escolas” (MARINHO; SILVA; FERREIRA, 2015, p.441).

Monteiro e Bizzo (2015) apontam para o cuidado necessário ao se trabalhar com a perspectiva de saúde escolar para que não se busque um extremismo, o que pode vir a transformar o próprio objetivo final da escola (que deixa de lado sua

função principal de desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem) e assume um caráter meramente de assistencialismo às crianças. Os autores apontam ainda que, comumente, as ações que objetivam promover aprendizagens relacionadas à saúde são desenvolvidas por meio de três formas. A primeira e, geralmente mais encontrada, são ações vinculadas a temas específicos desenvolvidos por intermédio de campanhas relacionadas ao setor saúde (saúde bucal, vacinação, prevenção de acidentes, combate às drogas, dengue, entre outras) seguindo uma agenda de caráter pontual e episódico. Uma segunda forma apresenta-se em uma perspectiva mais intersetorial (setores saúde e educação) e suas ações assumem um caráter mais processual e contínuo, tendo como exemplo segundo os autores, o PSE. Uma terceira forma de inserção da saúde na escola se configuraria na incorporação da saúde como objeto de trabalho escolar, a partir da definição de objetivos e conteúdos relacionados à saúde, sendo desenvolvidos tanto por meio das disciplinas específicas quanto de forma transversal ao currículo escolar.

Uma investigação sobre os mecanismos que favorecem a intersetorialidade na implementação do PSE, bem como a percepção dos gestores responsáveis a esse respeito foi conduzida por Chiari et al. (2018) que objetivou avaliar a implantação e execução do PSE no município do Belo Horizonte, Minas Gerais, por meio de questionário semiestruturado e aplicado a trinta gestores do município ligados ao PSE. Foram identificados, segundo os autores, mecanismos integradores e potencialmente promotores de ações intersetoriais, referenciados em vastas publicações de normativas tanto na esfera federal quanto municipal, que poderiam subsidiar o desenvolvimento do programa alinhado a essa perspectiva. No entanto, na prática, houve pouco compartilhamento de responsabilidades entre os setores, fato decorrente de uma lógica resolutiva setorial incapaz de impulsionar maior articulação entre os atores envolvidos, fato que configurou um alcance limitado de ações de promoção da saúde, além da incapacidade de atuação sobre seus determinantes (CHIARI et al., 2018).

Achados importantes, nesse sentido, foram apontados em um estudo de Ferreira et al. (2014) em que, ao analisar a percepção de gestores locais sobre a intersetorialidade na condução do PSE em alguns municípios, os participantes destacaram a importância do processo democrático na tomada de decisões, orçamento participativo, compartilhamento dos objetivos, interesses e recursos. Destacam a importância de capacitações para a aproximação entre os profissionais

envolvidos no PSE a fim de melhorar não só a comunicação entre os atores envolvidos, mas também a compreensão dos conceitos norteadores do Programa.

Farias et al.(2016) buscaram analisar a questão da intersetorialidade no trabalho entre saúde e educação no PSE por intermédio de registros em diário de campo das observações durante as atividades e de entrevistas semiestruturadas realizadas em vinte escolas que aderiram ao PSE no município de Olinda/PE. Os dados encontrados foram reunidos em duas categorias. A primeira categoria de análise referiu-se à saúde na escola como um tema notadamente importante, ainda que carente de ajustes imprescindíveis para sua efetividade prática. Nessa categoria, foram reconhecidas subcategorias positivas nos discursos dos profissionais envolvidos como o alinhamento entre o conceito do PSE por parte dos profissionais entrevistados e sua proximidade com o conceito governamental, no que tange à integração entre os dois setores, para ampliação de ações específicas em saúde, aos alunos da rede pública. Outra subcategoria positiva apontada foi o reconhecimento por todos os entrevistados sobre a incontestável importância do PSE na melhoria da qualidade de vida dos alunos.

As subcategorias negativas, que foram reconhecidas mediante os discursos dos envolvidos, referem-se à baixa credibilidade do PSE caracterizada pela descontinuidade de algumas ações. Como exemplo, foi citado o Projeto Olhar Brasil que, mesmo sendo de suma importância na identificação de problemas visuais relacionados à refração em alunos matriculados na rede pública, os entrevistados relataram indignação diante de uma execução incompleta e ineficaz em suas experiências com o referido Projeto. Outra subcategoria negativa referiu-se à baixa credibilidade por parte da gestão municipal, uma vez que, segundo os entrevistados, a participação da gestão no planejamento, monitoramento, implementação e avaliação não foi significativo, ficando aquém do modelo de gestão proposto no PSE nos documentos oficiais do governo federal. Neles, preconiza-se um modelo de gestão compartilhada tanto no planejamento como na execução das ações. A deficiência de capacitações caracterizou outra subcategoria, uma vez que foi apontada pela grande maioria dos entrevistados, que se queixaram de terem participado de apenas uma capacitação durante a implantação do programa. Esse fato não coaduna com a perspectiva de educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde e educação proposta no PSE (FARIAS et al., 2016).

A autora e seus colaboradores apresentam como segunda categoria de análise a questão da intersetorialidade saúde/educação no PSE. A maioria dos entrevistados reconhece como válido esse trabalho intersetorial. Todavia, esse conceito de intersetorialidade apresenta-se de maneira restrita nos discursos dos envolvidos, os quais reconhecem apenas os setores saúde/educação como responsáveis na condução de todo o processo que poderia ser fortalecido por uma visão mais ampliada em relação ao conceito de intersetorialidade. A questão do conflito de interesses entre os setores participantes, bem como as diferentes prioridades entre suas agendas também se configuram em subcategorias que foram verbalizadas pelos entrevistados em seus discursos como barreiras e obstáculos que se interpõem no que tange ao alcance dos objetivos do PSE em sua totalidade (FARIAS et al., 2016).

Resultados similares foram encontrados por Brasil et al. (2017) ao analisarem a interface saúde e educação na perspectiva da promoção da saúde com o público adolescente por meio do PSE no município de Fortaleza/CE. Foram entrevistados trinta e nove profissionais envolvidos na execução das ações do PSE, sendo dezessete deles da saúde que trabalhavam em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e vinte e dois profissionais da educação pertencentes a duas escolas vinculadas à UAPS em questão. Os resultados foram organizados em três classes temáticas. A primeira delas refere-se à prioridade para a demanda espontânea, uma vez que grande parte da carga horária de trabalho dos profissionais da saúde é destinada a uma demanda da população que procura o serviço espontaneamente por conta de condições agudas, o que tem reduzido a cobertura das demais ações de educação e promoção da saúde. A segunda classe temática refere-se às dificuldades para implementação do PSE que, segundo os entrevistados, decorrem: do desconhecimento do programa por parte deles, da falta de planejamento, que viabilize a intersetorialidade saúde/educação, agravada por uma carência de recursos, e das diferentes demarcações territoriais entre a UAPS e a escola, o que se reflete nas ações de saúde familiar. A terceira classe temática apresentada refere-se às possibilidades para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde que, segundo os entrevistados, seria possível mediante a otimização de alguns aspectos facilitadores reconhecidos pelos entrevistados como a proximidade entre escola e UAPS, pessoas capacitadas que compõem as equipes e uma maior experiência de integração entre os dois setores vivenciados pelos

entrevistados por meio do Programa Olhar Brasil. As autoras concluem que o desconhecimento por parte dos envolvidos e a falta de planejamento para a execução das ações do PSE corroboram uma desarticulação entre os setores saúde e educação, além do distanciamento entre tais ações e propostas na perspectiva da promoção da saúde com adolescentes na escola, embora algumas ações indiquem, ainda que de maneira discreta, ser possível desenvolver a intersectorialidade na prática.

Em um estudo conduzido por Ilha et al., (2014), envolvendo treze professores de uma escola pública estadual localizada no município de Santa Maria/RS, constatou-se que as intervenções colaborativas no ambiente escolar, com o uso do tema da promoção da saúde, por meio de uma pesquisa-ação colaborativa, desenvolveram mais mudanças cognitivas e motivacionais nos professores do que nas suas práticas docentes. Mesmo que os professores fossem capazes de refletir, na prática, sobre a prática pedagógica com temas relacionados à saúde dos alunos e fossem capazes de assimilar uma nova forma de pensar essa saúde, em uma perspectiva de promoção da saúde, transpor tais reflexões para uma prática inovadora ainda é uma barreira a ser superada, uma vez que os “professores demonstraram dificuldades em modificar suas práticas docentes, provavelmente, por estarem muito atrelados às rotinas pedagógicas exigidas pelo sistema de ensino” (ILHA et al., 2014, p.50).

O Ministério da Saúde destaca a importância de se buscar a identificação de experiências exitosas em práticas pedagógicas de saúde escolar que se alinham à perspectiva de promoção da saúde ao afirmar que:

Identificar experiências na perspectiva de Escolas Promotoras de Saúde pressupõe conceber uma análise crítica dos diferentes enfoques e conceitos de saúde com os quais se constroem ações de saúde e propostas pedagógicas na escola. Quando subsidiadas na sua implementação com a participação da comunidade, profissionais, instituições, diversos setores da sociedade civil e o próprio Estado, com vistas a ações locais sustentáveis, posicionam-se ao contrário da implantação de modelos tradicionais de programas de saúde escolar, que, no Brasil, ao longo de décadas, caracterizam-se por enfoques verticais, médico-terapêuticos, essencialmente assistencialistas, normativos, portanto medicalizantes e que deslocam, equivocadamente, da rede de saúde para o espaço da escola, equipamentos e recursos médicos (BRASIL, 2007a, p. 23).

Diante dos estudos acima apresentados em que se vislumbram tanto o potencial de práticas pedagógicas no espaço escolar (que se alinham com a

perspectiva da promoção da saúde), como os desafios que foram apontados como obstáculos ou dificultantes para a consecução de tais práticas, algumas questões emergiram e passaram a nortear o referido trabalho: existem ações de saúde sendo desenvolvidas nas escolas estaduais de uma região do interior de Minas Gerais? Quais ações são essas e quais perspectivas de educação e de saúde têm norteadoras? Qual a percepção dos responsáveis na escola a respeito da relevância dessas ações de saúde no contexto escolar? Responder a tais questionamentos é desafio que ainda se interpõe para melhor compreensão do processo que envolve o objeto saúde nos contextos escolares investigados. Eles podem oferecer subsídios para que ações futuras sejam delineadas e potencializadas a partir dos achados do presente estudo.

Assume-se, para tanto, uma análise sob a luz da abordagem Vigotskiana, pois conforme nos aponta Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p.15) “os sentidos da saúde e da doença, são configurados social, histórica e culturalmente. Eles não estão isentos de crenças, hierarquias, juízos de valor conhecimentos e atitudes compartilhados em um grupo”. Nessa abordagem, são valorizadas as dimensões historicamente criadas e culturalmente elaboradas da vida humana, que se desenvolve, por meio de um fenômeno que o autor aponta como internalização, em que os aspectos particulares da existência social humana são refletidos em sua cognição, permitindo ao sujeito, a capacidade de expressar-se e compartilhar, com seus pares sociais, o entendimento que ele tem da experiência comum ao grupo (VIGOTSKI, 1991).

Portanto, responder a tais indagações a partir de um recorte territorial que permita aprofundar nas percepções dos sujeitos que estão à frente de tais ações de saúde no contexto escolar no que concerne às suas concepções pessoais a respeito do tema, justifica-se, uma vez que pode contribuir para a identificação de obstáculos, facilitadores, interferências e possibilidades específicas naqueles cenários. Pode, ainda, contribuir de maneira mais assertiva no direcionamento de ações futuras que sejam capazes de reduzir os obstáculos entre o plano teórico e a efetivação das ações de educação e promoção de saúde no âmbito escolar a partir do diagnóstico da própria realidade pesquisada e das reflexões construídas pelos sujeitos ao fenômeno investigado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar ações e percepções sobre promoção da saúde no âmbito escolar em uma Superintendência Regional de Ensino do Estado de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Mapear as escolas que apresentam ações de educação e promoção da saúde em uma Superintendência Regional de Ensino do Estado de Minas Gerais.
- Identificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas em escolas participantes.
- Analisar a percepção de gestores das escolas a respeito da concepção e das ações de promoção de saúde desenvolvidas.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 A saúde e a abordagem histórico-cultural

Uma característica do conceito de saúde que norteia boa parte de sua discussão, conforme será apresentado nos tópicos seguintes, corresponde à força dicotômica entre o corpo biológico e aquilo que o transcende no direcionamento das diversas formulações conceituais de saúde, em diferentes tempos e contextos históricos. Tal dicotomia também se evidencia na polarização das correntes psicológicas do início do século XX, que Vigotski passou a questionar, emergindo daí novas reflexões e elementos que passariam a compor a abordagem histórico-cultural.

Barros et al. (2009) apontam que, em um contexto fortemente marcado pela disputa entre diferentes vieses epistemológicos, em que se vivenciava métodos investigativos tanto de base naturalista como mentalista, os processos psicológicos também eram delineados por tais perspectivas, sendo tratados ora como processos biológicos ou físicos, ora como processos transcendentais ou metafísicos.

Ao criticar as perspectivas que se sustentavam nos processos fundamentalmente biológicos, Vigotski² (1996) *apud* Barros et al. (2009) afirma que:

O método da psicologia explicativa é idêntico ao das ciências naturais, e seu postulado (que não existe nenhum fenômeno psíquico sem um fenômeno físico correspondente) a conduz à falência como ciência independente, seus problemas passando para as mãos da fisiologia (VIGOTSKI, 1996 *apud* BARROS, 2009, p. 338).

Vigotski, portanto, chama a atenção para análises de processos psicológicos que se desenvolvem fundamentados a partir da supervalorização dos aspectos físicos observáveis e, para além disso, reitera a incapacidade dos mesmos de se sustentarem como perspectiva epistemológica que dê conta da complexidade humana.

Barros et al. (2009) apontam que, entre suas reflexões, evidenciam-se interlocuções e rupturas com as correntes psicológicas da época. Como exemplo, tem-se sua análise dos processos psicológicos calcados na fisiologia de Pavlov e na reflexologia de Bekhterev. Esses, apesar de tratarem com êxito os processos

²Vigotski, L. S. (1996). O significado histórico da crise da psicologia. In L. S. Vigotski. Teoria e método em psicologia. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1927).

simples, eram incapazes de responder adequadamente aos processos caracteristicamente humanos. Ainda há a reactologia de Kornilov que, mesmo tendo sido reconhecido por Vigotski seu avanço em relação às anteriores, uma vez que centrava sua unidade de análise não nos reflexos, mas nas reações, pressupondo, portanto, um sujeito e um objeto, também foi fruto de críticas, pois, segundo ele era impossível estudar os processos psicológicos humanos apenas vinculados às reações, pois estas abrigavam mente e corpo, funcionalmente dependentes, impossíveis de serem reduzidos à uma única unidade (VAN DER VEER; VALSINER, 2001)

Nesse contexto, uma das inquietações e motivações das reflexões de Vigotski recai na constatação de que processos psicológicos que se concentram apenas nas unidades simples e naturais diluem as possibilidades de se conceber o conceito de “sentido” como criação e experiência subjetiva do ser humano, pois o restringe a experiência apenas ao sensorial (BARROS, et al. 2009; NAMURA, 2004).

Por outro lado, apesar de algumas aproximações com as correntes psicológicas de cunho idealista, o fato de a Psicologia ser considerada como ciência da alma, e, portanto, os processos humanos não poderem ser objetivamente estudados, tendendo à não explicação e mera descrição e compreensão, levou Vigotski a advertir tais vertentes e alertar para a necessidade de se considerar a dimensão histórica, bem como o papel dos significados na reorganização da estrutura dos fenômenos psicológicos (BARROS et al. 2009; VAN DER VEER e VALSINER, 2001).

Na busca pela superação das lacunas constatadas nas concepções vigentes, Vigotski lança-se a analisar o homem a partir de suas relações com o outro e com os objetos, que se efetiva por meio dos signos. Uma das questões centrais na abordagem histórico-cultural refere-se ao fato de que a relação do homem com seu contexto não se dá de forma direta, mas por meio de elementos mediadores carregados de significados que são construídos ao longo da história dos grupos humanos, a partir das interações num processo histórico-cultural e que se encontra em constante transformação (VIGOTSKI, 2001; OLIVEIRA, 2010).

Partindo de tais pressupostos, ao se pensar em uma análise do objeto saúde como um processo humano e, portanto histórico e socialmente construído, evidencia-se a capacidade humana de formulação de múltiplas significações em torno do fenômeno a partir dos signos que o sujeito vivenciou em suas experiências

e que serão compartilhados e acessados pelo outro por meio da linguagem na forma de palavras verbalizadas, uma vez que é mediante seus significados, que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal (OLIVEIRA, 2010).

Destaca-se, no entanto, na abordagem histórico-cultural, a diferenciação entre o sentido e o significado da palavra, pois conforme nos aponta Vigotski (2001)

[...] o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata (VIGOTSKI, 2001, p. 465).

Como exemplo, descrições de fatos observáveis orientam os diagnósticos e tomada de decisão diante de um acometimento do indivíduo, constituindo-se em formas de orientar as práticas de saúde, uma vez que acessam significados compartilháveis que permitem a comunicação, troca de experiências e criam recursos para a intervenção, mas, ainda sim, são incapazes de lidar com a singularidade do processo de ressignificação do sujeito a partir de sua experiência, seja ela de saúde ou de doença (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013).

O processo de ressignificação do conceito de saúde e doença, pelo sujeito, não ocorre em um vácuo existencial, mas ao contrário, se desenha a partir de signos constituídos histórica, social e culturalmente relacionados ao fenômeno saúde/doença que se encontram praticamente em todas as esferas da vida e em constante transformação.

Almeida Filho (2011), ao explorar as diversas concepções de saúde, busca explorar as teorias que tomam o fenômeno saúde-doença como objeto a ser investigado, em sua construção cultural, rede semântica e sua produção de signos providos de sentido. Good (1994) aponta que as fronteiras entre o conceito saúde-doença são estabelecidas pelas experiências de enfermidade, em diferentes contextos e culturas, por meio dos modos como são narrados e pelos rituais utilizados para a reconstrução do mundo que o sofrimento destrói. Nesse contexto, saúde e doença não constituem um objeto em si, nem mesmo a representação deste objeto, mas um objeto semântico que resulta da interação e com a potencialidade de concentrar múltiplos significados.

Conforme aponta Rego (2012), a cultura se configura como parte que constitui a própria natureza humana, já que sua característica psicológica se dá por

meio da “internalização dos modos historicamente determinados e culturalmente organizados de operar as informações” (REGO, 2012, p. 42).

Vigotski (1991) descreve esse processo de internalização como um processo de reconstrução interna que se desenvolve no plano intrapsicológico do indivíduo, a partir de marcas externas oriundas das relações interpessoais no plano social, que são baseadas nas operações com os diferentes signos. Portanto, o próprio fenômeno saúde e doença, uma vez que se constituem na cultura e estão inevitavelmente arraigados nela, são construídos e compreendidos pelo sujeito a partir de signos e interações que se estabelecem primeiro socialmente para, em seguida, serem internalizados e ressignificados no plano individual.

Neste contexto, entende-se a saúde como um fenômeno que se apresenta a partir dos sentidos e significados que se reconstróem de maneira singular para cada sujeito, mas que se constituem a partir das relações sociais em que múltiplos signos coexistem e compõem uma rede de interações histórica e culturalmente situadas que devem ser consideradas para a compreensão dos processos de significação do fenômeno saúde (BARROS et al. 2009).

Além disso, ao se lançar em um estudo que busca analisar a promoção da saúde no contexto escolar e tomando como ponto conceitual a promoção da saúde como um processo de capacitação do sujeito para melhoria de sua saúde, conforme será apresentado nos tópicos seguintes, pressupõe-se um processo de aprendizagem dos conhecimentos, relacionados ao objeto saúde, que se concretiza a partir da interação daquele que ensina com aquele que aprende, de forma dinâmica e mediada pelos signos que permeiam todo processo.

Dessa maneira, evidencia-se a potencialidade da escola como espaço de interação entre os sujeitos e que lida com o conhecimento de forma sistematizada, criando condições para que o aluno, de modo colaborativo, atinja funções e capacidades que não tinha. Isso é o que caracteriza a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que pode ser consolidada em um segundo momento, sendo, então, os problemas resolvidos pelo aluno de forma independente (VIGOTSKI, 2001).

Uma vez que o fenômeno saúde seja compreendido a partir do processo que o constitui como fenômeno histórico, social e culturalmente construído, concentra-se, nesse momento, na perspectiva histórica do fenômeno, pois, por meio deste, é possível elucidar como o mesmo foi percebido nos diferentes contextos, tempos e culturas.

3.2 O homem e sua historicidade em relação à saúde

Ainda que se busque uma exatidão ou referência conceitual que tenha sido chancelada por entidades oficiais que possa nortear o presente estudo, o conceito de saúde mostra-se como um dos aspectos mais influenciáveis da vida humana e sua apresentação não corresponderia à devida importância que tal compreensão merece se aqui fossem apresentados apenas os conceitos estabelecidos na literatura vigente ao longo da história, sem apontar e levantar as questões que têm norteado a construção dos mesmos e como tais conceitos são vivenciados pelo sujeito.

Para Almeida Filho (2011), tal questão vai além ao conceituarmos os fenômenos saúde-doença como processos sociais e, como tais “históricos, complexos [...] e incertos, então precisamos gerar dispositivos interpretativos mais adequados para referenciar com o devido rigor, os objetos de pesquisa científica em saúde” (ALMEIDA FILHO, 2011, p.13).

Historicamente, a compreensão de saúde e doença refletiu determinado momento vivenciado pela humanidade em certo contexto, tendo essa compreensão se desenvolvido e alicerçado nos referenciais contemporâneos de cada época. Assim, conforme nos aponta Scliar (2007), por exemplo, entre os antigos egípcios e antigos hebreus, uma concepção mágico-religiosa sustentava a convicção de que um corpo doente resultava das ações de forças alheias ao indivíduo como resultado de seu pecado ou de maldição por uma força demoníaca, ou ainda como fruto de uma cólera divina diante dos pecados humanos conforme crença dos antigos hebreus. Em tal contexto, não é difícil deduzir que doenças que eram transmitidas visivelmente pelo contato humano, como o caso da lepra, por exemplo, configuravam-se em um ícone de pecado e de desobediência aos preceitos divinos, pois esse contato assumia, muitas vezes, uma conotação pecaminosa, que reforçava um ideário de pureza a ser atingido por meio da abstenção de relações sexuais entre as pessoas. Isso contribuiria para a condição de saúde tanto do corpo como da alma do indivíduo (ROSEN, 1994; SCLiar, 2002, 2007).

Mesmo que, posteriormente, durante a Idade Média Europeia, entre os séculos V a XV, aspectos religiosos tenham voltado a ditar grande parte dos valores culturalmente cultivados, incluindo-se aí os aspectos relacionados à concepção de

saúde e doença, a cultura grega apresenta importante inflexão nessa compreensão (SCLIAR, 2007).

Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina, na busca por uma racionalidade que contrapusesse a visão, até então divina, e que pudesse explicar o fenômeno saúde e doença, afirmava que tal era resultado de um estado de equilíbrio vital (ALMEIDA FILHO, 2011). Segundo o filósofo, a doença até então considerada sagrada definitivamente não era, sendo sua causa, natural como qualquer outra, e a atribuição de seu surgimento a alguma entidade divina, apenas refletia o desconhecimento e a ignorância do ser humano em relação a determinados fenômenos.

Para Hipócrates, a saúde era resultante do equilíbrio entre quatro humores ou fluidos corporais (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue), sendo o homem uma unidade organizada e, portanto, a doença nada mais seria que uma desorganização neste estado de equilíbrio, também sendo tais humores dependentes da relação com o ambiente. (SCLIAR, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

Respalhando-se ainda na teoria humoral hipocrática, Galeno (129-199) ressalta que a doença teria causa endógena e em hábitos de vida que levavam a uma descompensação do organismo. Galeno revisitou a teoria humoral e ressaltou a importância dos quatro temperamentos no estado de saúde. Via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio. Tais crenças tiveram, e ainda detêm, forte influência sobre culturas especialmente as asiáticas para as quais as forças vitais que animam o corpo operam de forma harmoniosa e uma vez mantidas tais condições, atinge-se o estado de saúde, caso contrário prevalece uma condição de doença, em que medidas terapêuticas (ioga, acupuntura, ventosas, sangrias) são necessárias para restaurar o fluxo normal de energia corporal (SCLIAR, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

O entendimento de saúde como um equilíbrio harmônico entre ambientes e humores tomou grande importância entre várias culturas. Esse entendimento encontra-se reconhecido em teorias médicas clássicas desde os precursores filósofos árabes Avicena e Averróis ainda nos séculos X e XI, até os renomados fundadores da clínica moderna entre os séculos XVII e XVIII, Thomas Sydenham, na Inglaterra, e François Xavier Bichat (1771-1802), na França, para quem a saúde

seria entendida como “silêncio dos órgãos” (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999; SCLIAR, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

No entanto, a visão de uma saúde harmônica, não foi capaz de engendrar grandes avanços no combate às doenças no referido período e a condição de doença chegou a tomar formas de romantismo e até de inspiração entre a classe artística, como poetas que a desejavam (sobretudo a tuberculose tão comum à classe de escritores na época) e músicos como Chopin, que acreditava que a doença tinha o poder de refinar a arte de viver e a arte propriamente dita (SCLIAR, 2007).

Alguns avanços científicos ocorridos durante o século XIX, como o advento da medicina experimental e da fisiologia sistêmica de Claude Bernard, em que as ideias de meio interior e princípios de autorregulação foram elucidadas, permitiram que a questão do equilíbrio ganhasse novas formas e forças por meio da homeostase do meio interno, sendo este encarado não mais como espaço ilusório e abstrato proclamado pelos gregos onde ocorria uma disputa entre os humores, mas sim um espaço onde reações físico-químicas se realizavam e se concretizavam nos tecidos (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Para além da percepção de equilíbrio homeostático do meio, permitido mediante avanços já mencionados, no final do século XIX, Louis Pasteur e Robert Koch revelam a existência de microrganismos responsáveis por doenças e estabelecem a tese de causalidade da doença infecciosa conferindo-lhe um alto grau de legitimidade, a ponto de, entre os anos de 1875-1905, quase todos os microorganismos relacionados com as doenças mais prevalentes na Europa já terem sido isolados (BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Tais avanços tornam-se de grande relevância quando empreendimentos comerciais avançavam para os trópicos no contexto do colonialismo, mas eram ameaçados por doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas que assolavam as populações destas regiões, necessitando, portanto, estudá-las, preveni-las e tratá-las (SCLIAR, 2007). Não por acaso segundo Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), também nessa época, surgem as primeiras observações de base epidemiológica como as elaboradas pelo médico inglês John Snow (1813-1858), em que por meio do rastreamento dos doentes acometidos por cólera e suas respectivas localizações, consegue atribuir a transmissão da doença à água contaminada disponibilizada à

população em determinadas regiões de Londres. Tal doença seria capaz de ultrapassar “as habitações aglomeradas das pessoas de poucos recursos e se propagar por uma maior extensão e alcançar as classes mais favorecidas da comunidade (SNOW, 1990, p. 89).

Diante dos feitos memoráveis alcançados na época nos campos da clínica patológica, medicina experimental e estatística, vários estudos em que o desenvolvimento da racionalidade, pautado em uma base epidemiológica, nortearam um campo de produção do conhecimento focado prioritariamente no estudo das doenças e populações evidenciando a relação entre condições sanitárias e índices elevados de mortalidade. O que poderia impor ameaça à mão-de-obra da época, fundamentalmente de classes menos favorecidas em cujas moradias e entornos prevaleciam as condições sanitárias mais precárias, cenários ideais para surtos endêmicos, evidenciando a importância de atenção sobre as populações (BATISTELLA, 2007; SCLiar, 2007; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

As descobertas no campo da bacteriologia impactaram definitivamente a forma de compreender saúde e doença, tendo avançado de maneira significativa nos principais centros de pesquisa na Europa, especialmente na França e Alemanha direcionando o movimento sanitário estatal e as ações voltadas à população (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Aliás, conforme apontado por Scliar (2007), na Alemanha, já havia surgido no final do século XVIII, a premissa de intervenção do Estado na área de saúde pública mediante publicação do *System einer Vollständigen medicinischen Polizei*, de Johan Peter Frank (1745-1821) caracterizada pelo seu viés paternalista e autoritário, de polícia médica ou sanitária nas intervenções e que inaugura e influencia as ações de saúde escolar conforme será apresentado mais adiante.

No entanto, apesar dos incontestáveis avanços na percepção da saúde e doença, possíveis na era da bacteriologia e da revolução científica no campo da saúde que este período permitiu, o mesmo representou, em contrapartida, um reducionismo do fenômeno, enfatizado por seus aspectos verificáveis, em que a subjetividade sai de cena e dá lugar à objetividade na definição da doença. Há assim, uma fragmentação entre o social e o biológico, bem como o privilégio de um enfoque individual sobrepondo-se ao coletivo, lógica essa que norteou tanto os espaços acadêmicos, mediante os programas de ensino de medicina, como as

práticas clínicas e de saúde pública (BATISTELLA, 2007; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Nesse contexto, para um modelo positivista de ciência, o advento da era da bacteriologia conferia o status de cientificidade ao modelo unicausal que atribuía a existência da doença a uma única causa (agente), desqualificando as perspectivas que se fundavam nas relações entre o adoecimento e suas determinações econômicas, sociais e políticas, campo fértil para a rápida disseminação de práticas médicas predominantemente curativistas e biologicistas (BATISTELLA, 2007).

Porém, a imponência do modelo unicausal baseado até então nos avanços proporcionados pelas descobertas das últimas décadas, começou a enfraquecer a partir da Segunda Guerra, quando os países industrializados experimentaram uma transição epidemiológica das doenças infecto-parasitárias, já devidamente controladas em sua maioria, para um aumento das doenças crônico-degenerativas, o que favorece o desenvolvimento de novos modelos de explicações do processo saúde-doença como os modelos multicausais que buscavam uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

Dentre os modelos contemporâneos que buscam compreender a complexidade que envolve a condição de saúde em determinado contexto, o modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), buscam compreender e explicar a saúde como uma resultante das condições de vida que o sujeito vivencia em seu cotidiano. Os DSS partem do princípio de que as condições de vida de uma pessoa, analisada sob uma perspectiva ampliada que inclui seus aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais, por meio de suas condições de trabalho, renda, moradia, alimentação, educação, serviços de saúde e saneamento, são condições decretórias para a saúde do sujeito. Dahlgren e Whitehead (1991) propõem um modelo esquemático que demonstra a relação entre esses aspectos, evidenciando que as condições mais amplas como as socioeconômicas, culturais e ambientais, sobrepõem-se aos demais e os determinam, conforme apresentado na figura a seguir:

Figura 1 - Modelo Esquemático dos Determinantes Sociais da Saúde

Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

Alguns acenos conforme será discutido mais adiante, já apontavam para um olhar sobre as condições de vida e suas relações com o estado de saúde dos sujeitos e direcionaram ações e movimentos no sentido de buscar subsídios para direcionar o complexo processo do cuidado saúde-doença, tanto que, mais recentemente, a OMS lançou uma iniciativa de elaboração de uma estratégia mundial para discutir e aprofundar os DSS em vários níveis mediante a criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde em 2005, no entanto sem evidenciar novidades teórico-conceituais, apesar de produzirem diversas evidências empíricas sobre condições de iniquidade e suas causalidades (BATISTELLA, 2007; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Mas, ao se analisar a questão conceitual, até a Segunda Guerra Mundial, não havia ainda um conceito universalmente aceito do que seria saúde que pudesse explicitar e fundamentar as relações entre concepção e práticas de saúde, fossem elas individuais, comunitárias ou institucionais (BATISTELLA, 2007; SCLiar, 2007). Portanto, os destaques históricos evidenciados até o momento buscaram de forma sucinta ressaltar como o fenômeno saúde-doença assumiu vários significados ao longo do tempo, sendo constantemente reformulados e condicionados aos avanços e percepções de cada período histórico para que se possibilite melhor compreensão dos conceitos que emergiram nas décadas que se seguiram.

Caponi (1997) ressalta a importância de uma base conceitual ao afirmar que

[...] a aceitação de determinado conceito implica muito mais que um enunciado, implica o direcionamento de certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos, implica a redefinição desse espaço de onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos (CAPONI, 1997, p. 291).

Batistella (2007) aponta que, até então, os esforços de investigação recaíam de forma quase que exclusiva sobre a análise da doença, enquanto o conceito de saúde era negligenciado ou como o autor afirma, na melhor das hipóteses era secundarizado, sendo compreendida como a não doença, situação que perdurou até quase meados do século XX.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, por meio de um esforço cooperativo internacional entre vários países, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo esta subordinada às Organizações das Nações Unidas (ONU). Em sua carta de princípios, publicada em sete de abril de 1948, pela primeira vez a saúde é conceituada, sendo enunciada pela OMS como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Constituição Da Organização Mundial Da Saúde, 1946) refletindo os anseios de movimentos sociais do pós-guerra que buscavam expressar a necessidade de um estado de conforto que extrapolasse os aspectos meramente físicos, mas socialmente e emocionalmente idealizáveis tão urgentes para uma sociedade que experimentava uma situação de pós-guerra (BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007).

Apesar dos reconhecidos avanços na proposta da OMS, como o pioneirismo na busca conceitual pela definição de saúde e a consideração de outras dimensões da vida humana que superassem uma visão negativa de saúde até então prevalente no ideário médico, várias críticas recaíram sobre a referida definição, especialmente por seu caráter utópico, inatingível e impraticável (SCLIAR, 2007).

Entre as várias críticas, as que se pautaram por sua falta de praticidade, buscaram avançar no sentido de que o conceito apresentado não seria possível de ser utilizado para traçar ou analisar metas nos serviços de saúde dado sua carência de objetividade e a presença de um expressivo componente subjetivo aliado à percepção de bem-estar que inviabilizaria a possibilidade de medidas no nível de saúde da população (BATISTELLA, 2007).

Nessa mesma linha crítica, impulsionada pela falta de praticidade que implicou a definição conceitual da OMS desde sua divulgação no fim da década de quarenta, Christopher Boorse, filósofo norte-americano e estudioso das ciências

biomédicas, propõe, na década de 1970, uma nova tentativa de conceituação de saúde que viabilizasse sua aplicabilidade prática após revisar metodicamente abordagens dos conceitos de saúde e doença. Boorse apresenta e explicita seu modelo teórico por meio de uma publicação conhecida como *Health as a theoretical concept* calcada em uma perspectiva funcionalista baseada, por conseguinte, em uma normalidade estatística, ausência de dor, sofrimento ou desconforto (BOORSE, 1977; ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; BATISTELLA, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011; CZRESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Para Boorse, era fundamental evitar qualquer dimensão valorativa na definição de saúde, sendo qualquer definição baseada em uma concepção do normal que seria definido estatística e funcionalmente (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003). Nessa perspectiva, sua compreensão afirma que:

Saúde teórica é a ausência de doença; [...] então a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes é uma questão objetiva, a ser extraída dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor. Designemos esta posição geral como naturalismo – o oposto do normativismo, a visão de que juízos de saúde são ou incluem julgamentos de valor (BOORSE, 1997, p.04).

Portanto, em sua compreensão, a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes, deveria basear-se somente em dados objetivos, excluindo as dimensões econômicas, sociais, culturais e psicológicas, reiterando ainda que somente a biologia e a patologia poderiam fornecer dados objetivos para sua definição (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

O filósofo afasta-se propositalmente de qualquer concepção positiva de saúde, advogando que qualquer aproximação, nesse sentido, seria incompatível com teorias biológicas de doença elevando a saúde a um plano ideal (BOORSE, 1997; BATISTELLA, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

Porém, críticas que se fundamentaram sobre a faceta subjetiva dos conceitos, até então propostos, foram também relativizadas tornando-se objetos de discussão nos anos que se seguiram, tendo sua importância, recebido merecido destaque conforme aponta Caponi (1997):

[...] embora o conceito de saúde da OMS comporte crítica, esta não deveria incidir sobre seu caráter subjetivo, posto que a subjetividade é um elemento inerente à definição de saúde-doença e, por ser dela

inseparável, estará presente seja em uma concepção restrita, seja em uma perspectiva ampliada de saúde (CAPONI, 1997 p. 298, tradução nossa).

Ademais, na busca pela definição de um estado de bem-estar mental e social idealizados, poderia se incorrer no risco de uma conversão do discurso médico em um discurso jurídico abrindo precedentes para intervenções abusivas do Estado, que teria suas ações calcadas em um pretexto de promover a saúde da sociedade (CAPONI, 1997; BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007).

No que se refere aos aspectos utópicos do conceito, ao expressar um estado de completo bem-estar, o mesmo se distancia, em muito, da real experiência humana, pois o próprio fato de existir já implica por si só uma condição de vivências emocionais que serão significadas pelo sujeito à sua maneira, tendo a ideia de bem-estar social proposta um viés normativo à medida que desconsidera as diversidades e singularidades de cada um. (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Para os autores:

Uma vida saudável não pode excluir tensões, uma vez que viver envolve um constante dinamismo nas relações. As necessidades impostas pelo meio produzem oscilações que, ou passam despercebidas, ou desencadeiam sofrimentos em diferentes proporções. Nas diversas etapas da vida, as modificações necessárias para a preservação da integridade do ser se expressam muitas vezes na forma de desafios vitais. As várias dimensões dos desafios que se apresentam correspondem aos modos de interação entre o vivente e as circunstâncias. Os recursos necessários para manter a saúde não são os mesmos em quaisquer situações da vida. E o saudável em determinado momento pode ser considerado patológico em outro (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 13).

Portanto, se existe um fato inatacável ao se analisar as questões de saúde são as próprias incertezas e complexidades que permeiam tais questões. Reiteradas vezes, elas emergem nas discussões sobre a própria definição de saúde, uma vez que essa reflete determinado contexto socioeconômico, político e cultural. O que a pessoa compreende como saúde ou doença, também se relaciona com seus valores individuais, o momento histórico, a classe social, as concepções científicas, religiosas e filosóficas em que se sustentam sua experiência como sujeito (SCLIAR, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011). Sendo assim, Cezeresnia, Maciel e Oliveira (2013) afirmam que:

Se por um lado vimos que os sentidos conferidos à doença são de natureza individual, singular, por outro lado, as subjetividades são

constituídas em um contexto cultural, social e histórico. Podemos, portanto, dizer que nascer e viver em uma determinada sociedade na qual emergiram e se legitimaram determinados conceitos é condição para modulação da experiência pessoal (p.15-16).

Portanto, mesmo a exteriorização das experiências, sejam elas de saúde ou de doenças, não se prestam a definições exatas que podem ser completamente expressas pela linguagem e acessadas pelo outro, existe um hiato entre o vivenciado pelo sujeito e sua elaboração conceitual e linguística, posto que há uma parte desse sujeito vivo que é inacessível aos outros, sendo pura e exclusivamente do próprio sujeito. E o conceito, sendo uma forma de definição, busca sintetizar e caracterizar, por meio de palavras, determinado objeto ou ideia, expressando objetivamente uma generalização que representa as identidades e não as diferenças e singularidades entre os fenômenos que procura explicar (BATISTELLA, 2007; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Para Czeresnia, Maciel e Oliveira (2013) o que se constata até o momento, é que as tentativas que buscaram definir saúde como um conceito científico, deixaram de lado o que não é conhecimento sistematizado, pautando-se prioritariamente em limites orgânicos sustentados pela ciência básica e pela estatística na determinação de um estado de normalidade. Para os autores, é fundamental que seja considerado o lugar que a saúde ocupa na história de cada um, pois este difere e resulta das experiências singulares de cada sujeito, sendo seus sentidos de saúde e de doença configurados social, histórica e culturalmente. Uma pessoa, ao sentir-se mal, confere a tal sensação um sentido e um significado. O sentido dado à doença, sua vivência com essa experiência diz respeito ao seu próprio modo de ser, sua história e ao momento em que se manifesta, fazendo dessa experiência um acontecimento singular.

A esse respeito, Kant (1798) apresenta duas questões interessantes sobre o conceito de saúde que apontam também nessa direção. A primeira questão refere-se à saúde em seu aspecto terapêutico ligado à clínica para tratar a doença e preventivo para proteger e impedir a instalação da doença, sendo que em ambos os aspectos, suas práticas se fundamentam na racionalidade científica. A segunda questão levantada trata da saúde como sensação, como uma das faculdades particulares de cada ser humano, logo, não podendo, deixar de ser ilusória, uma vez que a sensação de bem-estar não implica, segundo Kant (1798), que a doença esteja efetivamente ausente, sendo o próprio, a manifestação de tais observações:

um sujeito audacioso e genial, porém, de idade avançada, hipocondríaco, fisicamente comprometido e corcunda.

Tanto o é, que alguns termos diferem entre si na tentativa de retratarem adequadamente determinadas situações, como o caso dos termos em inglês *illness* ou *malady*, e seus equivalentes semânticos na língua portuguesa: moléstia, mal-estar, que buscam representar a sensação de estar doente, a percepção e a reação individual àquela condição. Enquanto os termos *disease* ou *sickness*, traduzidos para doença ou enfermidade respectivamente, buscam retratar semanticamente uma noção de conceito social e objeto de conhecimento cientificamente partilhado (ALMEIDA FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Buscou-se, portanto, entre o enredamento do fenômeno saúde, lançar luz sobre algumas categorias que o constituem entre elas: a saúde e suas práticas na qualidade de produção cultural ao longo da história da humanidade, suas conceituações ou a ausência dessa e, por fim, os sentidos que saúde assume para o sujeito em sua singularidade. Conforme nos aponta Almeida Filho (2011), mais importante que formalizar rigorosamente métodos para medir desigualdades em saúde, certamente, está a compreensão de suas raízes e determinantes.

Uma vez que tais aspectos tenham sido contemplados nesse tópico, avança-se em uma análise do movimento da promoção da saúde como movimento que, em última instância, seja capaz de atuar sobre as condições de vida dos sujeitos a partir de ações intersetoriais que considerem os DSS (PELICIONI; MIALHE, 2015).

3.3 O Paradigma da Promoção da Saúde

Ao se debruçar em um trabalho que tenha como premissa a análise de ações de promoção de saúde no âmbito escolar, deve-se, em um primeiro momento, buscar compreender os principais marcos teórico-conceituais da promoção da saúde e o que a utilização desse termo buscou representar em cada período para, a partir dessa compreensão, aprofundar-se na discussão em torno do objeto de estudo. Cientes da necessária atenção à construção histórica do termo promoção da saúde, objetivou-se retornar desde os primeiros apontamentos registrados na literatura da expressão, com o objetivo de discutir sua evolução histórica até assumir o *status quo* do termo, além das implicações e nuances inerentes ao processo.

A esse respeito, Lopes et al. (2010) afirmam que construídos ao longo da história, os conceitos trazem contribuições significativas à construção do conhecimento e apontam para a necessidade de serem esclarecidos e definidos para sua utilização de forma mais coerente e para maior entendimento de seu sentido.

A literatura apresenta registros da utilização da expressão promoção da saúde desde meados da década de 1920. Vale ressaltar que é utilizada a palavra “expressão” e não termo ou conceito, pois se entende que em suas primeiras alusões na literatura, “promoção da saúde”, apesar de apresentar à época alguns ideários tão importantes que facilmente são reconhecidos nos mais contemporâneos discursos de promoção da saúde, ainda não poderia ser considerado um termo correspondente a um conceito, uma vez que os conceitos, conforme nos aponta Rodgers (2000), emergem e se transformam por meio de estudos, experiências e reflexões sobre seus significados e interpretações. Portanto, a utilização da expressão “promoção da saúde” não é recente na literatura e muito antes dos movimentos ocorridos entre as décadas de 1970 e 1980 que buscaram uma definição legitimada do termo, em seus primeiros registros de utilização essa expressão já apontava para a necessidade de se buscar uma compreensão mais ampliada de saúde.

Proporcionar condições adequadas de trabalho, educação, lazer, saneamento básico, serviços médicos organizados, além de um esforço coordenado entre os vários setores e a organização da comunidade, pilares em que, atualmente, se sustentam os pressupostos da promoção da saúde, já eram apontados no início do século passado como pontos fundamentais para se promover a saúde da população.

Winslow (1920) afirmava que a promoção da saúde “é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal” (WINSLOW, 1920, p.23).

Sigerist (1946), ao elencar a promoção da saúde como uma das quatro tarefas essenciais da medicina ao lado da prevenção, recuperação e reabilitação, o fez, afirmando que a saúde é promovida quando são proporcionadas condições de vida decentes à população, mediante boas condições de trabalho, lazer, educação e descanso, além de apontar para necessidade de estratégias intersetoriais ao pedir

um esforço coordenado entre os vários envolvidos (políticos, sindicatos, empresários, educadores e médicos).

Apesar dos referidos autores apontarem, ainda na primeira metade do século passado, alguns pontos tidos atualmente como alicerces do atual movimento da promoção da saúde (estratégias intersetoriais, protagonismo comunitário, condições adequadas de vida), as ações que se seguiram, foram majoritariamente executadas, tendo como pano de fundo uma perspectiva limitada do processo saúde-doença, meramente biologicista, focada no assistencialismo médico-curativista, o que acarretou uma acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior dos sistemas de saúde (BUSS, 2003).

A mudança de um paradigma de saúde pautado em referenciais prioritariamente biomédicos, curativistas, para uma perspectiva que ampliasse o conceito como resultado de outros determinantes, além do setor saúde ganhou força a partir da publicação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*”, em 1974, que ficou conhecido como Informe Lalonde, em referência ao então ministro da saúde do Canadá, Marc Lalonde. Tal documento reconheceu a carência de um quadro conceitual que permitisse separar seus componentes principais de forma a permitir de maneira simples, ordenada e rápida, uma análise e avaliação que possibilitasse agir sobre as ideias, problemas e atividades relacionadas à saúde (RABELO, 2010).

Apoiando-se em um conceito mais ampliado de saúde, o Informe Lalonde apresenta quatro componentes que constituem e são determinantes da saúde: (1) biologia humana, (2) o ambiente, (3) o estilo de vida, e (4) a organização da assistência a saúde (LALONDE, 1974).

Sendo o primeiro documento oficial a utilizar o termo “promoção da saúde”, essa publicação, motivada fundamentalmente por questões políticas, técnicas e econômicas, visava o enfrentamento dos custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que se questionava sobre a eficiência de uma abordagem exclusivamente médica para doenças crônicas, frente aos resultados pouco significativos que esse tipo de abordagem apresentava (BUSS, 2003).

Ao mesmo tempo em que foram feitas melhorias nos cuidados de saúde e na ciência médica, forças contrárias contribuíram para desfazer o progresso no aumento do status de saúde dos canadenses. Essas forças contrárias [...] incluem poluição ambiental, vida urbana, hábitos de indolência, abuso de álcool, tabaco e drogas e padrões alimentares inadequados. Por estas ameaças ambientais

e comportamentais à saúde, a organização do sistema de saúde pode fazer pouco além de servir como uma rede de captação para as vítimas (LALONDE, 1974, p.05, tradução nossa).

Frente à constatação de que, isoladamente, altos investimentos na área assistencialista e na qualidade do serviço médico ofertado à população não eram capazes de reverter as principais causas de morbi-mortalidades dos canadenses, a biologia humana, o ambiente e o estilo de vida assumem um papel fundamental na nova forma de se pensar saúde.

Nesse contexto, com o objetivo de reduzir os riscos à saúde física e mental dos canadenses, além de melhorar o acesso e a oferta de um serviço de saúde adequado àqueles que ainda não tinham acesso a tal, foram propostas cinco estratégias de enfrentamento:

- A **estratégia da promoção da saúde**, que objetivava informar e auxiliar os indivíduos e organizações para que assumissem a responsabilidade e fossem mais ativos em aspectos relacionados à sua saúde.

- A **estratégia da regulação**, que evidenciava a importância dos poderes regulatórios dos entes federados, em decisões que impactassem positivamente a saúde da população.

- A **estratégia da pesquisa**, para que envidasse esforços para avanço no conhecimento no campo da saúde.

- A **estratégia da eficiência da assistência à saúde**, para que os sistemas fossem reorganizados de maneira a considerar o custo do serviço, a acessibilidade e a eficácia do mesmo.

- A **estratégia do alinhamento dos objetivos**, para que todos os esforços confabulassem para incrementar a saúde da população canadense (LALONDE, 1974).

Para o desenvolvimento das cinco estratégias, foram propostas setenta e quatro ações sendo vinte e três delas referentes à estratégia da promoção da saúde. No entanto, conforme nos aponta Buss (2003), todas as vinte e três ações referentes à estratégia da promoção da saúde eram relacionadas exclusivamente a hábitos específicos do estilo de vida como uso de álcool e drogas, tabaco, dieta e conduta sexual.

Apesar de ser um marco na história da promoção da saúde, uma vez que apresentou a saúde como resultante de outros espectros para além do

assistencialismo médico vigente, também à época o Informe Lalonde sofreu duras críticas sob a argumentação de que seus pressupostos apontavam para uma responsabilização excessiva do sujeito sobre sua condição de saúde-doença, focando-se prioritariamente em um modelo comportamentalista individual com enfoque behaviorista, associando-se suas ações à educação para a saúde. (BUSS, 2003, RABELO, 2010, MAEYAMA et al., 2015, FONSECA 2016).

Mesmo com as críticas referentes à responsabilização excessiva sobre o sujeito no processo saúde-doença, em 1978, foi criada pelo Ministério da Saúde do Canadá, a Diretoria de Promoção da Saúde, que não apresentava definições claras sobre suas ações que superassem a ênfase no estilo de vida individual, mas que, nos anos que se seguiram, assumiu um importante papel para os avanços no campo da promoção da saúde, uma vez que permitiu o desenvolvimento de projetos experimentais em vários locais do país com abordagens inovadoras relacionadas à ação comunitária no processo (BUSS, 2003).

O Informe Lalonde acabou influenciando as políticas sanitárias de outros países como Inglaterra e Estados Unidos, estabelecendo as bases importantes para movimentos de convergência na definição de um novo paradigma, formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 (BRASIL, 2002b; HEIDMANN, 2006).

Diante desse cenário, Jack Epp, ministro que substituiu Lalonde, convoca a Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como objetivo o ajuste da política de saúde canadense à prática dos preceitos de Alma-Ata (RABELO, 2010). O produto da conferência, a Carta de Ottawa, busca redefinir a promoção da saúde, em uma perspectiva mais ampliada, incorporando a estratégia da 'atenção primária da saúde', a intersetorialidade, a participação social, o empoderamento dos atores envolvidos e a reorientação dos serviços de saúde (FERREIRA, 2002).

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002b, p.19). Além da conceituação, o documento propõe cinco alicerces que devem sustentar as ações no campo da promoção de saúde:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;

- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação do sistema de saúde.

Concebe-se a partir de então, uma noção amplamente divulgada de que a promoção de saúde deveria evoluir a partir de políticas públicas intersetoriais, de uma nova forma de reorganizar os serviços de saúde que superasse o caráter meramente assistencialista para um movimento de promoção efetiva da saúde, e também, o desenvolvimento e o empoderamento da capacidade do indivíduo e da comunidade de lutar em prol da melhoria de sua condição de saúde.

Para Kuhn, “paradigmas são realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 1992, p.13). O conceito de promoção da saúde, divulgado em Ottawa, busca romper com o paradigma flexeneriano vigente que se expressa no curativismo, no individualismo, na tecnologização e especialização excessiva, avançando para um novo paradigma de saúde que fosse capaz de incorporar os conteúdos sociais, dar voz e participação aos atores envolvidos e da apropriação da interdisciplinaridade no processo de trabalho cotidiano (RABELO, 2010).

A Carta de Ottawa apresenta dois pontos que merecem destaque em relação aos documentos e referências que, até então, se propunham a debater sobre promoção da saúde: o primeiro deles é que, pela primeira vez, um documento oficial apresentou uma conceituação do termo promoção da saúde. O segundo é o fato de que ao apontar para a importância das políticas públicas, do ambiente, da reorganização dos serviços de saúde, a nova proposição de promoção da saúde, corresponsabiliza os vários setores envolvidos, não recaindo exclusivamente sobre o indivíduo o fardo sobre sua condição de saúde-doença.

Também reconhece que, mesmo em última instância, as pessoas não são capazes de, por si só, controlarem os fatores determinantes de sua saúde. É necessário que as ações de promoção da saúde busquem reduzir as diferenças no estado de saúde e sejam capazes de assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todos a se conscientizarem e colocarem em prática seu completo potencial de saúde, o que inclui ambientes favoráveis, acesso à

informação, habilidades na vida, bem como oportunidades que possam permitir fazer escolhas para uma vida mais saudável (BRASIL, 2002b).

As conferências que se seguiram buscaram reforçar os cinco alicerces para as ações de promoção da saúde apresentados na Carta de Ottawa, além de possibilitar uma ênfase e atenção a cada um deles.

Nessa perspectiva, a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide no ano de 1988, destaca a importância e a responsabilidade das decisões políticas sobre a condição de saúde das pessoas e destaca que as políticas públicas saudáveis é que estabelecem o ambiente adequado para que as demais ações possam se efetivar. Caracteriza, ainda, as políticas públicas saudáveis como o “interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (BRASIL, 2002b, p.35).

Reconhece também que a saúde é ao, mesmo tempo, um direito humano fundamental e um sólido investimento a ser considerado, e de responsabilidade dos mais diferentes setores da sociedade, em alianças que busquem atingir o mais alto grau de saúde da população. A Conferência ainda identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e a criação de ambientes favoráveis. Esta última, tendo sido o tema central e eixo norteador da conferência seguinte, realizada em Sundsvall.

A 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall no ano 1991, destacou a indissociabilidade entre ambiente e saúde, elencando fatores que impactam diretamente na condição de saúde da população e que, pela complexidade de resolubilidade, demandam sintonia e esforço conjunto de várias instâncias da sociedade, por meio da articulação intersetorial. Destruição da natureza, acentuado crescimento populacional, urbanização, violência, são problemas recorrentes no mundo contemporâneo e que as soluções estão além de um sistema de saúde nos moldes tradicionais (BRASIL, 2002b).

A Conferência de Sundsvall sublinhou quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor da saúde: **a dimensão social** que corresponde à maneira como a sociedade se organiza através de suas normas, costumes e processos e como tal organização afeta a saúde. **A dimensão política** que deve garantir uma participação democrática nos processos e a descentralização dos recursos

compromissados com os direitos humanos e a paz. **A dimensão econômica** que requer um reescalamento dos recursos para a saúde e para a garantia de um desenvolvimento sustentável. E, por fim, a necessidade de **reconhecimento do protagonismo das mulheres** por meio da capacidade e conhecimento de todos os setores para o avanço e alcance de ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2002b).

Ao apresentar o subtítulo “novos atores para uma nova era”, a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, em 1997, justifica essa chamada, ao dar ênfase na importância do reforço da ação comunitária, também ao incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde, além de ser a primeira das conferências em promoção da saúde a ser realizada em um país em desenvolvimento. Nesse sentido, aponta que nas relações entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento,

[...] os fatores transacionais também representam significativo impacto para a saúde. Incluem-se entre estes a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, bem como a degradação ambiental devida ao uso irresponsável dos recursos (BRASIL, 2002b, p.50).

Nessa perspectiva, indica que esses novos determinantes de saúde devem se desenvolver, buscando sempre uma relação que vise atingir o mais alto grau de saúde para a população.

O documento dessa Conferência apresenta duas conclusões que surgem então das experiências vivenciadas nos últimos anos quanto à configuração das ações em promoção da saúde. A primeira é que a combinação das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes que as ações centradas em um único ponto. E a segunda é que os mais variados cenários oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais (BRASIL, 2002b; BUSS, 2003).

A 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000, reforça e retoma a importância das políticas públicas saudáveis mediante ações locais, regionais, nacionais e internacionais, destacando que a promoção da saúde é um dever e responsabilidade central dos governos compartilhada por todos os setores da sociedade, ratificando a ideia de intersetorialidade também como elemento chave no processo (BRASIL, 2002b; HEIDMAN, 2006; LOPES, 2010).

Diante dos desafios impostos à saúde da população em um mundo cada dia mais globalizado, a 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, em 2005, trouxe como proposta a identificação das ações, dos compromissos e das promessas necessárias para abordar os determinantes de saúde frente à globalização por meio da promoção da saúde. (WHO, 2005). A consecução dessas propostas depende de estratégias que envolvam forte ação política para o progresso na direção de um mundo mais saudável, ampla participação e uma advocacia e defesa da causa (WHO, 2005; LOPES, 2010).

A Declaração de Bangkok, documento resultante da referida Conferência, avança em reconhecer que, desde a Carta de Ottawa, resoluções têm sido constantemente assinadas em nível nacional e global em apoio à promoção da saúde, no entanto, o que se constata é que tais resoluções não têm sido acompanhadas pelas ações. Nesse sentido, os participantes da Conferência de Bangkok, apelam aos Estados Membros da OMS, para que busquem sanar esta brecha na implementação e mover-se na direção de políticas e parcerias para a ação (WHO, 2005).

O hiato que se mantém entre as discussões e resoluções das várias conferências e a efetivação das ações propriamente ditas, pode ser atribuída, em parte, ao próprio processo de desenvolvimento das concepções de promoção da saúde, uma vez que esse traz consigo as divergências que foram se desenvolvendo no percurso e que se associam à amplitude de aspectos que envolvem este espaço de ação (FONSECA, 2016).

Desde a Conferência realizada em Ottawa, em 1986, várias correntes de promoção da saúde discutiram as tendências do quadro sociossanitário nos mais diversos países, cada qual delineando suas perspectivas, de acordo com o contexto histórico-social daquele momento (CARVALHO, 2005).

Czeresnia (2003) antecipa-se à constatada dificuldade apresentada na Declaração de Bangkok no que tange o estabelecimento de ações no campo da promoção da saúde ao afirmar que:

Independente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais (CZERESNIA, 2003, p. 40).

As ações preventivas caracterizam-se por intervenções orientadas que têm como finalidade evitar o surgimento de doenças específicas, a redução de sua incidência nas populações, baseadas em evidências epidemiológicas. As estratégias de promoção, no entanto, atuam na mudança das condições de vida e dos determinantes que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, sendo necessária uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003). Ainda versando sobre a conceituação de promoção da saúde, Candeias (1997) afirma que:

Sem cair em armadilhas reducionistas, a educação em saúde (não confundir com informação em saúde) procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente porém não exclusivamente, por meio da legislação (CANDEIAS, 1997, p. 211).

Lefevre e Lefevre (2004), porém, ressaltam que uma das dimensões da promoção da saúde é justamente sua capacidade socializadora de difusão da informação, sendo mais bem expressa por um processo não normatizador da informação. Os autores alertam para práticas de educação em saúde que, ora de forma mais explícita, ora mais disfarçada, na verdade nada mais fazem que tentar impor um saber técnico do profissional de saúde, ao invés de informar e dialogarem para que, com a informação técnica decodificada, o sujeito possa conduzir sua vida (LEVFERE; LEFEVRE, 2004).

Novas conceituações de promoção da saúde foram propostas e se desenvolveram desde o novo milênio, buscando clarificar os aspectos que são peculiares à promoção da saúde e apontar os mecanismos para o ordenamento de suas ações, tendo como cerne os preceitos da corrente da Nova Promoção da Saúde inaugurada em Ottawa (FONSECA, 2016).

Portanto, ao se buscar as ações de promoção da saúde no ambiente escolar, busca-se, a princípio, contemplar todas as práticas e ações de saúde que se desenvolvem nas escolas participantes deste estudo, para que, então, possam ser analisadas a partir de suas peculiaridades e perspectivas norteadoras.

Nesse sentido, apesar das falhas e limitações da definição formulada em Ottawa, para o presente estudo, tomaremos como norte tal referencial, uma vez que

ele se constitui como um divisor de águas neste campo, e alçou definitivamente a promoção da saúde para as discussões nas agendas governamentais global, além de ser esta perspectiva de promoção da saúde que têm embasado, na atualidade, as propostas de Escolas Promotoras da Saúde (EPS), conforme será apresentado adiante.

3.4 A Singularidade da saúde no âmbito escolar: da perspectiva sanitaria às Escolas Promotoras da Saúde

Relações entre Medicina e Pedagogia? União de profissionais da Saúde e da Educação? Médico na escola e educador no Centro de Saúde? Escola não é local de atividades exclusivamente pedagógicas e o Centro de Saúde área exclusiva de especialidades médicas? (FONSECA, 1985, p. 313)

Dessa forma, iniciamos este tópico com os questionamentos de Fonseca (1985) ao resenhar o livro *Saúde Escolar e Educação*³, buscando demonstrar como tais indagações perpassam de maneira ora mais explícita, ou ainda que nas entrelinhas, a visão que se tem de saúde no âmbito escolar, permitindo uma reflexão da própria visão que se desenhava da instituição escolar e da própria concepção de saúde, desde as primeiras referências que tratam desse encontro, até as mais recentes propostas.

Evidentemente, a percepção da escola como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações relacionadas à saúde não é recente. Conforme nos apontam Figueiredo, Machado e Abreu (2010), os avatares da política de atenção à saúde na escola têm seus primeiros registros ainda no final do século XVIII e início do século XIX, com a elaboração e publicação do *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, de autoria do médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821). Tal obra, um guia composto de nove volumes, foi publicado na Alemanha a partir de 1779 e ficou conhecida como Sistema Frank, atribuindo ao autor o reconhecimento como o pai da saúde escolar.

Apesar da notoriedade de Johann Peter Frank e de sua obra ser referência inicial quando se trata de remontar o percurso histórico da temática de saúde na escola, esse guia não contemplava apenas tal aspecto, extrapolando também para

³ LIMA, Gerson Zanetta de. *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Cortez, 1985.

outros aspectos da saúde pública e individual como demografia, casamento, procriação, saúde infantil, puerpério, medicina militar, doenças infecto-contagiosas, vestuário, esgotos, suprimento e água e prevenção de acidentes (LIMA, 1985).

Em um contexto político e econômico de uma Alemanha que, ao final do século XVII e maior parte do século XVIII, se firmava como um Estado absolutista, sob a concepção de que o Estado sabia o que era melhor para o povo, um guia capaz de orientar o policiamento médico da população no que tange aspectos relacionados à sua saúde, fortaleceu a difusão da ideia de “polícia médica” (RABELO, 2010).

Para Foucault (2009), a própria estrutura física da escola, seu entorno com cercas e muros, as posições que os alunos ocupam em sala de aula, dispostos em suas carteiras, enfileirados para manutenção da ordem, já evidencia o controle autoritário que aguarda os alunos para moldá-los, discipliná-los. Um espaço com tais peculiaridades se configurava em um espaço ideal de atuação desta chamada polícia médica que, dentre outras funções, deveria supervisionar as instituições educacionais trabalhando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, bem como a elaboração de programas de exercício físico, instrução de crianças e professores a respeito da manutenção e promoção de saúde, além do esclarecimento aos adolescentes a respeito dos excessos sexuais (ROSEN, 1980; LIMA, 1985).

Os primeiros estudos sobre saúde escolar no Brasil deram-se a partir de 1850 e, embora a regulamentação sobre a inspetoria das escolas públicas e privadas da Corte em aspectos relacionados à higiene escolar tenha ocorrido em 1889 com o Decreto do Barão de Lavradio, tais ações ganharam impulso no país somente a partir do século XX. Não por coincidência, em um contexto histórico-social marcado pela intensa imigração em que se afluíam problemas sociais como urbanização, precárias condições de transporte, higiene e saneamento favoreceram a propagação de doenças como varíola, febre amarela, tuberculose e cólera. Isso foi traduzido em uma alta taxa de mortalidade da população, agravada nas crianças, uma vez que incidiam sobre elas, quadros de desnutrição decorrentes de diarreia ou doenças hoje evitáveis como sarampo, tétano, coqueluche e difteria (LIMA, 1985; FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; SILVA; BODSTEIN, 2016).

Foi diante deste cenário caótico que acometia a saúde da população que, no Brasil, conforme nos aponta Lima (1985), a saúde escolar ou higiene escolar – como

então era denominada, ocorreu sob três doutrinas: a da polícia médica, a do sanitarismo e a da puericultura.

A prescrição de um elenco de preceitos e práticas a serem institucionalizados no espaço público da escola, pretendendo ordenar a vida dos escolares sob um novo modo de relação com o mundo – a higiene –, constituiu o cerne do discurso nascente da saúde escolar, então higiene escolar (LIMA, 1985, p.54).

Para o autor, no âmbito da saúde escolar, a polícia médica se concretizou por meio das inspeções das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; o sanitarismo se efetivou pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; e por fim a puericultura mediante a difusão de regras de viver tanto para professores como para alunos.

Nessa perspectiva fiscalizatória e autoritária de lidar com a condição de saúde da população e tratando o indivíduo como incapaz de lidar com seu próprio corpo, algumas ações foram levadas a cabo respaldadas pela lógica de saúde vigente. A criação da Assistência Médica ao Escolar durante a gestão de Francisco Pereira Lopes, então prefeito da cidade do Rio Janeiro entre 1902 e 1906, e a criação, em 1910, do Serviço de Inspeção Sanitária Escolar da Cidade do Rio de Janeiro, sendo este o primeiro serviço de saúde pública ligado ao ensino, tinham entre suas principais ações a vigilância higiênica da escola, profilaxia de moléstias transmissíveis, inspeção médica individual dos alunos, educação sanitária de alunos e professores além da fiscalização do exercício físico escolar (SILVA, 1979; ZANETA DE LIMA; TURINI, 1985; IPP, 2009).

De acordo com Hora (2011), em 1924, Carlos Accioly de Sá, médico, sanitarista que compôs o quadro de professores de Higiene da Escola Normal do Distrito Federal, calcado no modelo alemão da polícia médica, introduziu em várias escolas do Distrito Federal, o que se denominou de “Pelotão de Saúde” que tinha por objetivo a criação de hábitos físicos e mentais por meio do estímulo individual ao escolar incitando ao sentimento de igualar ou superar o outro. Os alunos eram agrupados em pelotões segundo um perfil determinado de desenvolvimento físico e mental, submetidos à inspeção médica para identificação de defeitos e doenças a serem corrigidos, hábitos e atitudes a serem criados ou modificados.

Nesse contexto, as próprias disciplinas que integravam a estrutura curricular de ensino nas escolas, incorporaram o conceito de saúde elaborado com base em preceitos médicos e biológicos. Disciplinas como a Educação Física assumem papel de grande destaque no ambiente escolar, respaldadas pelo Movimento Ginástico Europeu, contribuindo para a formação de uma nação padronizada, saudável e que fosse capaz de realizar o trabalho industrial que emergia no contexto brasileiro (SOARES, 1994; VAGO, 1999). A esse respeito, Silva (1999) afirma que:

As relações que se estabelecem com o corpo e, paralelamente, a concepção de saúde que se estrutura nesse período, apresentam fortes marcas de uma ordem econômica tão diversa quanto a do capitalismo... O corpo do indivíduo é a concretização da força de trabalho, mercadoria fundamental nesta nova ordem; o corpo social é a garantia de reprodução dessa mercadoria (p.42).

Tal citação justifica a perspectiva de que a Educação Física como componente curricular na escola poderia colaborar para a transformação social tão almejada à época, sendo um elemento eficaz para regenerar a população brasileira considerada fraca, doente, suja, imoral e preguiçosa (SOARES, 1994; VAGO, 1999).

Para além do exemplo da Educação Física, Scarpini (2016) ressalta que muitas foram as prescrições curriculares que foram estabelecidas pelo poder público para instituições escolares públicas entre o final do século XIX e meados do século XX, destinados à preparação do aluno, cujo currículo apresentava disciplinas relacionadas às questões de saúde. A autora cita os apontamentos de Souza (2008) que discorre sobre os programas de ensino das Escolas Preliminares, em 1892, que dava ênfase às questões de higiene por meio da disciplina de “Noções físicas, químicas e naturais”; Em 1905 e 1925, nas Escolas Primárias, o assunto também foi abordado; sendo, em 1905, por meio da disciplina “Ciências físicas e naturais - Higiene” e, em 1925, na disciplina “Ciências e Naturais (Lições de Cousas no 1º e 2º anos)” e, no programa para o Ensino Primário Fundamental, nos anos de 1949 e 1950, por meio da disciplina “Ciências naturais – Higiene”.

Apesar das propostas que foram idealizadas e experimentadas ao longo desse período, como resultado dos avanços tecnológicos e científicos que o Brasil vivenciou, desloca-se o discurso tradicional de concepção do sujeito incapaz de lidar com sua saúde em uma lógica de cuidado assistencialista biomédico, para um enfoque de múltiplos olhares que emerge durante a década de 1980, incorporando o

conceito de promoção da saúde na saúde pública, estendendo-o também para o contexto escolar (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Os modelos higienistas de Saúde Escolar e os modelos de intervenção que atuaram de modo fragmentado a partir da metáfora do corpo como máquina e que consideravam a saúde como ausência de doença estavam fadados ao fracasso; era necessário entender que a saúde é produzida na sociedade e é influenciada pelas formas de organização da vida cotidiana, da sociedade, da cultura, da subjetividade e das relações com o meio ambiente, preceitos recentemente declamados na Carta de Ottawa (SILVA, 2003; CARVALHO, 2005).

Nesse recorte, a partir da valorização da escola como núcleo de convivência de crianças e adolescentes, capaz de promover a articulação com seus familiares e a comunidade, concebe-se a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (ou Escola Saudável). A escola é espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando esta questão se insere na constituição do conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de sua saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2007a, p.24).

Com o avanço e fortalecimento da democracia e da luta pela cidadania no país, o trabalho educativo em saúde, vivenciado no âmbito escolar, avançou no decurso de novas concepções teóricas no campo da saúde e da educação, o que permitiu a incorporação de práticas educativas em saúde no cotidiano didático-pedagógico das escolas, além de contribuir para uma crescente consolidação da cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e Educação, o que fortaleceu possibilidades de ações educativas em saúde nos espaços institucionais como a disseminação da proposta das escolas como espaços de desenvolvimento de ações de promoção da saúde; a inclusão dos temas transversais nos currículos escolares, entre outras ações que foram desencadeadas no sentido de reforçar as condições necessárias para que a temática saúde passasse a fazer parte do cotidiano da escola (BRASIL, 2007a).

A escola, então, é reconhecida como um espaço de descobrimento, discussão, reflexão, reconstrução de conceitos e saberes que deve propiciar ao sujeito condições para que ele possa vivenciar o mundo de maneira autônoma, crítica e reflexiva no que concernem os vários aspectos que compõem sua vida, incluindo-se aí, sua saúde. Sendo assim, como qualquer outro conhecimento

historicamente construído, no caso específico da temática saúde no âmbito escolar, não é a simples transferência de seus saberes, conceitos e técnicas assistencialistas para a escola, mas uma transformação didática desse conhecimento, de forma que o mesmo seja capaz de assumir um caráter pedagógico que permita ao sujeito elevar sua criticidade, capacidade reflexiva e maior autonomia na busca de melhorias em relação a suas condições e estado de saúde.

A OMS, a partir desse contexto de mudanças, criou a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde e publicou em suas regionais os Guias sobre Escolas Promotoras de Saúde (SILVA; BODSTEIN, 2016). Em 1995, foi organizado, no Chile, o Congresso de Saúde Escolar sendo acordada a criação da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde, que tinha como objetivo fortalecer os mecanismos de intercâmbio de conhecimento e experiências sobre saúde escolar. Tal Iniciativa tem como foco o apoio aos setores da Saúde e Educação e outros que possam colaborar, nas definições das prioridades de saúde escolar e das ações que visem à criação, implementação e manutenção de ambientes escolares físicos e psicossociais saudáveis (BRASIL, 2007a).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (1995), caracteriza-se como promotora de saúde, a escola que atua concomitantemente em três grandes áreas: ambiente saudável, oferta de serviços de saúde e educação em saúde. Entre os objetivos a serem atingidos pela Escola Promotora de Saúde, destacam-se: a promoção de ambiente saudável; o estímulo ao desenvolvimento de estilos de vida saudáveis; a promoção da autoestima entre os alunos; o estabelecimento de relações positivas entre os alunos, entre alunos e professores, entre professores e pais e entre a escola e a comunidade; o oferecimento dos conhecimentos e habilidades necessárias para que os alunos tomem decisões adequadas em relação à sua saúde pessoal e ao aprimoramento do ambiente que os cerca, dentro e fora da escola (OPAS, 1995).

Harada et al. (2003) indicam que a Escola Promotora da Saúde é a escola que tem uma visão integral do ser humano, que os considera a partir de seu ambiente familiar, comunitário e social, fomentando o desenvolvimento humano saudável nas relações construtivas e harmônicas, além de promover aptidões e atitudes para a saúde em ambiente adequado, seguro e confortável tanto físico, como psicologicamente.

Ippolito-Shepherd (2002) vai além ao pormenorizar os elementos que compoem uma Escola Promotora da Saúde, afirmando ser ela uma escola que busca:

- a implementação de políticas de apoio à dignidade e o bem estar individual e coletivo, além de oferecer multiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento para crianças e adolescentes;
- a implmentação de estratégias que fomentam e apoiam a aprendizagem e a saúde, permitindo a participação dos setores saúde e educação, da família e comunidade, oferecendo educação para a saúde em forma integral e desenvolvimento em habilidades para a vida, reforçando os fatores de proteção e diminuindo os fatores de risco, além de permitir o acesso aos serviços de saúde, nutrição e atividade física;
- o envolvimento de todos os membros da escola e comunidade na tomada de descisões e execução das intervenções;
- a melhoria do ambiente físico e psicossocial, criando ambientes livres de fumo, drogas, abusos e qualquer tipo de violência; tendo garantido o acesso à água potável e instalações sanitárias adequadas, a possibildiade de escolhas saudáveis e a promoção de atividades que se estendam para fora da escola;
- a implementação de ações que conduz a uma melhoria da saúde de seus membros envolvendo os líderes comunitários e assegurando acesso à nutrição, atividade física, condições de higiene e limpeza, e serviços de saúde.
- oferta de capacitação efetiva a professores e educadores;
- a formação de uma comissão local de educação e saúde composta por associações de pais, organizações não governamentais e organizações comunitárias.

Vê-se que as peculiaridades que configuram uma instituição escolar como uma EPS, são, em suma, alinhadas aos preceitos de promoção de saúde definidos em Ottawa. Essa escola se configura então, em um espaço capaz de permitir uma discussão ampliada em torno da temática saúde e, para a consecução dos objetivos que envolvem uma EPS, suas ações devem ser respaldadas em estratégias que envolvam outros setores para além dos limites da escola.

De acordo com Young, Leger e Blanchard (2012, p. 01, tradução nossa),

A promoção da saúde no ambiente escolar pode ser definida como qualquer atividade estruturada e planejada que se compromete a melhorar e/ou proteger a saúde de todos os usuários da escola. É um conceito mais amplo do que educação para a saúde e que inclui o fornecimento e atividades relacionadas com: políticas escolares saudáveis, ao ambiente da escola físico e social, o currículo, redes da comunidade e serviços de saúde (p. 01).

No entanto, ainda que a escola seja um espaço privilegiado para se debater questões sobre saúde, Leger, Young e Blanchard (2012) apontam alguns dilemas que ainda dificultam o estabelecimento de ações efetivas como: diferentes agendas e prioridades entre o setor saúde e educação; o pouco tempo dedicado à discussão do tema saúde na escola em detrimento a outros temas; os diferentes modelos e concepções de saúde; e os diferentes sistemas culturais, sociais e políticos bem como os recursos disponíveis. Magalhães (2015) corrobora os apontamentos de Leger, Young e Blanchard (2012), ao afirmar que:

[...] A intersetorialidade implica articulação estratégica voltada à convergência de iniciativas e integração de recursos gerenciais, financeiros e humanos com o objetivo de dar novos contornos ao padrão tradicionalmente fragmentado das agências públicas. No campo da saúde a intersetorialidade contribui para o alcance de resultados e mudanças sustentáveis e equitativas (MAGALHÃES, 2015, P. 1428).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresenta algumas ações que buscaram a articulação entre os setores governamentais na formulação de políticas e na consecução de ações no âmbito escolar voltadas à promoção da saúde da população. A própria PNPS apresenta, como exemplo de articulação entre setores, a Portaria Interministerial nº 766, de 16/5/2001, que instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial Saúde e Educação, cuja coordenação do Ministério da Saúde tinha como atribuições a elaboração, implementação e acompanhamento dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação sobre Saúde e Orientação Sexual (BRASIL, 2002a). Outro exemplo foi a Portaria Interministerial nº 749/2005 que, ao considerar a necessidade da articulação institucional entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para ações de saúde no âmbito escolar, constituiu a Câmara Intersetorial para elaboração de diretrizes a fim de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola (BRASIL, 2005).

Atualmente, o Programa Saúde na Escola (PSE) se configura como um dos baluartes em que se sustentam a aproximação entre a saúde e educação nas ações que se concretizam no cotidiano escolar. O PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, como resultado de um trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação que visava contribuir para a formação integral dos estudantes com ações de prevenção, promoção e atenção à saúde por meio da articulação entre as redes de atenção básica de saúde e a rede de educação básica (BRASIL, 2007b), sendo esta articulação dos dois setores a base do PSE.

Encontra-se entre as diretrizes do PSE, além da intersetorialidade e da integralidade, a territorialidade, permitindo aos municípios que aderem ao Programa, indicarem cada escola para a participação, que passa a ter uma Equipe de Saúde da Atenção Básica como referência para execução conjunta das ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos, desde seu planejamento, execução e monitoramento. Nesse sentido, o planejamento das ações deve levar em consideração o contexto social do educando, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2007b). A Atenção Básica, aqui compreendida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), configura-se em estratégia fundamental para redimensionar os processos e ações de educação em saúde por meio de valorização das ações coletivas e a reconstrução e ressignificação de práticas de saúde a partir da ação conjunta de setores para além do setor saúde em determinado território (BRASIL, 2015a).

A efetivação do PSE realiza-se por meio de Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI) nas diferentes instâncias governamentais. Na esfera federal, por exemplo, a transferência dos recursos financeiros dos municípios que aderem ao PSE ocorre via Ministério da Saúde, como parte integrante do financiamento da atenção básica, enquanto que o financiamento ou fornecimento de material didático-pedagógico e clínico se efetua por meio do Ministério da Educação (BRASIL, 2015a). No município, o termo de compromisso e contratualização do PSE dá-se por meio do Sistema de Gestão da Atenção Básica, que é o portal do gestor do setor saúde, responsável por alimentar o sistema a partir das informações e dados obtidos sobre a execução do PSE e das atividades realizadas naquele município (BRASIL, 2015).

Em estudo conduzido por Machado et al (2015), em que se buscou identificar as ações desenvolvidas por dezessete mil e vinte e duas Equipes de Saúde da Família participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com dados do ano de 2012, verificou-se que em todas as regiões do país foram relatadas atividades desenvolvidas no ambiente escolar, sendo a região norte a que mais executou atividades neste ambiente (80,5%), enquanto que a região sudeste a que menos relatou atividades neste espaço (69,4%).

Portanto, ao se constituir um GTI em nível municipal que de fato apresente uma composição facilitadora das tomadas de decisões dos setores saúde e educação (de forma compartilhada e democrática para a melhoria da condição de saúde dos educandos em determinado território) sugere-se a participação de gestores das secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Atenção Básica e representantes dos educadores que atuarão no PSE e das escolas envolvidas, que têm entre suas responsabilidades: a definição das escolas a serem atendidas no âmbito do PSE; apoio à implementação das diretrizes e princípios do PSE em todas as suas fases; a articulação para inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos político-pedagógicos das escolas; e viabilizar a integração e planejamento conjunto entre as equipes dos dois setores (BRASIL, 2018).

Entre as ações elencadas na criação do PSE ainda em 2007 encontravam-se: I - avaliação clínica; II - avaliação nutricional; III - promoção da alimentação saudável; IV - avaliação oftalmológica; V - avaliação da saúde e higiene bucal; VI - avaliação auditiva; VII - avaliação psicossocial; VIII - atualização e controle do calendário vacinal; IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências; X - prevenção e redução do consumo do álcool; XI - prevenção do uso de drogas; XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; XIV - educação permanente em saúde; XV - atividade física e saúde; XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no PPP das escolas (BRASIL, 2007b).

Destaca-se, porém, que as dezessete ações apresentadas acima foram redefinidas a partir de novas demandas que emergiram na última década e,

atualmente, encontram-se reorganizadas em doze temáticas de ações (BRASIL, 2017), conforme será discutido mais adiante.

Ademais, estudos recentes apontam obstáculos que têm sido encontrados durante o processo que envolve o PSE como: frágil formação dos profissionais nas fases do programa, incipiente interação intersetorial, condições estruturais, recursos humanos e materiais que não atendem às expectativas do programa (BAGGIO et al, 2018) e que se refletem em falhas tanto no processo de implantação do PSE, até na ineficácia das ações junto aos alunos (ATALIBA e MOURÃO, 2018).

Portanto, as atividades desenvolvidas nas escolas participantes do PSE devem funcionar de modo que se coadunem com o PPP da instituição e sejam coerentes com pressupostos de aprendizagem adotados e que atendam às expectativas dos atores envolvidos por meio de estratégias pedagógicas que podem ser sugeridas ou aperfeiçoadas pelos profissionais tanto da educação como da saúde, a partir das competências e saberes de cada setor (BRASIL, 2015a).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo caracteriza-se como descritivo de abordagem qualitativa, pois conforme nos apontam Bogdan e Biklen (1994)

esse tipo de abordagem exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora de nosso objeto de estudo (BOGDAN; BIKLEN (1994, p.49) .

Assume-se, como marco teórico metodológico para a presente pesquisa, a abordagem histórico-cultural na perspectiva vigotskiana que tem como princípios metodológicos: a “análise do processo e não apenas do objeto/produto, análise do desenvolvimento histórico do fenômeno, e por fim uma análise explicativa e não apenas descritiva do fenômeno” (VIGOTSKI, 1991). Para Vigotski (1991,1995), o objeto de pesquisa não está dado, mas é construído historicamente e, portanto, se faz necessário examiná-lo nesse processo histórico em constante movimento de maneira a compreendê-lo e explicá-lo enquanto processo e não apenas descrevê-lo como objeto inerte em determinado recorte histórico.

À luz do referencial de Vigotsky, o significado apresenta-se na condição de algo que assume um *status* mais coletivo, compartilhado e com certa estabilidade, enquanto o sentido se desenvolve no plano mais individual e menos estável da significação. Daí, constata-se que a atribuição de sentidos e significados é de cada um (VIGOTSKI,2001; PINO, 1992). São fenômenos produzidos pelos sujeitos, como resultado de construções que se dão nas relações, por meio de fatos, objetos e ações, marcadas pelas trajetórias e experiências de cada um, e de todos ao mesmo tempo, em determinado contexto histórico em que vivem (ZANELLA et al, 2007). É, portanto, uma construção histórico-cultural, pois conforme nos afirma Vigotski (1995, 2001), aquilo que parece individual na pessoa é, na verdade, resultado da sua construção a partir das relações sociais experienciadas.

Vigotski (1995, 2001) aponta, ainda, que as características e atitudes individuais estão profundamente impregnadas das trocas com o coletivo e que todo

sujeito adquire seus conhecimentos a partir de relações interpessoais, de troca com o meio.

Zanella et al (2007) aponta que:

[...] toda e qualquer atividade humana foco de investigação psicológica requer, para sua compreensão e explicação, o olhar sobre os sentidos que têm para os sujeitos em relação, olhar esse que considere a indissociabilidade de sujeitos, de suas condições de possibilidades e a realidade histórica do contexto do qual ativamente participam (p. 31).

Ao se buscar a percepção dos gestores da escola em relação a conceitos e ações de promoção da saúde, busca-se elucidar as motivações que geraram tais respostas, uma vez que segundo Vigotski (2001), para compreender a linguagem do outro é necessário ir além de suas palavras, buscando também o pensamento e a motivação que os constitui, pois por trás de cada pensamento há uma intencionalidade, um desejo que permeia a ação.

4.2 Contexto do estudo

O Estado de Minas Gerais conta com 853 municípios, sendo que sua gestão educacional ocorre por meio da Secretaria de Estado de Educação (SEE/MG). Esta, por sua vez, subdivide-se em 47 Superintendências Regionais de Ensino (SRE's) que têm por finalidade "exercer, em nível regional, as ações de supervisão técnico-pedagógica, de orientação normativa, de cooperação, de articulação e de integração do Estado e Município, em consonância com as diretrizes e políticas educacionais" (MINAS GERAIS, 2011). As subdivisões das SRE's em todo Estado de Minas Gerais podem ser mais bem visualizadas na figura a seguir:

4.4 Participantes

4.4.1 Primeira etapa

As cinquenta escolas estaduais pertencentes à circunscrição SRE-Passos foram convidadas a participar desta etapa da pesquisa mediante texto-convite enviado pelo *e-mail* institucional de cada escola, disponibilizados no site⁵ da SRE-Passos, acompanhado do *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual, ao concordar com a participação, permitia avançar para o questionário a ser respondido ou, caso contrário, de não aceitação de participação na pesquisa, era finalizado sem permitir acesso ao questionário.

Entre as cinquenta escolas convidadas e após contato telefônico, quarenta e uma concordaram com a participação mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam ao questionário disponibilizado em seguida.

O total de escolas estaduais existentes em cada um dos municípios pertencentes à SRE-Passos, bem como o total de escolas participantes em cada um dos municípios, são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Distribuição das escolas estaduais por município na SRE-Passos MG

Município	Quantidade de escolas estaduais no município	Quantidade de escolas participantes no município
A	03	02
B	01	01
C	02	02
D	04	04
E	01	00
F	01	01
G	01	01
H	09	06
I	01	01
J	16	12
K	01	01
L	04	04
M	02	02
N	01	01
O	02	02
P	01	01
Total: 16	50	41

Fonte: dados da pesquisa (2017)

⁵<https://editapassos.wordpress.com/enderecos-escolas-estaduais/>

4.4.2 Segunda etapa

Uma vez finalizada a primeira etapa, o presente estudo buscou avançar no aprofundamento das questões que emergiram durante esse processo. Muitas escolas afirmaram desenvolver ações de promoção/educação em saúde, mas tais ações encontravam-se alinhadas às propostas das EPS que se pautam nos preceitos da promoção de saúde conclamados em Ottawa na época de 1980? Qual a percepção dos gestores responsáveis sobre as possibilidades e barreiras para o desenvolvimento de ações de saúde no âmbito escolar? Qual concepção de saúde norteia tais práticas? Quais estratégias pedagógicas são utilizadas para o desenvolvimento de tais ações? Quais desafios se interpõem no contexto analisado para ações intersetoriais de saúde no âmbito escolar? Nesse sentido, reconhecida a importância de responder a tais indagações para melhor compreensão do objeto estudado, bem como ciente das dificuldades operacionais de contemplar quarenta e uma escolas participantes da primeira etapa, distribuídas em dezesseis municípios, optou-se por selecionar seis escolas para o desenvolvimento desta segunda etapa por meio de uma abordagem que nos permitisse aprofundar nas questões apresentadas..

Tal escolha levou em consideração as respostas obtidas por intermédio do questionário (Apêndice A) enviado anteriormente na primeira etapa e buscou selecionar três escolas que relataram desenvolver ações de promoção da saúde e outras três escolas que relataram não desenvolver tais ações. Obviamente, na prática, apenas esse critério não se sustentou, uma vez que das quarenta e uma escolas participantes, quarenta delas afirmaram desenvolver ações de promoção da saúde e apenas uma negou tais ações. Esse fato criou, de imediato, dois problemas: como selecionar apenas três escolas entre as quarenta que afirmaram desenvolver ações de promoção da saúde e como lidar com uma única escola que negou desenvolver tais ações?

Para tanto, buscou-se considerar, entre as escolas participantes, outros aspectos do questionário que pudessem levar a uma seleção que contemplasse adequadamente o propósito do referido estudo. Ciente dos desafios e dos vários fatores que envolvem a caracterização de uma escola promotora da saúde, bem como suas ações conforme discutido anteriormente, optou-se por privilegiar, para a

seleção das escolas, os aspectos relacionados à caracterização das ações pedagógicas no âmbito escolar, por compreendermos que, entre os vários fatores que caracterizam a promoção da saúde no âmbito escolar, o trabalho intersetorial, o envolvimento da comunidade e a incorporação da saúde no projeto pedagógico da unidade escolar, são aspectos determinantes para o sucesso de tais ações.

Sendo assim, o quadro abaixo, apresenta as escolas e suas respectivas respostas de acordo com maior distanciamento (destaque em sublinhado) ou aproximação (destaque em negrito) da perspectiva de promoção da saúde que foram definitivas para a escolha das escolas participantes na segunda etapa:

Quadro 1–Seleção das escolas para participação na segunda etapa

Em relação aos profissionais que participam da elaboração e execução dos projetos, marque a alternativa que melhor adequa-se à sua realidade:		
A escola conta com apoio somente do corpo docente da própria escola para elaboração e execução dos projetos de promoção/educação em saúde.	Os projetos são elaborados e executados de maneira intersetorial, envolvendo profissionais da escola e do setor saúde.	Os profissionais da saúde são os principais responsáveis pela elaboração e execução dos respectivos projetos, realizando atividades pontuais junto aos alunos.
<u>E15</u> – <u>E20</u> – <u>E24</u> – <u>E27</u> – <u>E31</u> – <u>E38</u> – <u>E41</u> -	E1 – E2 – E3 – E4 – E6 – E7 – E8 – E9 – E10 – E11 – E12 – E13 – E14 – E16 – E17 – E18 – E22 – E23 – E25 – E26 – E30 – E32 – E34 – E35 – E36 – E37 – E39	E5 – E19 – E21 – E28 – E29 – E33 – E40 -
Os projetos são idealizados com foco no seguinte público-alvo:		
Somente os alunos da escola.	Alunos e profissionais da escola.	Toda comunidade escolar (alunos, profissionais, família)
E5 – <u>E20</u> – E26 – <u>E27</u> – E33 – <u>E38</u> -	E2 – E3 – E4 – E11 – E12 – E14 – E15 – E16 – E17 – E21 – E23 – E28 – E29 -	E1 – E6 – E7 – E8 – E9 – E10 – E13 – E18 – E19 – E22 – E24 – E25 – E30 – E31 – E32 – E34 – E35 – E36 – E37 – E39 – E40 – E41 -
Com base nas ações que buscam promover aprendizagens relacionadas à saúde que são desenvolvidas em sua escola, marque o modelo que mais se aproxima de sua realidade:		
As ações envolvem questões vinculadas a temas específicos, em função de campanhas relacionadas ao setor saúde (saúde bucal, vacinação, prevenção de acidentes, combate às drogas, dengue, entre outras).	Ações de saúde desenvolvidas na escola através de programas intersetoriais (saúde e educação) com caráter mais processual e contínuo.	Incorporação da saúde como objeto de trabalho escolar, realizada a partir da definição de objetivos e conteúdos que devem ser desenvolvidos tanto por disciplinas específicas quanto transversalmente ao currículo escolar.
E2 – E5 – E9 – E10 – E11 – E12 – E15 – E16 – E18 – E19 – <u>E20</u> – E21 – E23 – E24 – E26 – <u>E27</u> – E28 – E29 – E30 – E34 – <u>E38</u> – E39 – E40 – E41 -	E6 – E7 – E13 – E14 – E17 – E25 – E32 – E33 – E37 -	E1 – E3 – E4 – E8 – E22 – E31 – E35 – E36 -

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Nesse sentido, entre as quarenta escolas que afirmaram desenvolver ações de promoção da saúde – e considerando os aspectos que julgamos ser de grande relevância para a consecução da promoção da saúde no âmbito escolar como: uma prática intersetorial, ações envolvendo toda comunidade escolar e a incorporação da saúde no projeto pedagógico da escola – vislumbra-se que as escolas E1, E8, E22, E35 e E36, são as que apresentaram as respostas com maior alinhamento às propostas da EPS conforme destaque em negrito no quadro acima. Entre essas, escolheu-se as escolas E22, E35 e E36 para a segunda etapa, pois elas afirmaram conhecer e já terem participado do PSE, diferentemente da E1 que, apesar de conhecer, nunca participou e da E8 que afirmou não conhecer o PSE.

Em contrapartida, vislumbrava-se como expectativa que mais escolas relatassem não desenvolver ações de promoção da saúde e, a partir daí, seriam definidas outras três escolas para aprofundamento. No entanto, apenas uma escola (E27) relatou não desenvolver tais ações já sendo definida de imediato para a segunda etapa. E buscou-se entre as que apresentaram ações, aquelas com uma visão mais reducionista de suas ações, considerando aspectos como: apoio somente do corpo docente da escola, projetos focados apenas nos alunos da escola e ações vinculadas a temas específicos e pontuais. Assim, conforme destaque no quadro acima em sublinhado, as escolas que apresentaram tais respostas foram a E20, E27 (já selecionada por relatar não possuir ações de PS) e E38 (também selecionada para a segunda etapa).

Vale destacar que a intenção de selecionar três escolas com ações mais condizentes com uma perspectiva de promoção da saúde e três escolas que se distanciam de tal perspectiva, para a entrevista na segunda etapa, não objetivava uma comparação entre as escolas, mas um aprofundamento nas questões que norteiam a percepção dos responsáveis sobre a saúde no âmbito escolar.

4.5 Instrumento de coleta dos dados

4.5.1 Primeira etapa

O questionário utilizado, nesta etapa, caracterizou-se como do tipo *survey*, e entre seus propósitos estão descrever as características de determinados fenômenos (descrição), proporcionar maior familiaridade com o problema em

questão (exploração) e identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de determinados fenômenos (explicação) (FREITAS et al., 2000).

Freitas et al. (2000) destacam outro ponto de grande relevância nesse tipo de pesquisa que é a respeito da adequação dos respondentes (indivíduos que fornecem informações) à unidade de análise (aquilo que se pretende analisar), em outras palavras, se os respondentes são realmente capazes de emitir informações que representem a unidade de análise em questão. No caso da presente pesquisa, foi solicitado no *e-mail* direcionado às escolas, para que, ao aceitarem participar da referida pesquisa, o questionário fosse respondido preferencialmente pelo diretor da escola, supervisor pedagógico ou outro profissional que estivesse familiarizado com os projetos pedagógicos desenvolvidos na unidade, na tentativa de que o indivíduo respondente fosse capaz de representar a unidade de análise almejada (PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993).

Para tanto, entre as possibilidades de *softwares*, ferramentas e recursos disponíveis na atualidade para a elaboração e utilização de um questionário tipo *survey*, para a presente pesquisa optou-se pela utilização da ferramenta *Google Forms*⁶, que se caracteriza como uma ferramenta de gerenciamento, criação e edição de questionários online disponibilizado pelo aplicativo *Google Docs*. Tal escolha deu-se pelo fato dessa ferramenta ser disponibilizada gratuitamente, bastando para sua utilização apenas o cadastro de uma conta de acesso aos serviços, além de permitir quantidade ilimitada de perguntas na composição do questionário.

A elaboração do questionário (Apêndice A) a ser utilizado por meio da ferramenta escolhida buscou realizar um diagnóstico sobre as ações de promoção da saúde atualmente vigentes nas escolas participantes. Para a composição do questionário foram considerados aspectos relevantes para a avaliação da promoção da saúde no espaço escolar e, reiteradamente, já apontados na literatura como característicos e/ou facilitadores da promoção da saúde nesse espaço como a sua condição e estrutura física, condições de acessibilidade, o envolvimento da comunidade escolar, as habilidades pessoais para saúde e o modo como essa é inserida nas propostas pedagógicas da escola (BRASIL, 2002a, 2002b; IPPOLITO-

⁶ A ferramenta *Google Forms* é disponibilizada pelo aplicativo *Google Docs*, que se configura em uma plataforma de recursos de armazenamento, edição, elaboração e apresentação de arquivos online através de uma conta pessoal que pode ser criada no site <https://accounts.google.com/>.

SHEPERD, 2002, 2006; BRASIL, 2007a; MONTEIRO; BIZZO, 2015; PINTO, 2016). Sendo assim, o questionário foi estruturado em quatro dimensões que visaram mapear a situação da escola em relação à caracterização do público atendido, sua estrutura física, a conceituação de saúde no âmbito escolar e a caracterização das ações pedagógicas em saúde, constituindo-se de questões fechadas e abertas.

Ressalta-se que a utilização do referido questionário, nesse momento, não busca aprofundar nas questões levantadas até aqui, mas se configura em um instrumento capaz de permitir um mapeamento geral e um olhar capaz de alcançar, ainda que de forma generalizada, as questões atinentes à saúde no contexto das escolas pertencentes à SRE Passos.

4.5.2 Segunda Etapa

Uma vez que as seis escolas tenham sido selecionadas de acordo com os critérios estabelecidos, a segunda etapa da coleta dos dados envolveu a utilização de entrevista semiestruturada com um roteiro norteador (Apêndice B) que buscou captar o olhar dos responsáveis das seis escolas selecionadas em relação a aspectos relacionados à promoção da saúde no âmbito escolar.

Para tanto, foi previamente agendado um encontro com cada um dos responsáveis de cada uma das seis escolas selecionadas para a realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas nas respectivas escolas e variaram entre vinte a quarenta minutos de duração.

Vale destacar que os participantes da entrevista foram os mesmos que responderam ao questionário enviado na primeira etapa, buscando assim, manter a coerência de representatividade da escola participante.

Para Neto (2002),

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (NETO, 2002, p.57).

Boni e Quaresma (2005) afirmam que a entrevista semiestruturada permite que o entrevistador direcione a discussão para o assunto investigado em momento oportuno, elaborando ainda perguntas adicionais que venham elucidar questões ou falas que não tenham ficado esclarecidas, é capaz, ainda, de permitir recompor o contexto da entrevista caso este esteja sendo demasiadamente desfocado. Os autores citados apontam também, como vantagem, sua flexibilidade quanto à duração e potencialidade de aprofundamento no tema investigado. Destaca como desvantagem dessa técnica, o dispêndio de tempo e recursos financeiros, o que de fato se evidenciou, além da insegurança em relação ao anonimato do entrevistado, questão essa não evidenciada no presente estudo.

Nesse sentido, tanto na situação na qual as práticas em promoção da saúde são mais consistentes, como no caso das escolas em que tais práticas em saúde não são desenvolvidas, entendemos que a entrevista permite um aprofundamento nas questões que permeiam as escolhas e ações em ambos os cenários. A esse respeito, Duarte (2004) afirma que:

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004, p. 215).

Para tanto, o roteiro norteador (Apêndice B) buscou estruturar-se de maneira que fossem contemplados, durante a entrevista, aspectos como o conceito de saúde na percepção do entrevistado, os temas de saúde desenvolvidos na escola, a importância da escola em relação à saúde do aluno, as barreiras que se interpõem na consecução de ações de saúde nesse espaço, além da importância da promoção da saúde no contexto escolar.

4.6 Procedimentos de Análise dos Dados

4.6.1 Primeira etapa

Buscou-se apresentar os dados em função das ocorrências encontradas entre as escolas participantes para cada tópico investigado. Para as questões fechadas, a ferramenta por meio da qual o questionário foi aplicado gerou automaticamente um gráfico que apresentava o percentual equivalente para cada resposta selecionada. Para as questões abertas que buscavam levantar as ações desenvolvidas pelas escolas, buscou-se distinguir todas as ações que emergiram entre as respostas, organizando-as, em seguida, pela frequência em que apareceram. A partir da apresentação dos resultados, sua discussão foi motivada pelas aproximações e distanciamentos entre os resultados encontrados e a literatura.

Cabe destacar que, nesse momento, não foi possível um aprofundamento para corroborar afirmações apresentadas pelos respondentes. Por exemplo, mesmo que o respondente tenha afirmado a existência de ações e/ou projetos de promoção da saúde em sua escola, esse dado pode não condizer com as demais respostas do questionário, uma vez que, na percepção do respondente, uma palestra aleatória de um profissional da saúde realizada junto aos alunos de maneira desconectada do planejamento pedagógico vivenciado pelos educandos, podia ser tida como referência para afirmar que a escola desenvolve ações de promoção da saúde, distanciando-se muito de ações como o fortalecimento de um ambiente favorável à saúde, ações intersetoriais, o envolvimento da comunidade, o tema saúde desenvolvido de maneira interdisciplinar, que são alguns exemplos que apontam para a caracterização de uma EPS.

Para tanto, compreendendo aqui, que ações de promoção da saúde no ambiente escolar envolvem propostas e processos educativos que têm como eixos a construção de vidas e ambientes mais saudáveis e o conhecimento em saúde como algo que é construído e apropriado e não algo simplesmente a ser transmitido, a análise das respostas às perguntas fechadas, apesar de não permitirem o merecido aprofundamento nesse momento, permitiu uma visão geral das ações que vêm sendo desenvolvidas nas escolas participantes e possibilitou, em um segundo momento, aprofundarmo-nos nas questões e pontos aqui levantados à luz do referencial teórico pesquisado da Promoção da Saúde consolidado na década de

1980 que tem embasado as propostas de EPS (BRASIL, 2002a; IPPOLITO-SHEPERD, 2002).

4.6.2 Segunda etapa

A procura de um método torna-se um dos problemas mais importantes de todo empreendimento para a compreensão das formas caracteristicamente humanas de atividade psicológica. Nesse caso, o método é, ao mesmo tempo, pré-requisito e produto, o instrumento e o resultado do estudo (VIGOTSKI, 1991, p. 45-46).

O desdobramento do presente estudo em duas etapas teve por finalidade, permitir melhor compreensão e aprofundamento nas questões que emergiram na primeira etapa e avançar na compreensão de aspectos subjetivos que pudessem permear as relações que se estabelecem entre um sujeito, na perspectiva vigotskiana que é concebido “em um movimento dialético, constituído e constituinte nas e pelas relações sociais, semioticamente mediadas” (ZANELLA et al. 2007, p.28), e sua percepção no que concerne ao fenômeno saúde e sua relação com o espaço escolar.

Ainda que o presente estudo se constitua de etapas distintas e possua instrumentos, formas de análise e apresentação dos resultados diferenciados para cada momento vale destacar que a reflexão lançada sobre os seus resultados, busca nortear-se por uma compreensão do todo por meio das relações dos fragmentos que o compõe, sendo que esses, além de determiná-los, são determinantes do todo composto (ZANELLA et al., 2007).

A esta condição de olhar para a totalidade do fenômeno, soma-se o cuidado de observá-lo e compreendê-lo como um processo em constante movimentação e mutualidade que configuram o dinamismo dialético e complexidade que o constituem historicamente e não em sua forma cristalizada e inerte (VIGOTSKI, 1991; ZANELLA et al. 2007).

Ademais, Vigotski (1991) sobreleva a importância de uma análise que denomina como genotípica, que consiste na capacidade de explicação de um fenômeno baseando-se em sua origem, naquilo que de fato o constitui de maneira a considerar sua historicidade e não mera e equivocadamente reduzida a um diagnostico de sua aparência externa por meio de narrativas descritivas frívolas e

superficiais que não são capazes de elucidar as relações dinâmico-causais reais, subjacentes ao fenômeno.

O cuidado na análise de determinado fenômeno faz sentido e é corroborado por outra preocupação quando se analisa, sob a luz da abordagem histórico-cultural, o que Vigotski (1991) nomeou como forma fossilizada, ou comportamento fossilizado, em que processos que passaram por estágios bastante longos de desenvolvimento histórico tornam-se mecanizados, perdem sua aparência original e seu caráter automatizado o que cria dificuldades para a análise psicológica. Entendemos, pois, que tais cuidados estendem-se ao processo de análise de determinado fenômeno.

Ao se buscar compreender a percepção da saúde no contexto escolar por meio de atores envolvidos nesse processo que, de alguma maneira, pela posição em que se encontram nas instituições podem influenciar nas formas como a saúde é desenvolvida neste contexto, assume-se que tais atores possuem, por suas experiências singulares, diferentes concepções que foram concebidas dentro da historicidade de cada um. Portanto, para Vigotski (1991),

Estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança; esse é o requisito básico do método dialético. Numa pesquisa, abranger o processo de desenvolvimento de uma determinada coisa, em todas as suas fases e mudanças - do nascimento à morte - significa, fundamentalmente, descobrir sua natureza, sua essência, uma vez que é somente em movimento que um corpo mostra o que é (VIGOTSKI, 1991, p.45).

Zanella et al. (2007) também indicam a relevância de se buscar para além da forma como determinado fenômeno se apresenta hoje, “mas como pôde chegar a se apresentar do modo como se apresenta hoje” (ZANELLA et al. 2007, p. 29). Para as autoras, é fundamental o que elas denominam de desnaturalização do fenômeno por meio de um olhar atento e de uma reflexão sobre a historicidade e complexidade das relações que se instituíram desde sua concepção.

Norteados pela abordagem histórico-cultural e pautados na premissa das peculiaridades percorridas, avançou-se na definição de um método de análise qualitativo que fosse capaz de contemplar os objetivos do presente estudo, pois conforme afirma Vigotski (1991) [...] “temos que procurar métodos adequados à nossa concepção. Conjuntamente com os novos métodos, necessitamos também de uma nova estrutura analítica” (VIGOTSKI, 1991, p. 43).

Optou-se, portanto, dentre a diversidade de possibilidades de métodos qualitativos de análise de dados, pela análise temática proposta por Braun e Clarke (2006) que é definida como um “método para identificar, analisar e retratar padrões (temas) dentro dos dados. Ela minimamente organiza e descreve o conjunto de dados em (ricos) detalhes” (BRAUN; CLARKE, 2006, p. 05).

Braun e Clarke (2006) estruturam de maneira muito clara e precisa as etapas que compõem o processo de análise de dados nesta perspectiva, mediante uma proposta que é capaz de celebrar a flexibilidade que o mesmo permite e, ao mesmo tempo, é capaz de fornecer um arquétipo para os que almejam utilizar-se da análise temática de uma forma teórica e metodologicamente sólida (BRAUN; CLARKE, 2006).

Ao lançar mão da análise temática segundo a proposta de Braun e Clarke (2006) para a análise e construção dos dados que afloraram na segunda etapa durante as entrevistas, deve-se ter em mente os objetivos e as decisões que necessariamente devem ser tomadas durante a análise, uma vez que são pontos que devem nortear todo o processo.

Nesse sentido, entre as decisões que as autoras ponderam a serem tomadas, evidencia-se não a busca por extremismos em relação ao posicionamento do pesquisador na sua interação com os dados, mas uma clara delimitação de questões que devem ser consideradas antes e durante as análises temáticas.

Entre tais questões, encontra-se a decisão sobre a forma de descrever os dados que pode variar entre uma rica descrição do conjunto de dados; um relato detalhado de aspectos particulares; uma análise que parte dos dados, de forma indutiva, e aos poucos gera outros sem tentar se encaixar em um quadro de codificação pré-existente, (o qual contrapõe-se a uma análise teórica que parte do interesse teórico do pesquisador e orienta-se por ele); ou, ainda, a questão sobre os níveis dos temas enunciados, se numa abordagem semântica em que não se busca nada além do que de fato se evidencia; ou, finalmente, uma análise dos temas em suas formas latentes que buscam identificar e examinar as ideias, suposições e conceitualizações subjacentes que são teorizadas (BRAUN; CLARKE, 2006).

Portanto, por compreender que entre os pressupostos evidenciados acima, alguns apontam para uma perspectiva analítica capaz de favorecer uma melhor reflexão à luz da abordagem histórico cultural, optou-se por um posicionamento que considere dentre outros pontos: uma análise mais detalhada de um aspecto em

específico que venha a surgir durante o processo; uma análise temática teórica, uma vez que o processo de codificação não ocorre num vácuo epistemológico, sendo que o próprio pesquisador se constitui em sujeito que se relaciona em determinado contexto e que, ao mesmo tempo em que influencia, é influenciado por esse; e, por fim, uma análise dos temas em sua forma latente, que dialoga com uma das questões do método apontadas por Vygotski ao levantar a necessidade de uma análise genotípica que busque a essência daquilo que constitui o fenômeno (VYGOTSKI, 1991; BRAUN; CLARKE, 2006).

Em termos práticos, para a operacionalização da análise temática, Braun e Clarke (2006) estruturam o processo em seis estágios, conforme descritos no quadro a seguir, que nortearam o processo de análise dos dados da segunda etapa:

Tabela 2: Fases da Análise Temática segundo Braun e Clarke (2006)

Estágio	Descrição do processo
1. Familiarização com os dados	Transcrição dos dados, leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais.
2. Geração dos códigos iniciais	Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados e coleta de dados relevantes para cada código.
3. Busca por temas	Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.
4. Revisão dos temas	Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiros (nível 2), gerando uma “mapa” temático da análise.
5. Definição e nomeação dos temas	Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.
6. Produção do relatório	Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

Fonte: Braun e Clarke (2006)

Portanto, uma vez que os dados da segunda etapa resultaram de entrevistas registradas por gravação de áudio, a etapa de familiarização envolveu desde a transcrição dos registros, o que permitiu uma compreensão completa dos dados e rememoração de pontos relevantes, até repetidas leituras ativas que buscaram significados apresentados durante as falas dos sujeitos (BRAUN; CLARKE, 2006).

Tais fases da Análise Temática não se configuram em um processo linear em que se avança de um estágio ao seguinte sem a possibilidade de retomá-lo. Ao contrário, é um processo recursivo em que é justamente a possibilidade de avanço e retomada da análise, dos códigos, de nova reflexão sobre o que se evidencia aos olhos do pesquisador, que o configura em método flexível dotado de grande

potencialidade em pesquisa se bem conduzido (PATTON, 1990; ELY et al. 1997; BRAUN; CLARKE, 2006).

4.7 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), e foi aprovada conforme comunicado emitido através do Ofício CEP-EERP/USP nº131/2017 (Anexo A), protocolo nº. 67139617.4.0000.5393, atendendo em todas as suas etapas, aos critérios éticos e orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde que estabelece as Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Destaca-se que o desenvolvimento da presente pesquisa não interferiu no desenvolvimento das atividades pedagógicas da escola, tampouco no cumprimento do calendário letivo, conforme orientações constantes no Ofício SEE/SB nº 048/2017 (Anexo B), emitido pela Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais (SEE/MG) por meio da Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica que autorizou o desenvolvimento da pesquisa junto à SRE/PASSOS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeira etapa

A caracterização das escolas participantes, bem como a função do respondente na escola e sua respectiva formação, são apresentadas no quadro abaixo. As escolas são identificadas apenas por siglas para que seja garantido o sigilo em relação aos participantes.

Quadro 2 - Caracterização das escolas participantes na primeira etapa

Escola	Função do respondente na instituição	Formação	Turno de funcionamento	Ciclos atendidos	Quantidade de alunos atendidos
E1	Diretor	Licenciado em Ciências/Biologia	Vespertino Noturno	EJA do EF e EM	462
E2	Diretor	Não informado	Matutino Vespertino	1º ano do EF ao 3º ano do EM	987
E3	Diretor	Licenciado em História	Matutino Vespertino	6º ano do EF ao 3º ano do EM	392
E4	Vice-diretor	Licenciado em Pedagogia e Ciências/Biologia	Matutino Vespertino	1º ano do EF ao 9º ano do EF	600
E5	Secretária	Não informado	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF 1º ao 3º ano do EM e EJA	530
E6	Diretor	Não informado	Matutino Vespertino	1º ao 5º ano do EF	190
E7	Diretor	Licenciado em Pedagogia	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF	375
E8	Diretor	Licenciado em Biologia	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	1152
E9	Diretor	Licenciado em Pedagogia	Matutino Vespertino	1º ao 5º ano do EF	155
E10	Diretor	Licenciado em Química	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	630
E11	Diretor	Licenciado em Geografia	Noturno	1º ao 3º ano do EM	59
E12	Diretor	Não informado	Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano EM	470
E13	Diretor	Licenciado em Letras	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF	695
E14	Diretor	Não informado	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF 1º ao 3º ano do EM e EJA	825
E15	Diretor	Não informado	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	1001
E16	Diretor	Licenciado em Pedagogia	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	310
E17	Diretor	Licenciado em História e	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM e	

		Geografia		EJA	250
E18	Diretor	Licenciado em Língua Portuguesa	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	300
E19	Vice-diretor	Licenciado em Educação Física	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF	305
E20	Diretor	Licenciado em Matemática	Matutino Vespertino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	530
E21	Diretor	Não informado	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	640
E22	Diretor	Pós-graduação em Biologia	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	760
E23	Diretor	Não informado	Matutino Vespertino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM e cursos técnicos	1500
E24	Diretor	Licenciado em Pedagogia	Matutino	1º ao 9º ano do EF	65
E25	Vice-diretor	Licenciado em História	Matutino Vespertino Noturno	1º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EMe curso técnico	1600
E26	Não informado	Licenciado em Pedagogia	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF e 1 ao 3º ano do EM	482
E27	Diretor	Não informado	Matutino Vespertino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	927
E28	Diretor	Não informado	Matutino Vespertino	1º ao 9º ano do EF	180
E29	Diretor	Licenciado em Educação Física	Matutino Vespertino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	820
E30	Não informado	Licenciado em Matemática	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	1100
E31	Diretor	Licenciado em Matemática	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	741
E32	Diretor	Licenciado em Matemática	Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	630
E33	Diretor	Licenciado em Educação Física	Matutino Vespertino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	1149
E34	Vice-diretor	Não informado	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM e EJA e cursos técnicos	1531
E35	Diretor	Licenciado em Pedagogia	Matutino Vespertino	1 ao 5º ano do EF	280
E36	Diretor	Licenciado em Biologia	Matutino Vespertino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	697
E37	Diretor	Licenciado em Ciências Sociais	Matutino Vespertino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	525
E38	Vice-diretor	Licenciado em Pedagogia	Matutino Vespertino Noturno	1º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM e curso técnico	314
E39	Não informado	Orientação educacional	Matutino Vespertino Noturno	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	433
E40	Diretor	Licenciado em Geografia	Vespertino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	155
E41	Não informado	Licenciado em Matemática	Matutino	6º ao 9º ano do EF e 1º ao 3º ano do EM	176

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Aspectos da estrutura física do espaço escolar foram alvos de investigação no questionário enviado às escolas para que os respondentes pudessem demonstrar, em suas respostas, se as condições do espaço físico vivenciado pelos alunos no cotidiano escolar são condizentes com um ambiente físico saudável.

Ao serem questionados se a rede física da escola de uma maneira geral, por meio de seus mobiliários, salas, espaços de convivência, refeitório e banheiro é adequada e contribui para o bem-estar dos alunos, a grande maioria das escolas (37) respondeu que “sim”, conforme percentual apresentado na figura a seguir:

Figura 3 – Contribuição da rede física para o bem-estar e saúde dos alunos segundo os respondentes

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

As escolas E8, E16, E19 e E40 afirmaram que suas condições de rede física não contribuem para o bem-estar e saúde dos alunos. Apontaram como possíveis melhorias para mudar tal condição, reformas na estrutura predial como em banheiros, refeitórios, cozinhas, salas de aula, além de troca dos mobiliários. Sugestões relacionadas à estrutura predial da escola e seu mobiliário também emergiram como melhorias que poderiam ser realizadas, mesmo entre 33 das 37 escolas que afirmaram apresentar uma rede física condizente para o bem-estar e saúde dos alunos. Além dessas, outras melhorias relacionadas aos ambientes de

aprendizagem também foram percebidas pelos respondentes como possíveis de contribuir positivamente para a saúde dos educandos, como a construção de laboratório de química, física e biologia (E10) e laboratório de ciências (E4). Constata-se que, mesmo que em um primeiro momento, mais de 90% das escolas relatam possuir condições que contribuem para o bem-estar de seus educandos. Essas mesmas escolas apontam aspectos básicos em relação à infraestrutura que poderiam ser melhorados, como salas de aula arejadas, reformas em banheiros e refeitórios, instalação de mais bebedouros e mobiliários suficientes para refeição.

Couto et al. (2016), ao buscar por meio de revisão bibliográfica descrever as ações de promoção da saúde e as dificuldades que permeiam tais ações, apontam que, entre as principais barreiras para o desenvolvimento das escolas promotoras de saúde, encontra-se uma infraestrutura inadequada ou insuficiente. Curtis et al. (2011) ressaltam o papel estratégico da escola ao ser capaz de desenvolver uma aprendizagem precoce em relação a hábitos de higiene nos estudantes, potenciais propagadores de tal conhecimento em seu contexto familiar. Contudo, segundo dados da PeNSE (IBGE, 2016), a carência de uma infraestrutura favorável ao desenvolvimento e manutenção de hábitos saudáveis no ambiente escolar, aliado a outras dificuldades que permeiam essas questões, são barreiras que dificultam a mudança nos padrões e adoção de hábitos simples de higiene como, por exemplo, os baixos níveis de lavagem das mãos entre crianças em idade escolar, conforme apontado por Peltzer e Pengpid (2014).

Outro ponto questionado foi em relação à percepção do respondente no que concerne às condições adequadas de acessibilidade a pessoas com necessidades especiais (PNE's). O percentual é apresentado no gráfico a seguir:

Figura 4 – Condições de acessibilidade segundo os respondentes

A escola possui as condições necessárias de acessibilidade a pessoas com necessidades especiais?

41 respostas

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Conforme apresentado acima, do total de escolas participantes, vinte e seis (63,4%) delas afirmaram possuir as condições necessárias de acessibilidade a pessoas com necessidades especiais, enquanto quinze (36,6%) escolas negaram possuir tais condições, sendo estas a E7, E8, E9, E12, E13, E14, E16, E17, E24, E29, E30, E31, E36, E40, E41. Em seguida, independentemente da resposta anterior, foi solicitado que apontassem qual melhoria poderia ser realizada na estrutura física da escola de forma a atender plenamente as PNE's. A indicação da necessidade de rampas de acesso foi a melhoria mais apontada entre as sugestões (dezessete), seguida por melhorias de acessibilidade geral e a locais específicos da escola, como nas quadras poliesportivas, bibliotecas, salas de aula, banheiros. A necessidade de uma sala de recursos e material pedagógico adequado para as PNE's foram apontadas por três escolas como melhorias a serem realizadas e apenas uma escola apontou carteiras adaptadas entre as sugestões de melhoria. Evidencia-se, nos resultados apontados, que boa parcela das escolas investigadas reconhece a incapacidade de sua rede física em ofertar condições adequadas de acessibilidade a alunos PNE's. A grande maioria das escolas respondentes (trinte e três) ainda apontou melhorias que poderiam ser realizadas para atender plenamente as PNE's.

A acessibilidade a serviços de promoção da saúde, segundo Smith (2000), constitui-se de grande importância para a determinação da qualidade de vida e da condição de saúde de pessoas com deficiência. Interdonato e Greguol (2012) alertam ainda para o fato de que a deficiência não pode ser em si considerada como

fator dificultante para o acesso aos serviços de promoção da saúde, mas que, ao contrário, essas barreiras interpõem-se por fatores externos, como falta de profissionais capacitados, ambientes não adaptados, escassez de materiais e tecnologias adequadas no contexto escolar que se instauram, muitas vezes, devido à inópia de sistemas de serviços ou políticas públicas destinadas a essa parcela da população.

Ainda que as discussões que tratam da inclusão escolar extrapolem a mera questão de mudanças no ambiente físico, bem como envolvam discussões complexas que permeiam o processo de ensino e de aprendizagem como capacitação dos professores, materiais didáticos adequados, currículo, avaliação desses processos entre outros, tal profundidade peculiar à temática foge ao proposto no presente estudo, além do que, os resultados aqui encontrados corroboram que a mais óbvia das percepções sobre inclusão, que se restringe ao aspecto físico, ainda se interpõe como um desafio na realidade das escolas aqui investigadas.

Outra questão relacionada à caracterização da estrutura física da escola buscou investigar a situação da mesma em relação ao espaço para a prática de atividade física. A relevância de tal questão pauta-se no fato de a atividade física encontrar-se entre as ações específicas priorizadas para o biênio 2006-2007 pela PNPS, tendo sido mantida como um dos temas prioritários durante sua revisão em 2014 (BRASIL, 2014b), além de constar, entre suas prioridades, o incentivo às articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a prática de atividade física (BRASIL, 2010).

Entre as respostas obtidas foram constatadas as seguintes situações: oito escolas afirmaram não possuir quadra poliesportiva (E1, E13, E15, E18, E19, E31, E32, E40), outras cinco escolas afirmaram possuir quadra poliesportiva sem cobertura (E6, E11, E30, E38, E41), vinte e quatro escolas afirmaram possuir quadra poliesportiva com cobertura. Uma escola (E2) afirmou possuir duas quadras, uma delas com cobertura e a outra sem cobertura, a escola E17 afirmou apenas ser uma escola do sistema prisional e não deixou esclarecidas questões relacionadas à especificidade de seu espaço para a prática de atividade física. Uma quadra em construção sem cobertura e uma quadra coberta em tamanho inferior ao oficial foram respectivamente as respostas das escolas E24 e E39.

Especificamente no que concerne ao espaço escolar, a atividade física pode ser estimulada por meio da disciplina Educação Física que, em atendimento à Lei 9.394/96 que determina que a Educação Física, integrada à proposta pedagógica da escola, seja componente curricular obrigatório com sua prática facultativa em alguns casos excepcionais (BRASIL, 1996). Além disso, o Decreto 7.984/13 que regulamenta a Lei 9.615/98 e que institui as normas gerais do desporto, aponta que a prática de esporte em estabelecimento escolar deve privilegiar princípios socioeducativos como inclusão, participação, cooperação, promoção à saúde, coeducação e responsabilidade (BRASIL, 2013). A atividade física se configura, portanto, em um dos objetos que compõem as várias políticas saudáveis e encontra, na escola, um importante apoio para sua disseminação (IBGE, 2016). Sua efetivação, no entanto, encontra-se atrelada ao espaço disponível e à qualidade do mesmo, uma vez que uma quadra descoberta, por exemplo, pode inviabilizar boa parte das atividades diurnas nesse espaço.

Nesse contexto, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) reitera a importância de se garantir acesso à atividade física por meio da prática de esporte no ambiente escolar, além de considerar que a infraestrutura mais relevante para a prática de atividade física nas escolas é a presença de quadra de esporte em condições de uso, uma vez que, segundo a pesquisa, as prevalências de atividade física acumulada e de prática de atividade física, na escola, foram maiores entre estudantes de escola com quadra esportiva coberta. De acordo com seus dados, 72,8% dos escolares que frequentam o 9º ano do Ensino Fundamental, estão em escolas onde há quadra de esporte (IBGE, 2016).

Um dos fatores a se considerar ao se analisar as ações de saúde no ambiente escolar, refere-se a qual conceituação de saúde que norteia tais ações e quais as características que tais ações apresentam nesses contextos. Nesse sentido, buscou-se elucidar como a gestão da escola compreende o termo saúde ao idealizar suas ações e atividades de promoção e educação em saúde. Para clarificar tal indagação, o respondente deveria optar por uma das três alternativas disponibilizadas. O percentual de respostas em relação a cada uma das alternativas é apresentado no gráfico seguinte:

Figura 5 - Conceituação de saúde segundo os respondentes

A gestão da escola ao idealizar ações e atividades de promoção/educação em saúde, compreende o termo saúde como:

41 respostas

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

De acordo com o gráfico acima, 58,5% das escolas respondentes afirmaram compreender saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o que corresponde a vinte e quatro escolas, enquanto que 41,5% das escolas (E2,E3,E6,E8,E9,E10,E13,E14,E16,E25,E26,E28,E30,E31,E33,E34,E40) afirmaram compreender saúde como resultado de uma processo de transformação coletiva de vários fatores determinantes capazes de impactar a vida tanto do sujeito, como da comunidade. Nenhuma das escolas respondeu compreender saúde apenas como a ausência de enfermidades. Tais respostas apontam para um avanço na compreensão conceitual de saúde por parte dos respondentes, uma vez que a percepção de saúde como ausência de doença, surge em uma íntima relação com o modelo biomédico, em que a própria doença apresenta-se limitada a uma causalidade linear unicamente biológica (FEIO; OLIVEIRA 2015).

Uma vez que uma visão reducionista de saúde é superada, o conceito passa a ser compreendido de forma ampliada e os determinantes e condicionantes da saúde assumem grande importância na maneira de compreender e de delinear as ações de saúde, embora as respostas dos questionários não tenham apontado nesse sentido. Ainda que, na prática, esteja muito presente uma visão reducionista à exclusividade individual com ênfase biologicista e uso demasiado de tecnologias biomédicas, há um grande esforço em ampliar as buscas por respostas para a construção e produção social, individual e coletiva da saúde (CARVALHO, 2015).

Nesse contexto, segundo Fraga et al. (2013), a PS amplia a compreensão limitada de saúde de apenas ausência de enfermidade para um estado positivo, que resulta de uma rede complexa de interdependências e inter-relações na qual não é cabível estabelecer uma causalidade linear. Assim, a “saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...]”, ela “é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (BRASIL, 2002a, p. 19-20). Desse modo, a saúde do indivíduo é compreendida a partir de uma rede complexa de aspectos que interferem tanto em sua condição de saúde, como na subjetividade de bem-estar percebida pelo sujeito que se encontra influenciada por meio das dimensões que compõem sua existência como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais que, em seu cotidiano, manifestam-se nas condições de trabalho, acesso à educação, emprego, saneamento, habitação, redes de apoio, que interferem significativamente na condição de vida e saúde do sujeito.

Ao serem questionadas se a escola desenvolve projetos voltados à promoção/educação em saúde, das quarenta e uma escolas respondentes apenas uma escola (E27) negou tais ações. Em seguida foi solicitado que fossem descritos quais os projetos vigentes ou que já haviam sido desenvolvidos na área. As respostas são apresentadas no quadro a seguir, para melhor visualização:

Quadro 03 - Ações de promoção/educação em saúde desenvolvidas nas escolas

Sua escola desenvolve projetos voltados à promoção/educação em saúde?			
Escola	Sim	Não	Em caso afirmativo, quais são os projetos atuais ou que já foram desenvolvidos em relação à promoção/educação em saúde?
E1	X		Projeto alimentação saudável/bem-estar, combate ao <i>Aedes aegypti</i>
E2	X		Saúde bucal, HPV, DST e saúde na escola, combate à dengue.
E3	X		Projetos de combate: Dengue, DST, drogas, Vida é +, Saúde na escola, Outubro rosa, saúde bucal.
E4	X		Projeto gravidez na adolescência, drogas, dengue, vacinação.
E5	X		Diversas campanhas em relação à saúde.
E6	X		Parcerias com instituições de saúde do município.
E7	X		Durante todo o ano são desenvolvidos projetos voltados à promoção da saúde: dengue, DST e AIDS, gravidez na adolescência, vacinas, combate às drogas e outros.
E8	X		Controle da obesidade, prevenção DST e gravidez na adolescência, fatores de risco para câncer entre outros.
E9	X		Projetos sobre meio ambiente, saúde dentária, higiene pessoal e ambiental, dengue, prevenção de acidentes, campanha de vacinação.
E10	X		Vários em parceria com a Prefeitura Municipal.
E11	X		Alimentação saudável, doenças transmissíveis, saúde bucal, obesidade, drogas.
E12	X		Palestras, aferição pressão, glicose, pesagem nutrição, atividade física.
E13	X		Palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis, campanha de

			vacinação, saúde bucal feita pelo PSF local, incentivo a atividades físicas como forma de prevenir contra obesidade, palestra com nutricionista para que os alunos aprendam a fazer uma alimentação saudável não somente na escola como também em casa.
E14	X		Palestras de conscientização, projetos voltados para área.
E15	X		Palestras esporádicas, com temas relevantes para o momento.
E16	X		“Promoção à saúde”, palestras, feiras científicas, etc.
E17	X		Palestras com os profissionais da saúde que trabalham na unidade prisional.
E18	X		Palestras
E19	X		Além das aulas é feito palestras, vídeos e rodas de conversa.
E20	X		Saúde bucal
E21	X		Teste de acuidade visual.
E22	X		Saúde na escola, oficinas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde.
E23	X		Resgate de valores, palestras com profissionais da área de saúde.
E24	X		Projetos dengue, DST.
E25	X		Há diversas oficinas de promoção da saúde, com atividades e teoria, além de contar com um consultório odontológico e parceria constante do PSF.
E26	X		Dengue, HPV, gravidez precoce.
E27		X	-
E28	X		Junto aos PSF's
E29	X		Projeto de combate a dengue – drogas e saúde bucal
E30	X		Parceria com a faculdade de enfermagem da cidade onde temos palestras constantes, parceria com os postos de saúde onde são feitas vacinações dentro da escola, teste de visão, encaminhamento de alunos para atendimento psicológicos, etc.
E31	X		Palestras com agente de saúde, conscientização dos alunos pelos professores da área de ciências, projeto de horta suspensa com cultivo de plantas medicinais.
E32	X		Projeto “A escola desenvolvendo hábitos saudáveis”, participação do Programa Saúde na Escola.
E33	X		Saúde na escola
E34	X		Já desenvolvemos projetos relativos à saúde sexual, obesidade, depressão, etc.
E35	X		Oficina da educação integral com o nome de promoção da saúde. Palestras envolvendo agentes de saúde do município.
E36	X		Afetivo sexual, outubro rosa (câncer de mama), novembro azul (câncer de próstata) dengue, nutrição, lazer voltado para prevenção, etc.
E37	X		Alimentação saudável, JK contra Dengue, Tabagismo, drogas, DST, etc.
E38	X		Prevenção de drogas, Combate ao <i>bullying</i> , higiene.
E39	X		Prevenção de DSTs, Gravidez e dengue entre outros.
E40	X		Projetos em parceria com Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde.
E41	X		Projetos esportivos, projetos contra epidemia de mosquito da dengue, alimentação saudável, etc.

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Na análise do quadro apresentado acima, evidencia-se que das quarenta escolas que afirmaram desenvolver projetos de promoção e/ou educação em saúde, dez dessas escolas (E5, E6, E10, E14, E15, E16, E17, E19, E25, E40), ao apontarem quais foram tais projetos, elencaram respostas que remetem a questões que se aproximam mais dos aspectos metodológicos e estratégias utilizadas para

desenvolver a temática saúde, do que propriamente seus projetos desenvolvidos. Assim, respostas como “campanhas, parcerias intersetoriais, palestras, feiras científicas, rodas de conversa e vídeos”, emergiram entre tais escolas e evidenciam que os respondentes entendem que tais estratégias metodológicas aproximam-se e são condizentes com uma perspectiva de promoção da saúde no espaço escolar.

Entre as escolas que descreveram as temáticas já desenvolvidas ou em desenvolvimento em suas instituições, as respostas foram organizadas por temas encontrados, apresentados por ordem decrescente de aparições no quadro a seguir

Quadro 04 – Frequência dos temas de saúde entre as escolas participantes por número de ocorrências

Categorias temáticas	Escolas que desenvolvem e/ou desenvolveram tais ações
Combate ao <i>Aedes aegypti</i> (Dengue)	E1-E2-E3-E4-E7-E9-E26-E29-E36-E37-E39-E41
Doenças Sexualmente Transmissíveis - Saúde sexual	E2-E3-E8-E11-E13-E26-E34-E36-E37-E39
Alimentação saudável – nutrição	E1-E11-E12-E13-E36-E37-E41
Drogas – tabagismo	E3-E4-E7-E11-E29-E37-E38
Saúde bucal	E2-E3-E9-E11-E13-E20-E29
Gravidez na adolescência	E4-E7-E8-E26-E39
Vacinação	E4-E7-E9-E13-E30
Controle da obesidade	E8-E11-E13-E34
Atividades físicas – projetos esportivos	E12- E13-E41
Outubro rosa – Novembro azul	E3-E36
Meio ambiente – higiene ambiental	E9-E31
Higiene pessoal	E9-E38
Teste de acuidade visual	E21-E30
Resgate de valores – <i>bullying</i>	E23-E38
Encam. Atendimento psicológico - depressão	E30-E34
Fatores de risco para câncer	E8
Prevenção de acidentes	E9
Aferição de pressão arterial – glicemia – antropometria	E12

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

A organização por temas, apresentada no quadro 04, pautou-se apenas em buscar as repetições de temáticas citadas pelas escolas, evidenciando quais dessas têm sido mais preconizadas entre as ações propostas pelas unidades escolares. .

Evidenciam-se, nas respostas encontradas, alguns temas que, em parte, encontram-se alinhados às ações de saúde previstas no âmbito do PSE em seu artigo 4º, o qual relata que essas devam compreender, entre outras:

- I – Avaliação clínica;
- II – Avaliação nutricional;
- III – Promoção da alimentação saudável;
- IV – Avaliação oftalmológica;
- V – Avaliação da saúde e higiene bucal;

- VI – Avaliação auditiva;
- VII – Avaliação psicossocial;
- VIII – Atualização e controle do calendário vacinal;
- IX – Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X – Prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI – Prevenção do uso de drogas;
- XII – Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII – Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV – Educação permanente em saúde;
- XV – Atividade física e saúde;
- XVI – Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;
- XVII – Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

Curiosamente, a ação mais recorrente entre as ações desenvolvidas pelas escolas participantes foi o combate ao mosquito *Aedes aegypti*, que não encontra respaldo entre as ações elencadas no artigo 4º do Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o PSE. A explicação para tal achado reside no fato de que tais ações foram redefinidas, por meio da portaria interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017, e reorganizadas em 12 ações específicas que se seguem:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (BRASIL, 2017).

Nessa nova proposta, é possível perceber que algumas ações foram retiradas, outras incluídas e outras foram reformuladas, de forma a garantir uma visão integral sobre a saúde do educando no âmbito escolar, dentro das possibilidades do trabalho intersetorial saúde e educação.

Como se buscou, nesse momento, que as escolas relatassem as ações de saúde já desenvolvidas ou em desenvolvimento na instituição, não necessariamente por meio do PSE, o quarto quadro apresenta as ações da maneira como emergiram entre os respondentes e não por categorias em função das ações propostas pelo PSE. Por exemplo, ainda que gravidez na adolescência atualmente faça parte do item XI “Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS”, que abarca tanto a questão da gravidez na adolescência, como questões relacionadas à DST/AIDS, tais temas foram apresentados separadamente por entendermos que uma escola, mesmo não participando do PSE, pode identificar necessidades que extrapolam a categorização apresentada.

No que concerne especificamente às ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, tais ações foram acrescentadas em função do aumento muito expressivo de casos de doenças relacionadas ao mosquito como Dengue, Chikungunya e Zika no ano de 2016. Tal ação foi tão enfatizada e priorizada dentro do ciclo de ações 2017/2018 do PSE, que o documento orientador de monitoramento alerta para o fato de que “o município que não registrar ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* – mesmo que contemplada as demais, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte” (BRASÍLIA, 2018)⁷. Uma reflexão mais cautelosa em torno dessa questão permite inferir um exemplo claro de esforços envidados por meio de ações que convergem para os pressupostos de uma nova forma de se conceber a PS, conforme conclamado durante a década de 1980. A própria concretização do PSE, reconhecendo a importância da intersetorialidade, a revisão de suas ações estabelecidas ainda em 2007, após dez anos, indica que esforços de políticas públicas e legislações específicas têm se efetivado e contribuído para o alcance de um nível mais elevado de saúde dos educandos e da população como um todo frente às demandas vivenciadas pela sociedade. No entanto, ainda que esse exemplo possa parecer promissor sob todos os aspectos,

⁷Documento Orientador: Indicadores e padrões de avaliação – PSE ciclo 2017/2018. Brasília DF/fevereiro de 2018. Documento atualizado em fevereiro de 2018. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018.pdf> Acesso em 17/03/2018.

vale destacar que, ao orientar a obrigatoriedade de desenvolver uma ação específica, sob pena de não ter os repasses financeiros efetivados no caso de seu não cumprimento, rememora-se uma postura que em muito se aproxima de uma lógica autoritária de policiamento da saúde que antecedeu os primórdios da saúde escolar, que se não se impõe de maneira física no cotidiano da instituição escolar, se reafirma por meio de sanções mais condizentes com a atual configuração social que vivenciamos.

Ações relacionadas à saúde sexual e doenças sexualmente transmissíveis (DST's) aparecem, na sequência, como a segunda ação mais desenvolvida entre as escolas, evidenciando justificativas significativas para o trato do assunto entre a população em fase escolar, ainda mais quando dados da PeNSE indicam que 27,5% dos escolares brasileiros do 9º ano do Ensino Fundamental já tiveram relação sexual alguma vez. Fatores associados à saúde sexual dos adolescentes como iniciação sexual desprotegida, baixa adesão ao uso de preservativos e/ou outros métodos contraceptivos, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), Aids, iniquidades de gênero, violência e outros agravos à saúde, têm sido apontados como problemas graves de saúde pública pela OMS (IBGE, 2013, 2016). Frente ao desafio de reverter tais problemas, é necessário compreender a sexualidade humana como uma construção social e cultural, que, na peculiaridade da adolescência, é marcada por descobertas e experimentações, crescente autonomia e tomadas de decisões, o que torna fundamental, nesse período, propiciar uma educação sexual significativa e informações qualificadas aos adolescentes (PAHO, WHO, 2000). A questão da abordagem da sexualidade entre adolescentes tem sido alvo de estudos recentes e constata-se uma concordância entre eles ao evidenciarem que é necessária uma abordagem que propicie um espaço para o diálogo, para que emergjam as inquietações, dúvidas, saberes e conhecimentos dos alunos, de forma a permitir uma nova percepção sobre as questões que permeiam a saúde sexual dos alunos para que se superem ações descompromissadas com a realidade que cerca a escola e seus atores (CARVALHO, 2015; CAMPOS et al, 2017).

Na sequência, sete escolas apontaram a alimentação saudável e nutrição entre as ações desenvolvidas de promoção/educação em saúde. Um aumento significativo da prevalência de excesso de peso na população infanto-juvenil nas últimas décadas impõe um esforço conjunto para o enfrentamento da obesidade infantil, pautado em políticas públicas, entre as quais aquelas direcionadas para o

ambiente escolar (WHO, 2012). Tem-se verificado mudanças significativas no padrão alimentar de estudantes brasileiros que atingem todos os níveis socioeconômicos e regiões do país. Tais mudanças apontam para um padrão alimentar marcado pelo consumo excessivo de alimentos industrializados de qualidade nutricional baixa e uma redução do consumo de alimentos naturais como frutas, verduras e hortaliças. (SOUZA et al., 2013; COUTO et al., 2014; LOUZADA et al. 2015; IBGE, 2016). No entanto, ainda que a mudança de hábitos alimentares envolva questões complexas como estilo de vida do indivíduo, condições socioeconômicas, culturais e geográficas, uma revisão sistemática no Brasil sobre intervenções ligadas à promoção da prática de atividade física e/ou alimentação saudável em escolares encontrou, como principais resultados, a redução do consumo de alimentos de alto valor calórico (refrigerantes, bolachas recheadas e suco artificial) e o aumento do consumo de frutas e verduras (SOUZA, et al. 2011), corroborando, assim, a importância de intervenções nesse sentido no âmbito escolar.

No que concerne às ações desenvolvidas sobre a questão das drogas e tabagismo, sete escolas afirmaram desenvolver esse tema junto a seus alunos. Dados da PeNSE (IBGE, 2016) apontam que a experimentação de cigarros por alunos do 9º ano do Ensino Fundamental foi de 18,4%, sendo maior entre os alunos da escola pública (19,4%) quando comparados aos alunos de escolas privadas (12,6%). Verificou-se também que 9% dos escolares relataram já terem feito uso de drogas ilícitas, sendo maior entre os alunos da rede pública (9,3%) em comparação aos alunos da rede privada (6,8%). A pesquisa demonstra ainda que quando questionados sobre a existência de pelo menos um dos pais ou responsáveis fumantes, os escolares da rede pública apresentam frequência maior (27,8%) quando comparados aos escolares das escolas privadas (16,7%).

Durante a adolescência, a aproximação com as drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, vincula-se, na maioria das vezes, a atitudes de experimentação relacionadas a diversas formas de vivenciar essa fase e suas peculiaridades, bem como à busca pela construção de uma identidade social (SOUZA, et al. 2015).

Conforme nos aponta Novaes (2011), "os jovens têm diversos rostos, cores, gênero, situações econômicas, orientações sexuais, crenças, locais de moradia e, ainda, diversificadas experiências de convivência com as chamadas "drogas ilícitas" (p.23)".

Barros e Colaço (2015), por meio de pesquisa-intervenção desenvolvida com adolescentes, em uma escola pública de Fortaleza/CE, analisaram a produção de sentidos sobre drogas a partir de um grupo de discussão sobre a saúde no contexto escolar e verificaram a forte circulação de sentidos que relacionam a saúde ao signo preventivo de cunho proibicionista. Porém, também se observou um questionamento por parte dos adolescentes às corriqueiras práticas de saúde que são desenvolvidas na escola, evidenciando tal espaço como um local que, ao mesmo tempo em que reitera valores e práticas inarredáveis socioculturalmente, também é capaz de favorecer a ressignificação de tais valores. Portanto, uma compreensão do escolar como um sujeito que influencia e é influenciado por seu contexto histórico e social, capaz de levantar indagações relevantes que contribuam para a transformação de sua realidade, é de fundamental importância para o êxito em ações que tratem da temática no âmbito escolar, por meio de uma abordagem que priorize um espaço para discussões e que valorize a capacidade dos jovens de intervirem concretamente nos espaços sociais em que estão inseridos. (ABRAMO, 1997).

Destaca-se também o esforço realizado nas últimas décadas de várias esferas governamentais na discussão e implementação de legislações específicas de combate ao tabagismo como a sobretaxação de produtos derivados do tabaco, proibição de fumo em ambientes fechados, proibição da veiculação de propagandas relacionadas ao cigarro bem como mensagens de advertência nos produtos, que configuram ações de políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis a saúde, eixos centrais preconizados na perspectiva da promoção da saúde durante a década de 1980 (BRASIL, 2002b).

Ações voltadas para a saúde bucal foram citadas por sete das escolas participantes que abrangem desde o 1º Ano do Ensino Fundamental até o 3º Ano do Ensino Médio. De acordo com a WHO (2016) o hábito de escovação, como uma das práticas para a saúde bucal, é estabelecido durante a infância, que tem, na família, o suporte social mais relevante para a aquisição e consolidação de tal hábito ao longo da vida do sujeito.

Dados da PeNSE apontam para uma piora no perfil geral de saúde bucal dos estudantes de 9º Ano do Ensino Fundamental, no período compreendido entre 2009 e 2015, com redução de 4,2% na proporção de escovação e aumento de 24,0% de alunos com relato de dor de dente (IBGE, 2016). Nesse contexto, ações que busquem uma aproximação significativa entre a família e escola podem proporcionar

um espaço ampliado e potencializador para que hábitos saudáveis de saúde bucal possam ser incorporados à rotina tanto do educando, como de sua família.

O tema gravidez na adolescência foi uma das ações citadas por cinco escolas, sendo que duas dessas atendem alunos do 1º ao 9º Ano do Ensino Fundamental, duas atendem alunos do 6º Ano do Ensino Fundamental ao 3º Ano do Ensino Médio e uma das escolas atende alunos do 1º Ano do Ensino Fundamental até o 3º Ano do Ensino Médio. Segundo os dados da PeNSE, 19,5% das meninas no 9º Ano já praticaram relação sexual e, entre essas, 9% afirmaram já terem engravidado alguma vez. As meninas de escolas públicas apresentam um percentual maior (9,4%) quando comparado às meninas da rede privada de ensino (3,5%) (IBGE, 2016), o que corrobora a necessidade de se considerar o contexto do educando nas ações de saúde, de forma a superar uma perspectiva meramente informativa e pouco efetiva na realidade do educando.

Outro aspecto presente foi a vacinação dos alunos que apareceu como uma ação de promoção/educação em saúde citada por cinco das escolas participantes da presente pesquisa. Ainda que a vacinação dos alunos se configure em uma importante ação para a saúde pública, Ippolito-Sheperd (2006) alerta para a importância de que os programas de saúde escolar extrapolem um tipo de relação com o setor saúde que se dá exclusivamente por meio de ações pontuais, como os casos de vacinação ou palestras sobre doenças específicas, em que todo o planejamento e execução das ações ficam sob responsabilidade do setor saúde e a comunidade escolar mantém-se como mera receptora passiva.

Ações de promoção/educação em saúde que trataram da questão da obesidade foram citadas por quatro escolas. Ainda que esse tema tenha íntima relação com o tema “alimentação saudável”, já discutido anteriormente, optou-se por apresentá-los separados, uma vez que uma escola que defina alimentação saudável entre suas ações de promoção/educação em saúde, pode fazê-lo com base em sua realidade. Isso pode apontar, por exemplo, baixo índice de adesão dos alunos à merenda da escola em detrimento a lanches industrializados levados de casa, e não necessariamente a questão da obesidade em seu contexto. A relevância de elencar o tema obesidade entre as ações de promoção e educação em saúde, desenvolvidas no âmbito escolar, encontra respaldo em uma mudança de perfil nutricional das crianças e adolescentes brasileiros nas últimas décadas. Dados da PeNSE estimam a prevalência de baixo peso entre os escolares de 13 a 17 anos de

idade em 3,1%, enquanto a prevalência de excesso de peso foi de 25,1% para a mesma faixa etária (IBGE, 2016).

O incentivo à prática de atividade física foi uma das ações citadas por três das escolas participantes desse estudo como ações de promoção da saúde desenvolvidas em seu espaço. Ainda que apenas três escolas tenham citado tal ação, a promoção, a informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física é apontada na PNPS como uma das prioridades do Pacto em Defesa da Vida (2006). Para a concretização de tais prioridades o documento propõe ações específicas, entre elas, a necessidade de um trabalho de mobilização intersetorial que reconhece, na escola, um lugar adequado para o resgate do hábito de práticas corporais e de atividades físicas de forma regular, além de indicar a necessidade de consolidação da Pesquisa de Saúde dos Escolares como forma de monitoramento de práticas corporais e atividades físicas dos adolescentes escolares. Verifica-se, assim, um avanço uma vez que, desde a primeira versão da PeNSE em 2009, a atividade física acumulada dos escolares é estimada com base nos últimos sete dias, sendo este indicador obtido por meio da soma do tempo dispendido em três domínios: deslocamento de casa para escola e escola para casa, aulas de educação física na escola e atividades físicas extraescolares. Verificou-se que 60,8% dos escolares do 9º Ano do Ensino Fundamental foram considerados insuficientemente ativos e 4,8% foram considerados inativos conforme recomendações da OMS (IBGE, 2016), o que evidencia a necessidade de mobilização de vários setores para que os escolares, desde a infância, sejam estimulados a práticas corporais adequadas e possam desenvolver um posicionamento crítico em relação à importância da atividade física para um estilo de vida saudável. Nesse contexto, a educação física escolar assume grande relevância, pois é por meio dela, na maioria das vezes, que a criança tem contato pela primeira vez com uma atividade física sistematizada, e uma experiência prazerosa nessa fase é de suma importância para a manutenção de tal hábito ao longo da vida.

Um ponto interessante que chama a atenção refere-se ao fato de duas escolas entre as participantes terem citado ações relacionadas à campanha Outubro Rosa e Novembro Azul entre as ações de promoção/educação em saúde. De acordo com Couto et al. (2017), o movimento Outubro Rosa caracteriza-se por uma sensibilização da população a respeito do câncer de mama e por ações que objetivam realizar diagnóstico precoce de modo a diminuir a mortalidade em

decorrência desse tipo de câncer. Essa iniciativa foi implantada no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2010, tornando-se parte do programa nacional de controle do câncer de mama. A campanha Novembro Azul chama a atenção para a saúde dos homens, em especial, para ações de prevenção do câncer de próstata, ainda que inconclusivas evidências que apontem o rastreamento desse tipo de câncer com uma redução de mortalidade por sua causa (INCA, 2013, MODESTO, et al. 2018). Nos últimos anos, as duas campanhas têm ganhado evidência em função da publicidade direcionada às suas ações por parte da mídia e dos setores de saúde. Desse modo, tais campanhas desenvolvidas em âmbito escolar podem indicar ações que se pautam em uma agenda exclusiva do setor saúde e que pouco sentido assume no contexto escolar, tendo em vista que a faixa etária dos alunos, em sua maioria crianças e adolescentes, não são o público alvo de tais campanhas. Em contrapartida, ao se pensar em toda comunidade escolar, ações pedagógicas de educação em saúde alinhadas com o setor saúde que considerem os docentes, os funcionários da escola, os pais dos alunos, a comunidade em seu entorno pode evidenciar estratégias e ações pautadas em uma lógica que aproxime uma perspectiva de promoção da saúde que extrapole palestras meramente informativas ou distribuição de cartilhas aos alunos.

Ações relacionadas às questões ambientais foram citadas por duas escolas entre suas ações de promoção/educação em saúde desenvolvidas. Destaca-se a importância de propiciar um ambiente que colabore para que o indivíduo atinja um grau mais elevado de saúde e bem-estar e o reconhecimento da escola como um local privilegiado para que experiências e reflexões possam contribuir para a formação de um sujeito crítico, sensível e ativo na busca por melhorias em seu entorno. A própria Carta de Ottawa, formulada durante a década de 1980, aponta que para a consecução de “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos devem saber identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e modificar favoravelmente seu ambiente” (BRASIL, 2002a, p.09). O modelo de EPS difundido pela OPAS, a partir de 1995, e que encontra-se alicerçado nos pressupostos de PS de Ottawa, aponta que esta estratégia de PS no âmbito escolar fundamenta-se no desenvolvimento articulado e sinérgico de três componentes principais: uma concepção de educação para a saúde que a compreenda em sua integralidade; a criação e manutenção de entornos e ambientes saudáveis; e a provisão de serviços de saúde, nutrição saudável e vida ativa (IPPOLITO-

SHEPERD, 2006). A questão ambiental assume tamanha importância nas discussões que norteiam as políticas de PS que a 3ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Sundsvall, no início da década de 1990, teve como tema norteador a criação de ambientes favoráveis à saúde.

Ações relacionadas especificamente a hábitos de higiene pessoal foram apontadas como uma das ações desenvolvidas por duas das escolas participantes, sendo que uma dessas (E9) atende apenas alunos de Ensino Fundamental I (de 1º ao 5º Ano). Evidências apontam que um hábito simples como a lavagem das mãos com sabão evita isoladamente 0,5 a 1,4 milhões de mortes por ano (PELTZER; PENGPID, 2014) e, nesse contexto, conforme já apontado anteriormente na discussão relacionada a infraestrutura, o reconhecimento da aprendizagem precoce de hábitos de higiene revela o papel estratégico que a escola assume na sua aquisição, além de transformar o aluno em um potencializador de tais hábitos no convívio com seus pares (CURTIS et al., 2011).

Ações relacionadas à acuidade visual dos educandos foram citadas por duas escolas entre as ações de promoção/educação em saúde desenvolvidas. A saúde ocular apresenta-se como uma das ações voltadas para a saúde do escolar desde a criação do Projeto Olhar Brasil, em 2007, por meio de Portaria Interministerial do Ministério da Educação e da Saúde, que visa implementar ações de prevenção e promoção da saúde visual dos estudantes da rede pública de ensino. Nesse cenário, a atuação dos professores e alfabetizadores é de fundamental importância para a detecção precoce de problemas de visão e o encaminhamento para a rede de atenção à saúde, uma vez que esses se mantêm em contato permanente com os educandos em atividades que exigem o uso da visão (BRASIL, 2008). Além de constar entre as ações previstas do PSE desde sua instituição, em 2007, vem mantendo-se entre as ações preconizadas até a atualidade, dadas a sua importância e impacto na qualidade de vida do indivíduo.

Entre as respostas apresentadas, duas escolas apontaram ações de combate ao *bullying* entre as ações de promoção/educação em saúde desenvolvidas. De acordo com a Lei 13.185 de 06 de novembro de 2015, caracteriza-se como intimidação sistemática (*bullying*) “quando há violência física ou psicológica em atos de intimidação, humilhação ou discriminação” (BRASIL, 2015b). De fato, na atualidade, o *bullying* é reconhecido como uma importante questão de saúde pública exigindo estratégias intersetoriais para seu enfrentamento, posto que pode acarretar,

na vítima, transtornos emocionais que dificultam os relacionamentos na família e no trabalho, como ansiedade, depressão transtornos alimentares, abuso de drogas e, em última instância, até o suicídio (HONG et al., 2014; WOLKE; LEREYA, 2015; IBGE, 2016). Diante de tal complexidade, conforme nos apontam Oliveira et al. (2015), conhecer as causas e as razões que desencadeiam o envolvimento de escolares na prática de *bullying*, é fundamental para a implementação de ações de enfrentamento, que tenham como foco o desenvolvimento humano e a promoção da saúde no contexto escolar.

A atenção para a saúde psicológica dos educandos foi citada por duas escolas ao apontarem o encaminhamento para atendimento psicológico e ações voltadas para depressão, entre as ações desenvolvidas de PS na escola. Além dos transtornos emocionais que podem ser desencadeados pela prática de *bullying*, o próprio período escolar coincide com uma fase da vida do indivíduo em que ele vivencia alterações biológicas e psicossociais muito significativas, e os conflitos próprios dessa fase, se forem mal conduzidos, podem contribuir para o surgimento de transtornos de humor e, em particular, da depressão (RANÑA, 2001). Em um estudo conduzido por Jatobá e Bastos (2007) foi identificada a prevalência de depressão (59,9%) e de ansiedade (19,9%) em adolescentes matriculados em escolas públicas e privadas de Recife, além de ideação suicida que foi referida por 34,3% dos estudantes participantes, revelando para os autores a necessidade de intervenções psicossociais que possam reduzir suas repercussões para o futuro devido à gravidade das características psicopatológicas em idade tão jovem.

Rodrigues et al. (2016) verificaram que crianças que haviam sido diagnosticadas com transtorno de aprendizagem, apresentaram maior frequência de sintomas depressivos como sentimento de tristeza, solidão, falta de motivação, pessimismo e tremores que variaram de acordo com a faixa etária e gênero e que prevaleciam entre as meninas, se comparadas às crianças sem dificuldades escolares. Nesse âmbito, é importante que o desenvolvimento emocional, social e cognitivo do escolar seja percebido em seu contexto histórico e cultural que, para além de evitar categorizações do aluno que impliquem em tratamentos medicamentosos específicos, oriente a busca por um acompanhamento processual de desenvolvimento do educando em todos os seus aspectos e considere o papel estratégico da família do escolar nesse processo (BRASIL, 2009).

Uma das escolas participantes apontou desenvolver ações direcionadas para o controle dos fatores de risco de câncer. Tal ação foi apontada entre as ações instituídas no PSE, ainda em 2007, mas na atualidade não se configura entre as ações preconizadas para o novo ciclo do PSE. Não obstante, ações como controle do tabagismo, estímulo à prática da atividade física, alimentação saudável e vacinação, podem contribuir para minimizar a incidência da doença visto que alguns tipos estão associados a maus hábitos no estilo de vida.

A prevenção de acidentes foi uma das ações citadas por uma das escolas (E9) que tem alunos na faixa etária do Fundamental I (1º ao 5º Ano). Ainda que o documento orientador do novo ciclo do PSE aponte como uma de suas ações, em seu item 7, “a prevenção das violências e dos acidentes”, sua descrição não se relaciona diretamente com a questão da prevenção de acidentes. Uma referência mais minuciosa pertinente à temática é apresentada no Caderno de Atenção Básica e aponta que, no contexto da promoção da saúde escolar, os projetos deverão ser dirigidos para: “[...] contribuição para a prevenção de acidentes rodoviários, domésticos e de lazer ou trabalho, quer eles ocorram na escola, no espaço periescolar, no espaço de jogo e recreio” (BRASIL, 2009, p.17-18).

Del Ciampo e Ricco (1996) afirmam que os acidentes domésticos são apontados como um dos principais motivos de óbitos em crianças nas faixas etárias menores e frequentemente estão relacionados a quedas, ingestão de produtos de limpeza, acidentes com objetos cortantes, choque e afogamento, estimando-se que para cada acidente com óbito, outros quarenta e cinco acidentes acarretam internação hospitalar. Malta et al. (2009), em estudo que buscou descrever o perfil de atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças, constataram que estes representam cerca de 20% dos atendimentos, confirmando o predomínio de acidentes em domicílio, o que caracteriza um problema relevante de saúde pública, sendo necessários programas educacionais desde a pré-escola que alertem para os riscos e a adoção de comportamentos seguros com a participação da comunidade.

Bivanco-Lima et al. (2013), em uma proposta de educação em saúde para a prevenção de acidentes domésticos na infância, desenvolveram ações em uma perspectiva lúdica junto a crianças na faixa etária de quatro a onze anos, frequentadores de uma ONG, e apontaram que a possibilidade de discutir o tema e formas de prevenção com os cuidadores, com as próprias crianças e seus pais pode

ser mais efetivo para promover a valorização do tema e incrementar mudanças significativas no empoderamento das crianças para os cuidados preventivos no cotidiano.

Por fim, uma das escolas (E12) participantes elencou, entre suas ações, a aferição da pressão arterial, glicemia e avaliação antropométrica como as atividades de promoção/educação em saúde desenvolvidas na instituição. Ainda que tais ações se configurem de suma importância para detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e obesidade e estejam preconizadas em publicações governamentais, intervenções pontuais e desconexas dos profissionais da saúde que se limitam a essa relação com a escola, divergem de uma perspectiva de ação de PS e apresentam-se mais alinhadas com uma lógica reducionista da saúde pautada em parâmetros estritamente biológicos que se apresentam pouco efetivos na consecução de um grau mais elevado de saúde. Para tanto, tais ações devem compor um escopo de práticas significativas para os alunos que extrapolem a mera mensuração e classificação do indivíduo, mas que deem subsídios para um pensar e agir críticos e reflexivos na busca por mudanças e melhorias em suas condições de vida e saúde.

Em seguida, buscou-se averiguar quais profissionais participam da elaboração e execução dos projetos, tendo sido relatado pela maioria das escolas respondentes (27) que os projetos são elaborados e executados de maneira intersetorial, envolvendo profissionais tanto do setor saúde, como da educação. Sete escolas (E15, E20, E24, E27, E31, E38, E41) relataram contar com o apoio somente do corpo docente da escola na elaboração e execução dos projetos de promoção/educação em saúde. E outras sete escolas (E5, E19, E21, E28, E29, E33, E40) afirmaram que tal responsabilidade fica a cargo exclusivamente dos profissionais do setor saúde. Vale destacar, conforme nos apontam Monteiro e Bizzo (2015), que ainda que um dos modelos de desenvolvimento de ações de saúde no âmbito escolar assuma característica intersetorial, devido ao fato de envolver profissionais tanto do setor saúde, como da educação como no caso do PSE, é necessário ter cautela, posto que, na prática, essa modalidade prescinde da atuação dos profissionais de saúde junto aos alunos para sua concretização no ambiente escolar, o que pode deslegitimar o papel do professor e sua importância no processo renegando-o a mero expectador.

Em relação ao público-alvo a que tais projetos se destinam, vinte e duas escolas afirmaram que seus projetos buscam envolver toda comunidade escolar como os alunos, profissionais e família. Treze escolas (E2, E3, E4, E11, E12, E14, E15, E16, E17, E21, E23, E28, E29) afirmaram que os projetos têm como público-alvo os alunos e os profissionais da escola, enquanto que seis escolas (E5, E20, E26, E27, E33, E38) afirmaram que suas ações são direcionadas apenas aos alunos da escola.

Um dos objetivos apontados pela iniciativa das EPS durante o ano de 1990 é fortalecer a capacidade do setor saúde e de educação na promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida de meninos, meninas, adolescentes, pais, professores e outros membros da comunidade (BRASIL, 2007a). Em uma concepção mais individual, por exemplo, faz-se necessário refletir sobre a saúde dos docentes, seja na esfera individual ou coletiva, uma vez que o estresse a que são submetidos diariamente no enfrentamento de situações adversas e dramáticas têm configurado um cenário cada vez mais comum no exercício da docência em nosso país e uma escola promotora de saúde deve estar atenta a questões relacionadas a essa ideia de saúde, de estar saudável incluindo o bem-estar docente (BRASIL, 2002a).

A OPAS, na busca por uma abordagem integral na área de saúde, propõe que sejam utilizados estratégias participativas que extrapolem os limites físicos da escola e sejam capazes de envolver os pais, professores e comunidades em suas ações como diagnóstico das necessidades locais no que concerne à saúde da população escolar, desenvolvimento curricular de forma integrada, preparação de material didático, formação permanente de professores e funcionários, investigação e avaliação das atividades desenvolvidas e difusão de informações sobre avanços e desafios encontrados no processo (BRASIL, 2007a). Outro ponto positivo é que o envolvimento dos pais e/ou responsáveis, nesse processo, amplia o universo de cuidado da criança, pois agrega a família em uma perspectiva mais integral na qual hábitos, costumes e crenças podem ser repensados a partir de uma abordagem mais ampliada de cuidado em saúde (BRASIL, 2015a).

No que concerne à maneira como a saúde é desenvolvida nas escolas, vinte e quatro dos respondentes afirmaram que suas ações são desenvolvidas por meio de temas específicos. Nove escolas (E6, E7, E13, E14, E17, E25, E32, E33, E37) descreveram suas ações como sendo desenvolvidas de maneira mais contínua, como parte de programas intersetoriais. Oito escolas (E1, E3, E4, E8, E22, E31,

E35, E36) relataram que suas ações buscam incorporar a saúde como objeto de trabalho docente, por meio da definição de objetivos e conteúdos a serem desenvolvidos tanto em disciplinas específicas do currículo escolar, como transversalmente a esse.

Monteiro e Bizzo (2015) apontam para o cuidado necessário ao se trabalhar com a perspectiva de saúde escolar para que não se busque um extremismo, o que pode vir a transformar o próprio objetivo final da escola, deixando de lado sua função principal de desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, e assumindo um caráter meramente assistencialista às crianças. Os autores corroboram os achados da presente pesquisa ao afirmarem que, frequentemente, as questões são desenvolvidas vinculadas a temas específicos, em função de campanhas relacionadas ao setor saúde e sua agenda. Caracterizam-se por seu “caráter pontual e episódico, além da frágil articulação com os profissionais da educação e seu trabalho cotidiano em sala de aula” (MONTEIRO; BIZZO, 2015 p. 413).

As escolas foram questionadas sobre o conhecimento em relação à existência de programas governamentais que tratam da questão da saúde no âmbito escolar, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e o macrocampo “Promoção da Saúde” no Programa Mais Educação (PME). O gráfico a seguir apresenta o percentual encontrado em relação ao conhecimento das escolas estaduais no que concerne, especificamente, ao PSE.

Figura 6 - Conhecimento das escolas estaduais sobre o Programa Saúde na Escola segundo os respondentes

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Vinte e sete escolas afirmaram conhecer o PSE o que representa um percentual de 63,4% do total de escolas participantes. Enquanto quatorze escolas

(E4, E5, E6, E8, E12, E13, E15, E23, E24, E25, E26, E27, E29, E34) afirmaram não conhecer o referido programa, representando 36,6% do total de escolas participantes. Assim, verifica-se que mesmo sendo o maior programa de saúde escolar atualmente vigente, e instituído há mais de dez anos, muitas escolas ainda não têm conhecimento de sua existência. A adesão ao PSE é realizada por meio de um portal específico no site do Ministério da Saúde e é coordenado pelo gestor da saúde do município, envolvendo planejamento conjunto entre responsáveis do setor saúde e educação das escolas e equipes de Atenção Básica participantes. A partir de 2013, com a universalização do Programa, todos os municípios do país encontram-se aptos a participar do PSE. Um panorama⁸ de adesão, do ciclo 2017/2018, aponta que três mil e quinhentos municípios aderiram ao Programa e foram feitos pactos com vinte e cinco mil quatrocentos e setenta e oito equipes de Atenção Básica e sessenta e seis mil oitocentos e oitenta e cinco escolas, abrangendo um total de quinze milhões, setecentos e trinta mil, setecentos e vinte estudantes.

Buscou-se também levantar as escolas que participam ou já participaram do PSE, conforme percentual demonstrado no gráfico a seguir:

Figura 7 - Participação no Programa Saúde na Escola segundo os respondentes

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Vinte e três escolas afirmaram não terem participado do PSE em nenhum momento, representando 56,1% do total de escolas participantes. Dezoito escolas (E2, E3, E10, E11, E20, E21, E22, E28, E29, E31, E32, E33, E35, E36, E37, E39,

⁸Informações disponíveis através de nota publicada no site do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) referente ao ciclo 2017/2018 publicadas no primeiro semestre de 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_adexao_pse_12_06.pdf> Acesso em 04 abr. 2018.

E40, E41) afirmaram que participam ou já participaram do PSE. Ainda que atualmente o PSE se configure no maior programa de saúde voltado para o público escolar em território nacional e a Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013 aponte, em seu artigo 2º, que todos os municípios estão aptos a assinar o Termo de Compromisso para adesão ao Programa, no universo investigado na presente pesquisa, mais da metade das escolas afirmaram nunca terem participado do Programa. No que tange às atividades desenvolvidas entre os que afirmaram participar do PSE, as ações encontram-se muito alinhadas às ações já apontadas anteriormente entre as de promoção/educação de saúde desenvolvidas pelas escolas. Os relatos das atividades desenvolvidas concentram-se, em sua maioria, em palestras realizadas com foco em temas específicos como DST's, drogas, violência, tabagismo, dengue, autoestima, câncer, além de atividades como campanhas de HPV, gripe, vacinação, saúde bucal, teste de acuidade visual, aferição de pressão arterial e índice de massa corporal.

Outra proposta governamental que foi citada, a fim de averiguar o conhecimento e participação das escolas estaduais, foi referente ao macrocampo de promoção da saúde do Programa Mais Educação, conforme os gráficos seguintes:

Figura 8 -Conhecimento das escolas estaduais em relação ao macrocampo promoção da saúde no Programa Mais Educação segundo os respondentes

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Vinte e nove escolas afirmaram ter conhecimento sobre a existência do macrocampo promoção da saúde por meio do PME, representando 70,7% das escolas investigadas, enquanto que doze escolas (E5, E12, E13, E15, E21, E24, E28, E32, E34, E38, E40, E41) afirmaram não terem conhecimento a respeito de tal

temática dentro do PME. Sendo assim, ainda que na instância estadual esforços tenham sido envidados para a manutenção de uma diversidade de temáticas possíveis de serem desenvolvidas nos programas de educação integral, ainda encontram-se desconhecidos por uma parcela significativa dos gestores, que demonstram não conhecerem totalmente as alternativas que possam embasar as tomadas de decisões e escolhas da instituição.

O gráfico a seguir representa as escolas que já desenvolveram atividades de promoção da saúde por meio do PME

Figura 9 - Realização de atividades de promoção da saúde por meio do PME

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Do total de escolas estudadas, trinta delas (73,2%) afirmaram nunca ter realizado atividades de promoção da saúde por meio do PME, enquanto onze escolas (E2, E4, E6, E8, E14, E16, E19, E22, E25, E26, E35) relataram já terem desenvolvido atividades de promoção da saúde pelo PME, representando 26,8% do total de escolas participantes.

A primeira versão do Programa Mais Educação (PME) foi instituída em 2007 e perdurou até 2016, tendo como objetivo contribuir para a melhoria da aprendizagem dos educandos por meio da oferta de tempo integral em uma jornada diária de sete horas ou trinta e cinco horas semanais no contraturno escolar. Essa versão deveria

contemplar obrigatoriamente pelo menos uma atividade de acompanhamento pedagógico em qualquer disciplina do currículo escolar e outras três atividades que poderiam ser nas áreas de educação ambiental, esporte e lazer, direitos humanos, cultura e artes, cultura digital, promoção da saúde, comunicação e educação econômica (BRASIL, 2017).

No entanto, após 2017, o Programa Novo Mais Educação (PNME) apresentou uma nova configuração para a jornada ampliada dos educandos que poderia variar entre cinco ou quinze horas semanais em atividades exclusivamente da área de matemática e português (BRASIL, 2017). Entre as atividades relatadas, entre as escolas que afirmaram terem desenvolvido atividades pelo macrocampo “Promoção da Saúde” do PME, encontram-se atividades de palestras e campanhas de prevenção a temas específicos como higiene corporal, saúde bucal, atividade física, alimentação, questão postural, dengue, acidentes, DST’s, além de saúde ambiental e benefícios do sono.

5.2 Segunda etapa

Uma melhor caracterização dos participantes da segunda etapa foi possível pelo aprofundamento da entrevista e, portanto, são apresentadas neste tópico conforme segue:

Quadro 5 -Caracterização dos participantes da 2ª etapa

Cód.	Função	Formação	Idade (anos)	Tempo de atuação na educação (anos)	Tempo na função atual (anos)
P22	Diretora	Licenciada em Biologia	40	22	3
P35	Diretora	Licenciada em Pedagogia	64	43	14
P36	Diretora	Licenciada em Biologia		24	3
P20	Diretora	Licenciada em Matemática	44	22	3
P27	Diretor	Licenciado em Geografia	57	27	4
P38	Vice-diretora	Licenciada em Pedagogia	38	18	1,5

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Para facilitar a análise e identificação entre os participantes dessa etapa com a etapa anterior, respeitaram-se as numerações equivalentes, portanto, o P22, P35 e P36, correspondem respectivamente às escolas E22, E35 e E36 na etapa anterior, que foram selecionadas devido à maior aproximação com a perspectiva da promoção da saúde conforme critérios elencados anteriormente. Enquanto que P20,

P27 e P38, correspondem à E20, E27 e E38 na etapa anterior, selecionadas pela negativa de ações de promoção da saúde ou distanciamento de tal perspectiva conforme critérios já elencados.

O processo de análise dos dados, na segunda etapa, resultou em seis temas:

1. O conceito de saúde e promoção na percepção dos educadores; 2. Intencionalidade nas práticas educativas de saúde na escola; 3. A condicionalidade de boa saúde para êxito da função da escola; 4. As aproximações e distanciamentos entre o setor saúde e a escola; 5. Público-alvo das ações de saúde; 6. Operacionalização das ações de saúde. Este último tema foi subdividido em quatro categorias que consideravam seu planejamento, sua forma de execução, obstáculos encontrados e importância de tais ações de promoção da saúde no contexto escolar, tendo sido, portanto, sua análise apresentada por escola.

5.2.1 O conceito de saúde e promoção na percepção dos educadores

Pois não existe uma saúde em si, e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. Depende de seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos e, seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o que deve significar saúde também para seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes do corpo (NIETZSCHE, 2001, p.144).

Ao se buscar uma compreensão do conceito de saúde pelos participantes, nitidamente evidencia-se dentro da forma peculiar de cada um de manifestar seu entendimento, uma homogeneidade verbalizada pelos mesmos, que aponta para uma aproximação com o ideário de saúde difundido pela OMS na década de 1940, que compreende saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

*A saúde, eu acho que **é o bem-estar total da pessoa**, né, porque aí você tem a **saúde fisiológica**, você tem a **saúde psíquica**, né, eu acho que **é o bem-estar total da pessoa**. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).*

*É... eu acho que a saúde **é o bem estar da pessoa física**, então a primeira coisa, se ela tá bem consigo mesmo, não tem nada questão que ela tá com uma saúde boa, mas eu vejo a saúde assim também num fator, **uma coisa mais ampla**, a saúde não é só a sua, eu acho que a saúde também ela tem*

*que tá num ambiente que você vive, desde aí o ar que a gente respira, o que a gente alimenta, com quem a gente convive, então eu penso que a saúde, ela é muito ampla, **não só a questão de cuidados, mesmo não.** (P35 – Diretora, licenciada em pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).*

*Saúde, pra nós, é que a gente costuma levar para os alunos, **ela é completa, é a biológica, né, a saúde física em si e a mental, as três têm que estar envolvidas** para que a pessoa esteja bem, então esse cansaço levou a ter vários atestados aqui na escola, percebemos que era um cansaço mental e que estava influenciando em outras partes do trabalho, do físico, do biológico da pessoa, porque influencia, se ele não está bem mentalmente, se ele não consegue ter uma qualidade de ambiente, se ele não... aquele não forçar, não exigir, pra que ele possa estar bem pra executar o que ele precisa e isso é reprisado aqui, tanto com o aluno, como com é, os funcionários, como os professores, a gente tenta diminuir, sabemos das nossas obrigações, das nossas funções, mas tentamos diminuir esse fardo pra ele se sentir bem, confortável, feliz, ele tem que tá alegre. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).*

*Saúde, eu acho que o **bem-estar completo né, emocional, físico, psicológico, social,** porque se tem algum que não tá muito bem, tem alguma doença por aí né, e isso afeta a criança de uma maneira que, às vezes, no momento não é identificado, mas que mais tarde ela é apresentada. (P38 – Vice Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice-direção).*

O entendimento do ser humano a respeito do fenômeno saúde seja em seu aspecto conceitual ou experimentável, se relaciona com a maneira como os indivíduos interagem com os acontecimentos em seu cotidiano. Portanto, uma compreensão por parte dos participantes, de um conceito de saúde que aponte para uma saúde que vai além do ponto meramente físico, permite-nos refletir sobre tal questão, pois indica a superação de uma compreensão intuitiva de uma saúde negativa compreendida apenas como ausência de doença (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004; ALMEIDA FILHO, 2011) por parte dos envolvidos.

Uma concepção de saúde que evidencie a importância de outros aspectos dessa no indivíduo, como os aspectos mentais e sociais envolvidos nesta dinâmica constituem-se de grande relevância na percepção dos mesmos a ponto de ser verbalizada na maioria das falas. Contemplam outras esferas da vida, que por suas

experiências pessoais e culturais, extrapolam uma significação conceitual de saúde calcada em um viés meramente biológico.

Não obstante, o conceito de saúde, mais precisamente, a verbalização da compreensão sobre esse conceito, busca ser sintetizado e caracterizado por meio de palavras pelos participantes diante da indagação do entrevistador. Esta fusão que aponta justamente para uma generalização compartilhada de um conceito de saúde que avança, também sobre sua faceta mental social, representa uma identidade comumente as falas dos participantes P22, P35, P36, P27 e P38. Essa conceituação de saúde aparece como uma imagem esquelética, sintetizada, reduzida aos traços básicos do objeto designado (CHANGEUX, 1985) que, inserido em contexto histórico e cultural, encontra eco no conjunto de crenças e valores do qual fazem parte a partir dos sentidos e significados atribuídos por cada participante (GUAZELLI; PEREIRA, 2015). Compreende-se, portanto, esse significado de saúde como o sistema de relações objetivas que consiste em um núcleo relativamente estável para sua compreensão que deve contemplar também a esfera mental e social e, no caso do sentido de saúde para cada um dos participantes, somam-se as relações que dizem respeito ao uso da palavra e às vivências afetivas de cada um deles (OLIVEIRA, 2010; VIGOTSKI, 2001).

Para Canguilhem⁹ (1990) *apud* Almeida Filho (2011) ainda que o fenômeno saúde tenha para o indivíduo uma faceta individual que constitui sua própria essência, a saúde se realiza no genótipo, em sua história de vida e nas relações que ele estabelece com o meio, sendo este amálgama, a própria saúde como objeto científico.

Em um relato evidentemente ilustrativo, a P20 busca expressar sua compreensão de saúde em um discurso no qual se destaca a preocupação com um hábito de vida em específico, e as ações que permeiam sua gestão pedagógica e administrativa na consecução de tais ações, como apresentado a seguir:

Deixa eu pensar aqui....a saúde o que a gente preocupa na escola também é a boa alimentação do aluno né...então hoje em dia a alimentação, na escola, ela está... ela tem todo um acompanhamento... tem uma nutricionista da superintendência...então ela acompanha, acompanha o cardápio...então é feito um cardápio de acordo,...esse cardápio com as calorias, com a boa alimentação, hoje o Estado

⁹CANGUILHEM, G. La Santé: concept vulgaire et question philosophique. Toulouse: Sables, 1990.

*preocupa muito, porque nós temos uma parceria com agricultores rurais, então têm a agricultura familiar e antigamente não se...assim, doce não entra mais assim na escola, muito raro, só em épocas festivas...e a alimentação dos meninos a gente tenta ao máximo... eles estarem também com verdura, legumes... então isso aí durante a semana toda...e...o **aluno é não ser obeso**, a gente preocupa com a parte da obesidade, eu creio que já diminuiu bastante na escola, mas eu vejo também que o trabalho tem que ser com a família também. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).*

Ainda que, à primeira vista, possa nitidamente ficar a impressão de um distanciamento entre a compreensão da pergunta feita pelo pesquisador e a resposta dada pela participante, seu discurso como um todo para a definição de saúde é mediado pela utilização de signos culturalmente compartilhados para a adoção de um estilo de vida saudável como uma alimentação balanceada, utilização de produtos orgânicos e controle do peso.

Conforme aponta Vigotski (2001), a utilização de signos como instrumentos psicológicos funcionam como recursos para auxiliar o homem nas atividades psíquicas, portanto, internas do indivíduo como a elaboração conceitual. Neste caso, a elaboração do conceito de saúde pela participante converge às ações relacionadas à alimentação saudável no contexto escolar, e revelam em uma análise de sua conjectura, uma aproximação conceitual de saúde prioritariamente compreendida com hábitos alimentares saudáveis e escolhas de vida do sujeito.

No entanto, conforme nos aponta Velho¹⁰ (1977) *apud* Canesqui (1988) as estruturas que envolvem os hábitos alimentares são mais complexas e devem ser analisadas a cada caso, pois envolvem princípios relativos à relação entre alimentos e natureza/sociedade, a relação entre alimentos e organismo humano que comportam concepções particulares de saúde e doença e, por fim, princípios ligados à prática social de cada grupo. Como consequência de uma concepção limitada, suas práticas se concretizam por meio de ações que revelam uma culpabilização excessiva do sujeito, desconsideração das influências ambientais e culturais no

¹⁰ VELHO, O.G. Introdução. In: Relatório do Grupo de Pesquisa do Museu Nacional; projeto Hábitos Alimentares em Camadas de Baixa Renda. Rio de Janeiro, Museu Nacional, 1977. [Mimeo].

processo e supervalorização de um protagonismo individual em detrimento ao coletivo, conforme se verificará na discussão em outros tópicos.

Entre as falas registradas, destaca-se a do P27, por constituir um arquétipo da complexidade que envolve a compreensão de saúde pelo sujeito. Ao ser questionado sobre sua compreensão do que seria saúde, o P27 verbaliza que entende saúde não apenas como o fato de não estar doente, mas que, para além disso, envolve um equilíbrio emocional que lhe confere um estado saudável.

*Bom... pra mim, a saúde, ela envolve todos os aspectos do indivíduo, **acho que saúde é você, não é você não ter doença**, né, eu não vejo dessa forma, acho que o indivíduo saudável é aquele que consegue **ter um equilíbrio emocional bom, ter um cognitivo bom**, é... saber na verdade respeitar o seu corpo, o que eu como o que eu não como, o que é bom pra mim e o que não é, porque muitas vezes as pessoas pensam que saúde é você comer muita gordura, você comer né, é você se encher de carboidrato né, **a minha mãe, por exemplo, trabalhava, assim tem que comer muito para engordar, então comer muito não é sinônimo de saúde né**, precisa comer certo né, é isso. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).*

Ademais, ele ainda acrescenta que isso se distancia do que pregoava sua mãe, para quem saúde se relacionava diretamente com a ação de “[...] *comer muito para engordar* [...]”, percepção justificada há algumas décadas, quando níveis calóricos mais elevados no consumo alimentar era característica de grupos pertencentes a classes sociais mais favorecidas, como rendeiros e proprietários de terra, contrapondo-se a outros estratos sociais, como os subordinados e desprovidos de propriedade, em que o ato de o padrão alimentar deixava a desejar. (CANESQUI, 1988).

Nesse âmbito, ao internalizar as experiências providas pela cultura, o indivíduo reconstrói os modos de ação que se realizam externamente, uma vez que aprende a organizar seus próprios processos mentais, deixando de se basear integralmente em signos externos e evoluindo para um apoio nos recursos internalizados (VIGOTSKI, 1991; REGO, 2012). Portanto, uma definição de saúde relacionada apenas ao ato de comer e engordar, como o vivenciado durante a infância, não mais se constitui como um conceito satisfatório para um sujeito que, desde seu nascimento e ao longo de sua vida, vivenciou experiências afetivas,

emocionais, pessoais, intelectuais e culturais que atribuem novas formas de dar sentido ao mundo e seus fenômenos (GUAZELLI; PEREIRA, 2015).

A compreensão de determinado fenômeno pelo sujeito é delineada pelas experiências vivenciadas por ele no decorrer de sua existência e uma vez internalizadas, qualquer tentativa de acesso direto a essa compreensão, é nula ou sem efeito, pois, conforme nos aponta Vigotski (2001), a própria relação do homem com o mundo não é direta, mas fundamentalmente uma relação mediada simbolicamente.

Ao discutir a própria evolução histórica do conceito de saúde, mesmo a exteriorização das experiências, e nesse caso em específico, a exteriorização da compreensão de saúde pelos participantes não se prestam a definições exatas que podem ser completamente expressas pela linguagem e acessadas pelo outro. Existe um hiato entre o vivenciado pelo sujeito e sua elaboração conceitual e linguística, posto que há uma parte do sujeito vivo que é inacessível aos outros, sendo pura e exclusivamente do próprio sujeito (VIGOTSKI, 2001; BATISTELLA, 2007; CZRESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Perspectivas mais radicais de compreensão da saúde como a gadameriana¹¹, atribuem tamanho valor à subjetividade individual, que consideram inviável qualquer perspectiva de uma abordagem científica da saúde (ALMEIDA FILHO, 2011), não sendo esse o caso no presente estudo, mas aduz a magnitude do viés individual e subjetivo no fenômeno saúde.

Além das reflexões sobre o entendimento do termo “saúde”, investigou-se também, como os participantes conceituavam “promoção da saúde”, pois se compreende que os sentidos e significados assumidos para determinado conceito, pelo sujeito, resultam no direcionamento das ações sobre o corpo e a vida dos mesmos (CAPONI, 1997).

Salienta-se que em uma análise mais cuidadosa sobre as falas retratadas a seguir, ficam perceptíveis alguns pressupostos assumidos pelos participantes que se encontram verbalizados em seus relatos como, por exemplo, a perspectiva de ensino assumida e o papel que o professor e o aluno ocupam no processo, sendo tais pontos, objetos de reflexão em outros temas apresentados adiante. Neste

¹¹ Hans-Georg Gadamer é um filósofo alemão que defende a ideia de que a saúde é algo tão individual, singular, privado e subjetivo que não é capaz de ser tomada como um objeto da ciência, dada sua interioridade radical (ALMEIDA FILHO, 2011).

momento, no entanto, prioriza-se uma reflexão sobre os sentidos atribuídos, pelos participantes, ao conceito de promoção da saúde por meio de palavras-chave que foram destacadas nas falas deles e que trazem aspectos relevantes para pautar as reflexões e discussões conforme se segue:

*No caso a promoção da saúde, a gente vai é... **desenvolver** né, várias alternativas pra é... promover ou seja, pra **lançar** né, essas dicas, essas ideias, então eu acredito que seja as formas de como é... eu vou tá **disseminando** né, os diversos assuntos ligados à saúde. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).*

*Eu acho que é **uma conscientização** das crianças **com o que é melhor para elas**, tanto na questão assim, principalmente lá na escola, a gente vê muito, a questão de higiene, as crianças não têm hábitos saudáveis de higiene, sabe, não têm o hábito de escovar dente, de lavar as mãos após o banheiro, vai no refeitório, não têm aquele hábito, às vezes até de banho, a gente percebe que as crianças chegam lá assim, né, tem as pessoas, dão um banho nelas, a questão da roupa limpa, do chulé, né, que a gente vê muito isso, então a gente percebe. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).*

*Promoção de Saúde... seria a **parceria** que nós temos com o Departamento, porque nós não temos aquela formação específica de cada área da saúde, mas temos essa parceria que vão estar **promovendo conhecimento**, o esclarecimento, como que tem que ser, porque eu aprendi muito com tudo isso também, **muitas coisas eu não sabia que poderia ser tão fácil de executar**, a gente imagina que é tão burocrático e na realidade não é, então quando você tem a parceria com outros órgão pra te ajudar nessa promoção de informação e de caracterização, fidelidade mesmo do que é, se torna muito mais fácil, porque eu não tenho essa formação, então preciso de ajuda. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).*

*Seria **o envolvimento de todos**, da escola, da, nas redes sociais, eu acho assim o movimento da cidade né em **mostrar o que é saudável pro aluno**, pra todos né, seria isso? (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).*

Promoção da saúde... não sei se vou entrar dentro do que imagino que seja promoção da saúde, mas a promoção da saúde pra mim é quando você consegue não só ter uma qualidade de vida boa no que diz respeito à saúde, à atividade

*física, à alimentação né, até mesmo que você lê, o que você assiste, tudo isso né, e **é quando você consegue disseminar isso**. Fazer com que isso não seja uma verdade só pra você, mas que você consiga **envolver outras pessoas dentro desse pensamento**, de vida saudável em todos os sentidos. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).*

*Bem, essa promoção da saúde eu acho que **é tudo aquilo que faz de bom grado, e com as aulas de educação física a gente percebe o tanto que os alunos gostam das atividades e o quanto isso é importante**, e não se trata assim de meros jogos lá de uma bola, mas é de uma coisa assim que, através do que eles gostam é envolvido vários tipos de situações, pra ajudar o aluno, é... a **resolver conflitos, a envolver é... com os outros colegas de uma forma mais dinâmica e atrativa**, na própria atividade, no jogo e em tudo. (P38 – Vice Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice direção).*

A análise dos relatos dos participantes evidencia que a compreensão desses sobre a promoção da saúde carrega, em essência, uma percepção de necessidade de interação entre os envolvidos, que se concretiza por meio da comunicação entre os sujeitos para a divulgação de informações relacionadas à saúde. Tal ação volta-se para os hábitos de vida a partir de modelos ideais a serem seguidos e da importância da perpetuação desse ideário, naquele contexto, expressa por palavras como desenvolver, disseminar, conscientizar, promover, envolver, que se destacam entre os relatos.

A comunicação necessária neste processo, estabelecida com a intenção de partilhar ideias e vivências, demanda necessariamente o uso da linguagem humana, sendo a função da comunicação garantir que as experiências que foram acumuladas pelo ser humano ao longo de sua história não se percam para as gerações seguintes. (VIGOTSKI, 2001). Mas apoiar-se apenas no foco de divulgar/informar denota uma compreensão que se aproxima de uma perspectiva conservadora de promoção da saúde, em que prevalecem abordagens de natureza prescritiva, pautadas em modelos comportamentais de empoderamento psicológico e capacitação dos indivíduos por meio de processamentos normatizadores das informações (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Ainda que o acesso à informação seja uma das estratégias que constituem a base para tomadas de decisões favoráveis à saúde, essa, por si só, não se

configura em estratégia suficiente para a promoção da saúde, sendo necessário que os sujeitos envolvidos evoluam de um estado de passividade e impotência internalizada, para uma condição de maior reflexão, controle e ativismo nas decisões das ações de saúde (GUAZELLI; PEREIRA, 2015), por meio de intervenções pedagógicas que se afastem de uma perspectiva tradicional de ensino. Oliveira (2010) afirma, assim, que sob uma perspectiva vigotskiana, não é possível imaginar o educando em um papel passivo, uma vez que Vigotski, em seu trabalho, postula constantemente a ideia de reconstrução e reelaboração dos significados que são partilhados culturalmente, sendo sua consciência individual e os aspectos subjetivos que o constituem, elementos essenciais no desenvolvimento da psicologia humana.

Um relato merece destaque entre as conceituações apresentadas para a promoção da saúde: P36. Entre todos os relatos, é o único que destaca a importância do envolvimento do setor saúde no processo, por meio de seu campo específico do saber, indicando uma percepção por parte da gestão da escola que considera a relevância da intersetorialidade. Ademais, verifica-se no relato apresentado que, para P36, não se trata de responsabilizar o setor saúde pelas ações de saúde desenvolvidas na escola, mas uma aproximação entre os setores que seja capaz, entre outras coisas, de empoderar os próprios profissionais da educação, para que sejam capazes de, em outras oportunidades, assumirem uma postura mais autônoma e ativa no planejamento e execução das ações de saúde na escola, pois, no encontro com o outro, ao se apropriar de diferentes significados, é possível conferir novas formas às operações psicológicas e reconstrução e controle de sua própria conduta (VIGOTSKI, 1991).

Nesse sentido, um dos compromissos para o fortalecimento da intersetorialidade está no envolvimento do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores (BRASIL, 2002b).

No entanto, conforme afirma Lefevre e Lefevre (2004), não cabe à promoção da saúde na escola ofertar diferentes serviços ou profissionais de saúde em uma perspectiva assistencialista. O maior desafio encontra-se em articular esses dois setores, na concretização de um projeto pedagógico em comum que contribua para uma reflexão em torno do fenômeno saúde e das ações que se concretizam na escola pelos profissionais de ambos os setores.

A compreensão da promoção da saúde apresentada por P38 passa pela responsabilização de uma disciplina específica, a Educação Física, no que concerne à capacidade da mesma, segundo P38, de resolver conflitos por meio de possibilidades metodológicas mais atrativas aos alunos. Os PCN's da Educação Física, preconizam, entre seus objetivos, que por meio do desenvolvimento de seus conteúdos específicos, os alunos sejam estimulados à predisposição ao diálogo na resolução de seus conflitos e no respeito à opinião do outro (BRASIL, 1998).

A Educação Física, em sua trajetória histórica no Brasil, apresenta-se assumindo diversificados tipos de interpretações simbólicas de seu campo do saber a partir de suas manifestações teóricas, que oscilam entre um processo de formação mais ampliado dos sujeitos conscientes e reflexivos sobre seus papéis histórico-sociais ou, então, restrito em um processo de formação mais limitado que se manifesta no treinamento de habilidades e hábitos comportamentais, tanto de ordem motora, moral ou higiênico-terapêutica (PALAFOX, TERRA e PIROLO, 1997).

Uma escola saudável pauta-se também pelo estímulo aos educandos de responsabilidade social, capacitando-os para a resolução de conflitos por meio do diálogo e da negociação, sendo esses fatores preventivos da violência e instrumentos para uma convivência harmônica (OPAS, 1998). Mas, a saúde se configura em um tema transversal e que, portanto, deve perpassar todas as disciplinas, não sendo responsabilidade exclusiva de uma única disciplina, mas corresponsabilizada por meio de práticas pedagógicas significativas aos educandos.

No que tange exclusivamente à Educação Física, o fenômeno saúde pode ser discutido por uma perspectiva crítico reflexiva que permita aos educandos perceberem a relação entre a própria historicidade da saúde e do corpo por meio das diversas formas culturais de manifestações corporais, não reduzindo seu campo de saber a um viés higienista ou eugenista como sucedeu em seus primórdios.

5.2.2 As práticas educativas de saúde na escola e sua intencionalidade

O sentido de uma tarefa, de um projeto, de um problema a resolver, depende dos interesses e desejos que consegue satisfazer e só pode ser construído na interação com outras pessoas: na cultura familiar, entre os pares, nos grupos que se frequenta, no grupo social mais amplo (CUNHA; PEZZATO, 2015, p.267).

Se no tópico anterior buscou-se concentrar esforços na reflexão sobre a compreensão conceitual de saúde e promoção da saúde por parte dos participantes, neste tópico, busca-se uma reflexão a partir dos relatos dos participantes no que concerne às práticas pedagógicas que têm sido desenvolvidas nas respectivas escolas e suas motivações. Os trechos apresentados a seguir caracterizam-se por um reducionismo do tema saúde nas escolas a ações de cunho higienista:

[...] o que que elas fazem, é a saúde, é a higiene, também higiene, e a saúde bucal, também desenvolve aqui, alimentação desenvolve aqui [...]. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

[...] estamos percebendo que as crianças estão cada vez mais com problemas seríssimos da parte de saúde dental e parte de higienização [...]. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

[...] principalmente lá na escola, a gente vê muito, a questão de higiene, as crianças não têm hábitos saudáveis de higiene, sabe, não têm o hábito de escovar dente, de lavar as mãos após o banheiro, vai no refeitório, não têm aquele hábito, às vezes até de banho, a gente percebe que as crianças chegam lá assim, né, tem as pessoas, dão um banho nelas, a questão da roupa limpa, do chulé, né, que a gente vê muito isso, então a gente percebe [...]. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção)

[...] Primeiro a higiene pessoal, a questão da alimentação, a questão dos acidentes domésticos né, a questão do cuidado pessoal também, na rua, atravessar a rua né [...]. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção)

[...] vamos falar assim na parte de saúde... da parte de higiene bucal, que é uma coisa que tá sempre em contato, que percebe já... a escola torna-se meio que uma mediadora né, pra ajudar os alunos, às vezes, a resolver [...]. (P38 – Vice Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice direção).

Então, claro que se tá tendo uma epidemia de dengue, Chikungunya e outras variantes aí, nós temos que atuar em cima disso, então aí entra a questão do projeto, em função dessa situação. Uma outra que a gente pode colocar aí é a questão da gripe, a questão do HPV, acontece a vacinação na

escola, teve duas campanhas na escola já né, com relação a HPV, é... enfim, a questão da febre amarela, então todos os assuntos que envolvem diretamente o aluno, ou a comunidade a gente trabalha, tenta trabalhar maciçamente na escola [...]. (P27 – Diretor, licenciado em geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

[...] se eu tenho aqui todo um trabalho de qualidade, de conhecimento que os meninos têm essa condição de fazer bem feito, eles não vão ter trabalho lá né, então vamos fazer conscientização, promoção aqui, um trabalho legal aqui, pra não chegar a ter casos gritantes, então eu exijo que esse trabalho seja feito aqui, então eles medem os alunos, eles pesam o aluno, vê se tem aquele problema, então cada aluno tem sua ficha biológica né, isso é feito lá no início do ano e depois lá no final do ano. Pra gente poder estar fazendo esse comparativo e com nosso professor de educação física [...]. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

As motivações que se encontram nos relatos descritos pelos P20, P22, P27, P35 e P38, fundamentam-se basicamente em uma perspectiva biológica de saúde, na qual a escola se configura em um espaço privilegiado para efetivar mudanças relacionadas aos hábitos de higiene e comportamentais de seus educandos. Privilegia-se, portanto, um dimensionamento das ações que se caracterizam por sua ênfase na higiene física dos educandos, a detecção de possíveis agravos e regulamentação nutricional (LIMA, 1985).

As primeiras práticas educativas relacionadas à saúde de que se tem notícia no país datam da metade do século XIX, voltadas às famílias da elite urbana com a intenção de mudar o perfil sanitário dessa classe, tendo sido estendido, posteriormente, às classes menos privilegiadas com o intuito de combater a propagação de epidemias relacionadas às questões sanitárias, sendo suas intervenções estruturadas e ficando a cargo das instituições de ensino, por se configurarem em espaços potenciais para disseminar o ideário sanitário vigente (SILVA et al. 2015). O espaço escolar, portanto, incumbia-se, naquele contexto de uma conscientização sanitária, atingida por meio de ações direcionadas para a regeneração física, moral e intelectual das crianças, além de campanhas profiláticas (CANDEIAS, 1988).

Conforme nos aponta Vasconcelos (1999), até o ano de 1970, a educação em saúde no Brasil constitui-se de uma disciplina que visava atender aos interesses das

classes dominantes, como a prescrição e normatização de comportamentos para os grupos populares, tornando disciplina obrigatória nas escolas públicas brasileiras por meio da Lei 5.692/71, que, em seu artigo 7º estimulava o conhecimento e a prática da saúde básica e higiene nos estudantes.

Tanto a educação em saúde de tempos atrás, como os relatos apresentados acima pelos participantes, apontam para um processo centrado nas mudanças individuais de comportamento, que ignoram os fenômenos sociais responsáveis pelas barreiras à aprendizagem e muito menos consideram a complexidade em que se fundamentam os problemas de saúde (SILVA et al, 2015; WESTPHAL et al. 2004). É como se o aluno, uma vez informado sobre bons hábitos pessoais de higiene ou comportamentos favoráveis à saúde, dominasse, por si só, todos os meios para potencialmente intervir na sua condição de saúde, desconsiderando seus determinantes sociais ou, convenientemente, ignorando-os.

No entanto, alerta-se para construções de teorias de ensino escolar e metodologia de disciplinas científicas que presumem que os conhecimentos científicos são esvaziados de uma história interna, sendo, portanto, absorvidos já prontos mediante um processo de compreensão e assimilação que chegam ao aluno de forma pronta e acabada, evidenciando nas experiências pedagógicas, que o ensino direto de conceitos, em todo o tempo, mostra-se impraticável e pedagogicamente estéril (VIGOTSKI, 2001).

Os PCN's destacam, entre seus objetivos, a importância da adoção de hábitos de autocuidado e o respeito aos limites e possibilidades do próprio corpo, bem como a relevância de questões relacionadas à higiene corporal como condição fundamental para uma vida saudável (BRASIL, 1997a). O mesmo documento, porém, ressalta a importância e os desafios que envolvem tal abordagem para que não se incorra no equívoco de reduzir o tema saúde às ações que se pautam por um reducionismo do tema na instituição, seja enquanto objeto de ensino orientando por uma perspectiva meramente biológica, ou fenômeno sentido por um corpo que inserido em um contexto histórico e cultural o vivencia a partir de experiências que se constroem calcadas em modelos higienistas ou assistenciais de saúde.

Assim, conforme relato da P36, apesar de ações que pactuam com um viés biológico, como uma ficha biológica em que constem os resultados dos exames antropométricos dos alunos, evidencia-se um compromisso para que tais ações não se restrinjam somente a essa esfera, mas ao contrário, também se destaca a

preocupação com a conscientização, promoção, o anseio por desenvolver um bom trabalho que avance por meio de práticas pedagógicas e objetivos que busquem a promoção, reconhecendo a escola como espaço social e de construção de saberes, relações e valores, que permita ao sujeito maior criticidade e autonomia nas questões relacionadas à saúde e sua qualidade de vida.

Outra questão que merece reflexão incide na percepção da escola como espaço assistencial, conforme apontado pelos participantes P27 e P35:

[...] aparece muitas vezes é menino com dificuldade de alimentar, sabe, então ele não tem muito o que comer em casa e acaba refletindo na escola, ele passa mal aqui, desmaia, tem que socorrer, tem que correr com ele e é um trabalho que a gente tem feito inclusive quando a gente trabalha essa questão da ausência de alimentos, a gente trabalhado a questão do desperdício né [...]. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

[...] se você for analisar, né, vamos pensar, os pais, eles despejam os alunos e filho na escola, é como se a escola fosse um depósito de gente, então o professor hoje além de ter que trabalhar a função de educador, ele também tem que trabalhar a função de... de educador de casa [...]. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

[...] nossa clientela lá é aquelas famílias assim que a mãe coloca a criança no tempo integral porque ela trabalha, porque ela precisa né, senão ela não colocaria [...]. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

Curiosamente, ao retomar os dados da primeira etapa deste estudo, os participantes P35 e P27, foram selecionados para a segunda etapa por demonstrarem, por meio do questionário utilizado naquele momento, respectivamente, tanto uma maior aproximação com uma perspectiva promotora da saúde na escola (P35), tendo inclusive uma oficina em tempo integral sobre o tema, quanto maior distanciamento desta perspectiva (P27), ao relatar não desenvolver nenhum tema relacionado à saúde na escola.

Segundo Coelho (2009), pode-se dizer que foi com Anísio Teixeira, na década de 50, que se iniciaram as primeiras tentativas válidas no Brasil de se implantar a jornada escolar em tempo integral nas escolas públicas que visavam à formação

completa. Em 1953, Anísio Teixeira, então Secretário da Educação do Estado da Bahia, inaugurou o Centro Educacional Carneiro Ribeiro, também conhecido como Escola-Parque, com o seguinte discurso:

Desejamos dar, de novo, à escola primária, seu dia letivo completo. Desejamos dar-lhes seus seis anos de cursos. E desejamos dar-lhe seu programa completo de leitura, aritmética e escrita, ciências físicas e sociais, artes industriais, desenho, música, dança e educação física. Além disso, desejamos que a escola eduque, forme hábitos, forme atitudes, cultive aspirações, prepare realmente a criança para sua civilização [...] técnica e industrial, difícil e complexa por estar mutação permanente. E, além disso, desejamos que a escola dê saúde e alimentação à criança, visto não ser possível educá-la no grau da desnutrição e abandono em que vive (TEIXEIRA, 1959, p. 79).

A escola, portanto, incumbia-se a tarefa de desenvolver, além de sua função relacionada ao conhecimento científico sistematizado e organizado com suas disciplinas e conteúdos, uma função assistencial que amenizasse as mazelas sociais.

O P27, em seu relato, traz de forma muito clara essa questão ao ressaltar a carência alimentar vivenciada por alunos em seu contexto e o papel que a escola assume diante desta situação. Longe de questionar a importância da alimentação em um ambiente onde as crianças vivem e, portanto, naturalmente alimentam-se, alerta-se para que a merenda escolar não torne a própria razão de ser da escola (LIMA, 1985), deturpando a compreensão da importância do desenvolvimento do tema saúde neste espaço, e, em última instância, a própria escola de sua função de desenvolvimento do processo ensino aprendizagem (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Ademais, esta visão e expectativa de uma instituição capaz de suprir todas as demandas e carências de seu contexto, recebeu várias críticas nas décadas que se seguiram, alegando que a escola, ao assumir múltiplas funções, dificultava cada vez mais o cumprimento de sua função primordial e demonstrava que mais importante que aprender, encontrava-se a saúde e alimentação, evidenciada pela ênfase em ações como banho e alimentação conforme constavam nas propagandas que defendiam as instituições em jornada integral (MIGNOT, 1989).

A P35, ao afirmar que os educandos que frequentam a escola em tempo integral o fazem porque as mães trabalham e, portanto, precisam deixar os filhos na escola, deixa evidente uma justificativa de período integral baseada na organização social do tempo da escola. Conforme apontado por Cavaliere (2007), o tempo de escola passou por mudanças ao longo do século XX, o que encontra

correspondência com um novo tempo social baseado na cultura urbana na qual convergem fenômenos sociais como combate ao trabalho infantil, escolarização das massas e ingresso da mulher no mercado de trabalho.

Evidencia-se, portanto, que os dois participantes (P27 e P35) ressignificam o espaço escolar como instituição que, dentre outras funções que lhe cabem, também lhe é conferida uma responsabilidade assistencial dos educandos que a frequentam para suprir as carências constatadas em seu contexto social. Esta significação atribuída à função da escola embasa justificativas para o incremento da jornada escolar diária e para ações assistencialistas com foco na alimentação, desde décadas anteriores encontrando-se enraizada na própria historicidade de sua função.

5.2.3 Uma boa saúde: para quê?

Quais os sentidos e significados atribuídos pelos participantes à relação entre saúde e escola? Saúde é um objeto do conhecimento e como tal integra as práticas educativas desenvolvidas na escola? Saúde é uma condição a ser atingida ou requisito básico para o cumprimento da função da escola? Movidos por tais questionamentos, buscou-se refletir sobre como os participantes referem-se à relação entre a saúde dos alunos e a escola, conforme relatos apresentados:

Nossa! É uma relação muito intensa, nós temos as crianças aqui, temos crianças que ficam o dia todo conosco, né, então nós temos crianças que chegam de manhãzinha e vão embora só no final da tarde, isso influencia a questão da saúde, influencia diretamente na aprendizagem da criança, né, se a criança não chegar em condições, né, falo, dignas dessa saúde física, né, dessa saúde psíquica, dessa saúde mental a criança não consegue é... atingir aqui no caso a função né, a função educacional que a escola promove. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Olha, eu acho que uma criança com uma boa saúde a tendência dela na escola é ela tá sempre avançando, não encontrar problemas, porque se elas estão bem fisicamente, né, tá dentro de uma estrutura familiar mais organizada, que apoia, ela encontra assim uma receptividade muito grande dentro da escola, eu acho que ele tende a melhorar, se elas estão bem consigo mesma, então ela não vai ter barreiras não,

não vai encontrar barreira pra poder fazer alguma apreensão de conteúdo, de matérias em geral. (P35 – Diretora, licenciada em pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

Se o aluno está, se ele tem uma saúde né, se ele está bem, logicamente ele vai ter um desenvolvimento melhor, então quer dizer, um aluno que tem uma boa alimentação, horário correto para se alimentar né, ele vai estar bem, num estado, bem para desenvolver as funções, o estudo né, o próprio estudo. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Bom... quando o aluno se apresenta saudável a escola ganha com isso, quando ele traz pra dentro da sala de aula muitas vezes um aspecto doentio, seja qualquer tipo de doença, até mesmo uma doença de relacionamento né, uma família doentia, por conta de droga alcoolismo, que também não deixa de ser droga e outros hábitos familiares, de repente, de acabar trazendo doença psicológica, por exemplo, isso afeta totalmente o cotidiano da escola, então um aluno doente acaba se tornando um problema pra escola, porque demanda esforço de um pedagogo, do diretor, do professor e dos próprios colegas que tem que conviver com aquela doença, então um aluno doente, adocece todo mundo. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

Então, é muito assim perceptível para nós que estamos na escola quando o aluno já vem apresentando alguma situação que não está muito... porque criança e aluno mesmo adolescente, eles são assim, muito ativos né, e quando a gente percebe, por exemplo, que já tá mais quieto, já tá mais arredo, que as vezes, chora, é uma situação muito assim vista, principalmente para os professores, pra nós, assim, quando está em sala de aula e às vezes mesmo no momento de recreio, que a gente tá sempre observando, então, essa relação entre a escola e os alunos é... é uma observação feita assim, no dia a dia e que a gente, às vezes, percebe. (P38 – Vice Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice direção).

[...] se eles estão bem nos três sentidos como te falei né, mental, biológico e físico, tudo, aí é um outro aluno, ele vai doar, ele vai querer participar, ele vai querer fazer, ele vai querer é... tá participando das aulas né, do pedagógico em si, como também dos lúdicos, dos projetos, de outras atividades, se ele não está bem, ele não executa nada, nós percebemos aqui na escola, é... um problema que estava acontecendo muito entre as meninas, 14, 15, 16 anos, elas estavam

demonstrando muita ansiedade e naquele momento elas começaram até a gritar a se pegar pelo pescoço, passaram a começar a coçar, nervosas, agitadas, ofegantes né, e chegavam aqui, eu falei, "Meu Deus, é novidade, que será que tá acontecendo", e aquilo tinha que chamar..., asma, bronquite, mas não deve ser isso, deve ter alguma coisa específica da idade, porque foi acontecendo com muitas ao mesmo tempo, nós tivemos o ano passado, 7 ou 8 meninas com o mesmo diagnóstico, asma, bronquite, muito estranho, vamos começar a pesquisar isso, e a gente percebeu que foi um momento de transição da puberdade pra adolescência, da ansiedade de saber se ia arrumar um namorado, como que ia acontecer, inclusive se ia ter uma festa de 15 anos, como que..., e aquela prova, sabe, essas informações nós fomos colhendo delas, da ansiedade e toda essa preocupação estava interferindo no trabalho delas aqui, estavam perdendo prova, semana de prova então, meu Deus, tinha que chamar o pai, tinha que mandar e a mãe levava pra, pro médico, psiquiatra, psicólogo, gastando absurdo e medicamentos e medicamentos, eu falei gente, tá errado isso aí, não é por esse lado, vamos pesquisar, quando a gente começa a conversar com elas, aí veio um psicólogo, muito o J... e fez um trabalho né, de conscientização, mostrou pra elas, toda a mudança hormonal, que aí entra a professora com a característica biológica também e aí foi casando as informações com ajuda dos pais, então nesse trabalho, nesse momento, estavam a professora, o profissional, psicólogo, as alunas e os pais, juntos, pra eles entenderem que aquele problema não era o bicho de sete cabeças, né, poderia interferir no trabalho, estava, eu estava com um caso aqui que ela tinha perdido o bimestre quase todo, eu tive um caso de um aluno né, que ele ficou 6 meses sem vir à aula, praticamente, por esse motivo da ansiedade, então quando entra fazendo um trabalho, que todos passam pelo mesmo problema, que uma não sabia da outra inclusive, uma era do nono, a outra no primeiro um, a outra no primeiro dois, o outro no segundo, então assim, estavam, não eram amigas para falar que uma fez e a outra viu e queria fazer também, não era, então a gente assustou sabe, e com esse trabalho, esse ano, não tive nenhum problema com essa ansiedade, com essas meninas envolvidas, tivemos com outra a semana passada, mas aí aprendi o trabalho com o profissional, já chamei, já conversei, já expliquei, já chamei os pais, então aí ele né, mostrou para gente, como que a gente tinha que orientar, para poder tá orientando os pais pra não começar, deu esse problema, chegou até a desmaiar né, essas meninas chegavam a desmaiar, então a gente corria para Passos e tinha todo aquele medicamento muito forte pra uma menina de 14 anos, 15 anos, porque leva no psiquiatra, tá com problema psicológico, então quer dizer, vamos tomar providência de estar medicando aí, então interfere 100%. (P36 – Diretora,

licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

Todos os participantes demonstram compreender que uma boa saúde é condição fundamental para que a escola desenvolva bem sua função de ensinar. Se no tópico anterior, a maioria dos participantes evidencia a intencionalidade das ações de saúde desenvolvidas nas escolas sob um viés higienista e assistencialista, para suprir carências sociais que os alunos apresentam ao chegar à escola, aqui se evidencia a expectativa da escola em receber um aluno idealmente saudável, sem necessidade de tais intervenções.

As expectativas, projeções e representações dos professores no campo educacional são construções simbólicas que carregam as marcas de sua própria vivência, sua história e as relações sociais estabelecidas em seu meio (CORDEIRO; DONADUZZI; SCHLINDWEIN, 2008). Nesse sentido, alguns estudos que refletem sobre as representações sociais dos professores em relação aos alunos e com o cotidiano escolar, evidenciam uma tendência à baixa expectativa do professor em relação ao estudante diante de sua baixa condição socioeconômica; as interações entre professor e aluno tendem a se diferenciar mediante as diferentes expectativas por parte do docente em relação ao aluno; e, por fim, verifica-se que os professores tendem a atribuir o fracasso escolar às condições sociopsicológicas do aluno e condições econômicas de sua família, isentando-se de responsabilidade sobre esse fracasso (ALVES-MAZZOTTI, 2000; CORDEIRO; DONADUZZI; SCHLINDWEIN, 2008).

A exteriorização de uma representação por parte dos participantes de uma relação causal entre boa saúde e rendimento escolar se fundamenta em construções simbólicas que se formaram no decorrer do tempo e espaço e nas relações que permearam toda sua existência como sujeito histórico cultural (CORDEIRO; DONADUZZI; SCHLINDWEIN, 2008).

Ao se buscar a relação que os participantes estabelecem entre saúde dos alunos e a escola, os mesmos projetam a representação de um aluno ideal, que sem nenhum comprometimento de saúde, seria capaz de cumprir perfeitamente seu papel na concepção de ensino de cada um dos participantes.

Nessas representações, assume-se então um modelo ideal de aluno que não corresponde ao aluno concreto que hoje constitui a maior parte dos alunos da escola

pública, crianças cujos pais são de baixo nível socioeconômico e oriundos de estrutura familiar comprometida (ALVES-MAZZOTTI, 2000; CORDEIRO; DONADUZZI; SCHLINDWEIN, 2008).

Não se trata de negar aqui o fato de que uma boa saúde é também condição que favorece o aprendizado, conforme já apontado por vários estudos (COSTA, 1974; LARCHICK; CHANCE, 2004; BLUMENSHINE et al., 2008), todavia, esperar passivamente que a família entregue este aluno idealizado e condicionar o êxito da escola a essa expectativa e situação, é projetar no aluno o conceito utópico e inatingível de saúde da OMS e negar o próprio sujeito e o dinamismo que envolve a sua própria condição de existir.

Ademais, ao questionar os participantes sobre como eles percebiam a relação entre a saúde dos educandos e a escola, tinha-se internalizado no próprio entrevistador, orientado pela subjetividade que o constitui como ser histórico e social, que os mesmos relatassem além do constatado, o papel da escola na saúde dos alunos, ainda que de forma limitada, fossem apontadas perspectivas reducionistas calcadas em um viés biológico, higienista, curativista ou assistencial do objeto saúde como tema a ser desenvolvido na instituição escolar. Verifica-se contrariamente que, nessa relação, para os entrevistados, a saúde é condição *sine qua non* para que a escola cumpra, com excelência, sua função de ensinar o aluno que deve se apresentar apto para aprender. Interessante uma análise sobre cada um dos relatos apresentados, pois evidencia, apesar dessa percepção generalizada, alguns pontos que se destacam entre os sentidos atribuídos e verbalizados por cada um dos participantes.

A P22 destaca a intensa relação entre a saúde dos alunos e a escola, atribuída ao fato de parte desses alunos passarem o dia todo na escola. Para a P22, se o aluno não chegar a um estado de saúde favorável, ele não cumprirá bem sua função no processo educativo. Porém, a saúde não se concretiza apenas no seio familiar, alheia à escola. A saúde é criada e vivenciada, no dia a dia, nos diferentes espaços que o sujeito compartilha (BRASIL, 2002b), incluindo-se aí o espaço escolar com significativa relevância para os que nesse cenário ao longo do dia, estudam, brincam, se alimentam, interagem socialmente, lidam com as diferenças, angústias, aspirações e desejos. Ora, se na escola as pessoas também vivem e se relacionam, cabe a ela, portanto, além da função educativa de desenvolvimento das capacidades cognitivas ou intelectuais, promover e contribuir para o

desenvolvimento integral do sujeito, norteado pela indissociabilidade do desenvolvimento pessoal, das relações que são estabelecidas entre seus pares e com sua realidade social (ZABALA, 1998).

Para a P35, uma boa saúde também se configura de suma importância para o aprendizado do aluno. No entanto, chama a atenção que, para a P35, este êxito consista, segundo suas palavras, na capacidade do aluno em realizar “alguma apreensão do conteúdo”. Posto que as palavras representem a união entre o pensamento e a linguagem, em sua forma mais elementar e, sendo o fenômeno verbal um ato ligado ao próprio pensamento e aclarado por ele (VIGOTSKI, 2001), vislumbra-se que, para a P35, um bom aluno é aquele capaz de apreender o conteúdo que lhe é transmitido. Abstrai-se, portanto, que em sua concepção, a relação educador-educando se concretiza por meio de práticas narradoras dos conteúdos pelo professor que, imbuído de todo o saber, deve preencher o vazio dos alunos com conteúdos e palavras que, desconectadas da realidade, não ganham significação na dimensão concreta de sua própria existência (FREIRE, 1993).

O relato da P20 corrobora sua visão de saúde e promoção de saúde em uma perspectiva tradicional que se fundamenta em comportamentos individuais e em atividades direcionadas a mudanças comportamentais relacionadas a várias ações com foco na alimentação saudável no contexto escolar. Nessa perspectiva, tal relação ancora-se em uma regulamentação por meio do autocontrole e do autocuidado que, além das dimensões pessoais, está modulada pelas relações sociais e intersubjetivas (GAZELLI; PEREIRA, 2015). Também a relação que a P20 estabelece entre a saúde dos alunos e escola é orientada por tal concepção, uma vez que, segundo ela, se o aluno seguir normas de comportamentos, no caso, as relacionadas aos hábitos alimentares, estará em um estado favorável de saúde para desenvolver seus estudos.

Todavia, a saúde não é matemática exata, não é produto de uma receita a ser seguida em que se atinge seu estado pelo cumprimento de padrões universais, tampouco se restringe à obediência irrestrita de normas em que o sujeito subordina-se à cultura e incorpora o universo simbólico e as condições consideradas desejáveis (CANGUILHEM, 2006). A saúde se constrói na interação com o outro, com seu meio, com seu contexto ao longo da vida e com as significações que lhe são atribuídas nessas interações, que sem encontrar sentido ou eco no seu conjunto

de crenças e valores, experimenta estranhamento, falta de adesão, ou abandono de práticas socialmente saudáveis (GUAZELLI; PEREIRA, 2015).

O P27 traz um relato marcante pela maneira como expressa sua compreensão da relação entre a saúde dos alunos e a escola à medida que vai além da saúde como condição essencial para a aprendizagem. Segundo ele, a escola ganha quando o aluno se apresenta saudável no ambiente escolar contrapondo-se aos embaraços que se sucedem caso ela traga um aspecto doentio para a sala de aula, demandando esforço e um fardo no convívio com seus pares. É como se, ao atravessar os portões da escola, fosse facultado a esse aluno deixar essa condição que o acomete ou ignorá-la, como se não fosse essa a própria condição constitutiva de sua corporeidade inseparavelmente orgânica, psíquica e cultural (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

No entanto, a escola deve atentar que diferenças e desigualdades extraescolares, sejam elas biológicas, psicológicas, econômicas, sociais e culturais, não podem se configurarem em desigualdades de aprendizagem e de sucesso escolar, norteados por um currículo e convívio hostil aos educandos que, cotidianamente, já enfrentam situações adversas fora do ambiente escolar, devido a tais diferenças (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Para a P38, a relação entre a saúde dos alunos e a escola fundamenta-se na capacidade dos profissionais que ali estão de identificar possíveis comportamentos diferentes dos habituais apresentados pelos alunos, como um comportamento mais retraído ou um choro. Ainda que a escola e o convívio diário entre seus atores possibilite, com frequência, identificar situações e comportamentos que divergem dos comumente apresentados pelos alunos, cabe também à escola compreender o contexto em sua integralidade e, a partir de demandas individuais e coletivas, desenvolver estratégias que possam contribuir para a melhora das condições dos que ali frequentam.

Sendo assim, aos educadores cabe para além das competências técnico-científicas e domínio do conteúdo a ser desenvolvido, uma convivência afetiva e postura curiosa, capaz de reconhecer, no silêncio sublinhado do aluno ou no seu choro, uma forma de contato social do educando como sujeito sócio histórico e cultural que precisa ser compreendida e considerada nas relações educativas (FREIRE, 1996).

Vale pontuar aqui que a P36 também considera a saúde como um condicionante para um bom desempenho do aluno na escola, conforme seu relato. No entanto, essa se diferencia dos demais relatos pelo fato de, ao descrever a relação estabelecida entre a saúde dos alunos e a escola, verbalizar espontaneamente uma responsabilidade assumida pela escola e um trato com o objeto saúde que extrapola um viés biológico. Dessa maneira, compreende-se a saúde como tema a ser desenvolvido por meio de práticas pedagógicas que estimulem a capacidade crítica e autônoma dos sujeitos e maior exercício e controle das suas condições de saúde e vida (SILVA; BODSTEIN, 2016).

5.2.4 As aproximações e distanciamentos entre o setor saúde e a escola

Uma vez que se compreenda a saúde como um fenômeno que, em sua complexidade, é constituído por vários determinantes, que não são passíveis de serem solucionados ou discutidos em uma única esfera, buscou-se, pelos relatos dos participantes, compreender como se concretiza a aproximação entre os profissionais da saúde por eles referenciados e sua atuação na instituição escolar em questão, conforme segue:

[...] a gente convida desde médicos, enfermeiros, os estudantes da UEMG que trabalham né, também na área de saúde, então é... os profissionais participam sim né, dessas ações, visitando a escola, fazendo, desenvolvendo projetos aqui, né, os estudantes quando precisam de estágio né, que precisam de desenvolver algum projeto, eles procuram a escola, então de diversas formas. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Por exemplo, é... a semana atrás foram alguns odontólogos lá, então eles dão a palestra, eles ensinam a escovar os dentes, fazem teatrinho com os meninos e no final eles dão um kit pros alunos, escova de dente, creme dental, o fio dental, sabe. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

Então, são enfermeiras, dentistas, então a palestra geralmente que frequenta mais são, é, são enfermeiros, dentistas, eu acho que são esses, só enfermeiro e dentista, são só que mais vem na escola. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Já trouxemos médicos, pra falar sobre alguns aspectos da saúde, já trouxemos aqui agentes de saúde né, da prefeitura, pra falar sobre alguns tipos de doenças, sobre vacinas, sobre os cuidados né, com a higiene mesmo, dentistas né, então, frequentemente a gente consegue trazer e funciona em termos de palestras, conversam com uma turma e depois conversam com outra, depende também da disponibilidade e tempo deles, mas é frequente, aí a gente costuma trazer sempre profissionais pra falar sobre essa parte. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

Olha, nesses da escola, não, mas eles têm contribuído sim, sabe, geralmente assim com os temas que vem também pra eles desenvolverem, eles vão, dão palestra, fazem teatro, é até bem interessante, tem a participação deles sim. (P38 – Vice Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice direção).

Eles são parceiros, eu mando ofício, solicito ajuda, ahh quando acontece, por exemplo, no caso, o início do ano, né, que precisa de atestado pra tá vendo, eu não gosto daquele atestado que só olha e coloca, então eles já sabem que eu sou enjoada, eu falam assim né, nossa a diretora pediu, vai porque ela vai dar trabalho aqui pra nós, que eles têm essa obrigação de estar dando apoio para os nossos alunos, [...], as vezes, é uma enfermeira, quando tem casos mais críticos, vem a... própria médica, Dra T..., ela ama estar aqui na escola para participar, ela fala que ela fica mais jovem, mais alegre, quando vem fazer o trabalho, gosta da nossa alimentação, então é super parceira e outro diferencial que a escola tem, que eu esqueci de te falar, que não te falei, a escola tem um consultório de dentista, odontológico, então nós temos o dentista também, a prefeitura mantém esse dentista aqui na escola né para atendimento dos alunos, funcionários, professores e também dos seus familiares, e no horário que dá certo também pra esse atendimento, o consultório é aqui dentro da escola, depois eu te mostro lá. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

Os relatos apresentados acima evidenciam questões relevantes para a análise da relação entre os profissionais de saúde e a escola e nos permitem refletir sobre as expectativas e os objetivos idealizados para essa aproximação entre os dois setores, a partir da perspectiva dos participantes.

O reconhecimento da escola como cenário para que os profissionais de saúde concretizem ações específicas de suas agendas, são percebidas nos relatos dos

participantes P22, P35, P20 e P38, ficando especialmente evidentes em trechos como “[...] quando precisam de estágio ou desenvolver algum projeto [...]”, “[...] semana atrás foram alguns odontólogos lá [...]”, “enfermeira, dentista são o que mais vem [...]”, “[...] com os temas que vem também pra eles desenvolverem [...]”. Ora, fosse então o caso de não haver tais demandas e necessidades por parte dos profissionais da saúde, a escola não vislumbraria tal oportunidade?

Não se advoga contrário à escola enquanto espaço privilegiado para a vivência prática durante o processo de formação dos acadêmicos e que lhes permitam aplicar o conhecimento teórico e o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias, ou tampouco como espaço potencialmente reconhecido pelo setor saúde para o desenvolvimento de ações para um público específico e que constam em seus calendários. Porém, tais observações se fazem necessárias, uma vez que entre os relatos apresentados, três deles (P22, P35 e P20) afirmaram, durante a primeira etapa deste estudo, que participam ou já participaram do PSE, o que causa estranhamento na maneira como percebem e relatam a relação entre o setor saúde e a escola, visto que entre as diretrizes de gestão do PSE, reforça-se a importância da intersectorialidade, compreendida como a articulação de diferentes setores, atores e conhecimentos, na elaboração, execução e avaliação das ações com o intuito de atuar de forma integrada sobre problemas e demandas almejando melhorias na qualidade de vida (BUSS, 2000; BRASIL, 2015a).

Destacam-se, no entanto, evidências nos relatos que apontam para fragilidades que permeiam uma perspectiva interssetorial nos relatos das práticas que tomam concretude, permeadas por equívocos como a passividade da escola nessa aproximação, sendo reduzida a um espaço disponível para que outros atores desenvolvam ali suas demandas, a falta de planejamento conjunto para que tais ações coincidam com as demandas da comunidade escolar e abordagens setorializadas com viés predominantemente biomédico nas ações realizadas (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

Para o P27, a articulação com profissionais do setor saúde concretizam-se quando eles conseguem levar esses profissionais até a escola para “[...] falar sobre alguns aspectos da saúde [...] alguns tipos de doença [...] vacinas [...] higiene[...]”. Chama a atenção o fato de que, durante a primeira etapa deste estudo, essa escola registrou, por meio do questionário, não conhecer o PSE, o que foi corroborado durante a entrevista na segunda etapa. A referida escola também foi a única que

disse não desenvolver ações de promoção ou educação em saúde em seu ambiente, o que não se confirmou durante a entrevista, uma vez que foram elencadas ações relacionadas à saúde desenvolvidas nela que, mesmo que orientadas por perspectivas mais tradicionais de educação em saúde, encontram-se reconhecidas e verbalizadas durante entrevista.

A linguagem escrita, utilizada na primeira etapa deste estudo, portanto, impõe um trabalho intelectual mais elaborado com maior grau de descontextualização, exigindo abstração de conceitos e compreensão de um contexto em que seus interlocutores encontram-se em situações diferentes pela ausência de uma das partes, diferentemente do segundo momento em que se encontram na possibilidade de compartilharem seus pensamentos regulados pela dinâmica de um diálogo que se desenvolve por processos situacionalmente motivados e condicionados, em que novas reflexões são voluntariamente constituídas (BAQUERO, 1998; VIGOTSKI, 2001).

Verifica-se nos relatos de P27 um movimento contrário aos trazidos pelos outros participantes (P22, P35, P20 e P38), em que à escola não cabe apenas se apresentar como cenário para práticas e demandas alheias ao contexto escolar, mas constitui uma aproximação que se inicia na escola, a partir de seu interesse em ter tais profissionais em seu ambiente. Nesse sentido, apesar de partir dela tal aproximação, essa relação não deve limitar-se a encontros pontuais determinados pelas prioridades dos profissionais de saúde, conforme vislumbrado no relato do P27, em que a abrangência dos educandos e das ações ficam condicionados à disponibilidade de tempo dos profissionais da saúde naquele momento, evidenciando uma unilateralidade na tomada de decisões.

Ao contrário, essa parceria deve avançar para se solidificar, levando em conta suas inúmeras possibilidades de atuação, sempre de forma dinâmica, previamente planejada e contínua para que se constituam em práticas que se norteiem pela busca de uma convergência entre o saber dos profissionais de saúde, da escola e o conhecimento prévio dos educandos a partir de suas experiências de vida, que superem a mera divulgação de informações e que encontrem sentido em seus mundos, permitindo escolhas conscientes e empoderadas para a consecução de uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2015).

A P36 apresenta, em seu relato e no decorrer da entrevista, que existe uma parceria entre o setor da saúde e escola, inclusive compreendendo promoção da

saúde a partir dessa parceria conforme discutido em tópicos anteriores. Sua perspectiva difere dos demais, pois evidencia uma relação mais contínua entre os dois setores que se concretiza por meio de ações de vigilância em saúde, em que ambos os setores são protagonistas e corresponsáveis pela saúde das populações que partilham daquele contexto.

Compreende também que nesta relação são consideradas eventuais demandas de saúde, tanto dos profissionais da escola como dos pais dos alunos e comunidade, que são importantes para fortalecer os vínculos e corresponder às expectativas mútuas entre os envolvidos (BRASIL, 2009). Tal questão é importante de ser colocada, pois em uma perspectiva de EPS, essa não deve abrigar diferentes serviços ou profissionais de saúde, mas estabelecer com esse setor e seus profissionais, uma relação tão aberta, dialógica e natural que a utilização desses serviços prestados seja um seguimento natural desse relacionamento (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Em seus relatos, a P36 explicita uma insistência de sua parte para que se estreite a relação entre os profissionais de saúde e a escola por meio de uma demanda que ela reconhece como necessária para seu contexto. O que, segundo ela, por vezes, não é bem acolhido pelos profissionais da saúde a princípio, mas que à medida que tal relação se desenvolve, esses profissionais atribuem novos sentidos para tal experiência, que passa a ser percebida positivamente e que se modifica a partir das interações sociais dos mesmos com os educandos, com os profissionais da escola e com o espaço físico da escola, constituindo nova significação a partir de um novo contexto e das relações estabelecidas (VIGOTSKI, 2001).

5.2.5 A saúde que acontece na escola: para quem?

Nessa categoria, são apresentados os relatos mais representativos dos participantes que demonstram a quem são direcionadas as ações de saúde desenvolvidas pelas respectivas escolas.

É, principalmente, os alunos né, e as famílias a comunidade, porque as vezes a gente também realiza eventos aqui na escola né, em que a comunidade, ela é convidada, né, então que ela tem, ela tem acesso a essas palestras né, feiras de ciências que trata dos assuntos [...]. (P22 – Diretora, licenciada

em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Primeiro os alunos, porque através deles, eles vão colocar em prática, perpetuar na casa deles. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

O alvo né, são os alunos, alunos, até as cantineiras, têm um treinamento, né, elas têm um treinamento, a cartilha que a gente faz no cardápio da escola [...] e a gente chama também a comunidade, agora o grande desafio nosso é trazer mais a comunidade pra escola, agora é oferecido pra eles também palestras, é... roda de conversas, então os alunos hoje em dia, eles tem muito esses debates, rodas de conversa, onde a gente consegue envolver mais o aluno, a comunidade, mas o nosso grande desafio é trazer a comunidade pra dentro da escola. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

É... assim, quando nós entramos na fase da pré elaboração e elaboração do projeto, ele vai acontecer na sala de aula e no ambiente escolar né, quando nós chegamos na culminância envolve toda a comunidade escolar, é um evento aberto, todas as pessoas da cidade que tem envolvimento, eles podem estar presentes e por exemplo, quando eu falei da dengue, é muito comum a gente fazer passeata, então a gente faz panfletos e a gente sai no entorno da escola, panfletando e orientando a comunidade sobre as doenças que são provenientes do contato com os que, então né, tem coisas que nós fazemos que é fechado, mas tem coisas que são feitas mais externamente. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

Olha, mais são os alunos mesmo, sabe, os funcionários se envolvem, mas é destinado aos, mais para os alunos, no caso nosso lá esse ano, do terceiro fundamental ao terceiro médio. (P38 – Vice Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice direção).

O aluno sempre é protagonista de tudo, sempre, ele é a razão de todo o nosso trabalho e os nossos funcionários né, os nossos ASBs, os nossos ATBs também, professores, muitos professores foram atendidos nesse projeto, ele tinha que ajudar e ao mesmo tempo foi atendido, é... os pais, responsáveis, avós, tios e departamentos, departamentos do município, porque os alunos vão até lá e foi interessante que nós tivemos, tivemos e ainda está acontecendo projetos envolvendo os turistas, nós temos aqui do lado da escola o CAT (Centro de Apoio ao Turista), então ali agora nós conseguimos com ajuda

da comunidade também, é... uma horta comunitária, então os alunos tiveram, estão tendo um momento de apresentar para os turistas que lá passam [...]. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

Evidencia-se, nos relatos apresentados, que, para todos os participantes, as ações e projetos relacionados à saúde que são desenvolvidos na escola são direcionados prioritariamente para os alunos, envolvendo, em alguns casos, a comunidade escolar em situações que vão desde a expectativa de incorporar na rotina familiar questões de saúde trabalhadas com os alunos no ambiente escolar, até ações que de fato se concretizam e envolvem toda comunidade, conforme apresentado adiante.

Para a P22, P20, P27 e P38, as ações desenvolvidas na escola, que envolvem temas relacionados à saúde, têm como foco principal os alunos, sendo a comunidade envolvida por meio de eventos pontuais que se realizam e se estendem a esse público, situações nas quais a comunidade é, então, convidada a participar. Não se vislumbra, a partir desses relatos apresentados, outros momentos em que a comunidade escolar possa participar ativamente no processo, limitando-se apenas nestes “convites” pontuais. Destaca-se aqui que, durante a primeira etapa deste estudo, a E20, E27 e E28 relataram que as ações de saúde desenvolvidas na escola direcionavam-se exclusivamente aos alunos, não reconhecendo, naquele momento, a participação da comunidade, ainda que restrita aos “eventos”.

A P20 aponta que as ações de saúde são também direcionadas às cantineiras da escola, que realizam um treinamento para atuação com o cardápio da escola. É importante destacar que a capacitação de funcionários da escola sobre temas pertinentes à saúde, como alimentação saudável, encontra-se entre as ações de uma EPS (PELICIONI; MIALHE, 2015), pois de fato contribuem para a melhoria de aspectos relacionados à saúde dos educandos. Todavia, o que se evidencia por meio do relato da P20 é que a participação dos funcionários se restringe apenas a essa função, não os considerando como potencial público-alvo de ações de promoção da saúde.

Enfatiza-se a importância que a escola assume em uma perspectiva de EPS, quando busca estabelecer uma relação mais estreita com a comunidade, envolvendo-a no processo de ensino e de aprendizagem a partir de estratégias participativas que extrapolem os limites físicos da escola, conseguindo maior

envolvimento da comunidade. Para tanto, é importante que seja oportunizado um espaço para que seus anseios, expectativas, dúvidas e experiências sejam compartilhados também em outras etapas, que vão desde o diagnóstico das necessidades locais, no que concerne à saúde da população escolar, até à avaliação das atividades desenvolvidas e difusão de informações sobre avanços e desafios encontrados no processo (BRASIL, 2007a). Assim, ao tomarem parte no processo, a organização de ações pedagógicas contextualizadas é capaz de privilegiar a historicidade dos processos de saúde historicamente construídos pelos sujeitos envolvidos (SCHALL, 2005; SANTOS; MEIRELLES, 2017).

A ênfase de ações direcionadas somente aos alunos encontra-se justificada para a P35 a partir da premissa e da expectativa de que estes, uma vez imbuídos com informações relacionadas à saúde e hábitos saudáveis, constituam-se em potenciais multiplicadores de tais informações entre seus familiares, contribuindo assim para melhora da qualidade de vida e condição de saúde em seu contexto. Curiosamente, durante a primeira etapa deste estudo, a E35 elencou que os projetos e ações desenvolvidas na escola relacionadas à saúde, tinham como foco, além dos alunos, os profissionais da escola e os familiares dos alunos, o que, de fato, não aparece nesse momento. Essa questão merece reflexão, pois na percepção da P35, ações de saúde que envolvessem os familiares são reconhecidamente relevantes, mas caberia ao setor saúde a responsabilidade sobre tal, estando a escola isenta nesse sentido conforme relato a seguir:

Eu acho que isso aí deveria, esse projeto, ele ser levado pros bairros, até dentro do próprio PSF's, porque aqui, provavelmente, assim, principalmente nesses bairros de periferia, tem muito PSF, então, se a família não tem como, fizesse as visitas e ficasse uns 15 minutos, batesse um papo com a família, levasse um folderzinho explicando tudo, eu acho que seria isso, é sair esse aprendizado de dentro da escola para a comunidade, nos bairros. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

Além do desafio de romper com uma perspectiva de saúde na escola que se oriente pelo reducionismo de seu objeto, urge ressignificá-la como espaço de construção de territorialidades e subjetividades, na qual os sujeitos envolvidos identificam-se, interajam e refletem sobre suas experiências, para que possam construir projetos de vida mais saudáveis a partir de uma escola que assuma seu

protagonismo e reconheça o seu espaço como de produção de saúde em seu território, que perpassa o respeito dos determinantes sociais da saúde/doença dos sujeitos e o fortalecimento da participação da comunidade escolar nos diversos espaços de seus territórios (BRASIL, 2007a).

Fica claro que muitas das práticas pedagógicas que envolvem a temática saúde, se orientam por uma perspectiva individualista, focada em comportamentos e atitudes sem considerar, na maioria das vezes, as inúmeras influências provenientes da realidade dos educandos (SILVA et al. 2010, PELICIONI; MIALHE, 2015)

No entanto, tal perspectiva busca avançar, a partir da compreensão da escola e sua potencialidade para a promoção da saúde, que possam impactar positivamente toda comunidade escolar (PELICIONI, 2000). Tais avanços podem ser vislumbrados a partir do relato apresentado pela P36 em que se constata a aproximação com toda comunidade escolar, incluindo-a nas ações de saúde que são desenvolvidas pela escola.

Em seus relatos, a P36 corrobora uma aproximação com a comunidade que não se limita a eventos desconectados da realidade dos sujeitos, mas que busca envolvê-los ativamente, tanto no processo, como os considerando como foco das ações desenvolvidas.

[...] nós temos todo um trabalho também, já assumimos, já é o terceiro ano que nós já vamos tá executando e muito reconhecido também na região, que é o outubro rosa da conscientização né, do câncer, e o novembro azul e pra isso nós envolvemos toda a escola, toda a família e envolvemos também a região e vem o caminhão pra fazer os exames nas mães, elas são registradas, elas são catalogadas, se tiver, por exemplo, irmã mais velha, se tiver né, tia, quem quiser da comunidade [...]. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

Fica claro, a partir do relato da P36, que a escola busca desenvolver suas ações a partir de valores compartilhados pela comunidade escolar que se coadunam com um espaço coerente com os preceitos de uma EPS, no qual ela contribui para criar, executar e manter ações que se respaldam por políticas públicas saudáveis, incluindo os sujeitos nos planejamentos e execução de suas ações (MIALHE; PELICIONI, 2015).

Outro ponto importante apontado pela P36 é a postura ativa da escola na busca pela maior proximidade com a família para a resolução de questões de saúde que permeiam os educandos, conforme relato a seguir:

[...] e aí foi casando as informações com ajuda dos pais, então nesse trabalho, nesse momento, estavam a professora, o profissional, psicólogo, as alunas e os pais, juntos, pra eles entenderem que aquele problema não era o bicho de sete cabeças [...]. (P36 – Diretora, licenciada em biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

A partir de um problema constatado, que afetava consideravelmente a condição de saúde dos educandos, buscou-se a partir de um movimento da escola, uma análise respaldada tanto pelo saber técnico necessário representado pela figura do psicólogo, como no contexto social que ele se sustentava a partir da aproximação com os pais. Assim, foi possível que a partir de uma apropriação singular dos signos que compõem as informações relacionadas à saúde e a interação oriunda entre os atores envolvidos, fossem ressignificados seus sentidos conduzindo para uma nova cultura em saúde (SANTOS; MEIRELLES, 2017).

Outro ponto positivo é que o envolvimento dos pais e/ou responsáveis, nesse processo, amplia o universo de cuidado da criança, uma vez que agrega a família em uma perspectiva mais integral, na qual hábitos, costumes e crenças podem ser repensados a partir de uma abordagem mais ampliada de cuidado em saúde (BRASIL, 2015a).

5.2.6 A operacionalização das ações de saúde no contexto escolar

Nessa categoria, é discutido como as ações de saúde são operacionalizadas nas escolas a partir da percepção dos participantes. Busca-se lançar luz sobre seus relatos, concentrando-se nos aspectos que evidenciam como esse processo se estrutura e se desenvolve em cada um dos contextos analisados. Para tanto, são enfatizados quatro aspectos que buscam retratar como tais ações e/ou práticas pedagógicas são abordadas nas respectivas escolas, considerando seu planejamento, sua forma de execução, obstáculos encontrados e importância de tais ações de promoção da saúde no contexto escolar, a partir da visão de cada um dos participantes, que serão apresentados separadamente para melhor compreensão do processo.

São apresentadas, inicialmente, as percepções dos três participantes que demonstraram maior aproximação com a perspectiva da promoção da saúde (E22, E35 e E36) e, em seguida, os outros três participantes, que apresentaram maior distanciamento de tal perspectiva (E20, E27 e E38).

5.2.6.1 Percepção da P22 sobre a operacionalização das ações de saúde

A percepção da P22 sobre como as ações de saúde são desenvolvidas na escola é apontado no relato abaixo:

Nós temos alguns projetos que já vem direto da Secretaria de Educação, né, que aí a gente passa para a supervisão e a supervisão vai dividir entre os professores que irão realizar né, é... com os alunos. Então ele é dessa forma. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Uma decisão verticalizada relacionada aos projetos a serem desenvolvidos, na escola, é evidenciada no relato acima que parte de uma instância superior, no caso a Secretaria de Educação, que define os projetos a serem desenvolvidos nas escolas, até chegarem aos professores a quem cabe executá-los em nível escolar. Essa percepção por parte da P22 caracteriza-se por demonstrar um processo que se desenvolve e se orienta por uma perspectiva tradicional de ensino, calcada na unidirecionalidade das decisões em que não há espaço para se debater questões a serem consideradas durante o planejamento e nem para que os sujeitos envolvidos participem democraticamente nas decisões referentes às ações.

Um dos grandes desafios que se apresentam para a educação a partir dos pressupostos da EPS é o de propiciar bases para melhor compreensão da realidade, para que, a partir daí, possa então ser transformada, sendo parte fundamental nesse processo o reconhecimento de que a grande maioria dos problemas relacionados à saúde, só alcançarão a potencialidade que o espaço escolar permite, se forem abordados a partir de um planejamento que considere seus atores de forma participativa e democrática (PELICIONI; MIALHE, 2015).

O relato a seguir busca sintetizar como as ações de saúde são executadas na escola a partir do relato da P22:

[...] as crianças né, dos anos iniciais a gente tem trabalhado que hoje é necessário maior é a saúde dental, né, então nós temos aí é... uma parceria com duas dentistas, elas têm vindo à escola desenvolvendo um trabalho é... elas até tem é... um projeto que chama fadas do dente e essas fadas, elas é... em forma de fada, de brincadeira elas atingem aquilo que precisa com as crianças, então é um trabalho assim contínuo, lá no início do ano, elas começaram, né e depois tem uma segunda parceria que a gente tem é... outros dentistas que vem aqui pra fazer a limpeza com flúor, né, é uma limpeza que não depende de consultório e durante todo o ano isso é trabalhado né, as professoras nas salas de aula, vão trabalhando e as dentistas, elas vem pra tá fechando isso que vai sendo trabalhando no dia a dia com as crianças né, agora com os maiores, com os alunos dos anos é... dos anos finais do fundamental e ensino médio, nós temos grande parceria com a UEMG né, nós temos parceria com o PSF, aqui né, próximo da nossa escola e constantemente a gente realiza palestras, a gente é... realiza até vacinações aqui na escola, certo? a gente faz contato com as famílias, né, pede é... autorização pra que os cartões possam ser olhados, verificados, então assim, uma parceria grande né, tanto com a UEMG, tanto com os PSF's. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

A P22 apresenta as ações de saúde desenvolvidas, na escola, a partir de uma organização que se orienta pela faixa etária dos educandos. Aos alunos dos anos iniciais as atividades concentram-se em torno do tema da saúde bucal, necessidade esta verbalizada como sendo a mais necessária para os alunos nesta faixa etária, sendo desenvolvida por meio de um projeto conhecido como “fadas do dente”, executado por duas dentistas mediante o uso de brincadeiras que, segundo a P22, atingem os objetivos propostos. Para essa faixa etária também são realizadas limpeza com flúor pelas profissionais da saúde e outras questões relacionadas ao tema de saúde bucal são desenvolvidas e reforçadas pelas professoras dos alunos ao longo de todo ano.

As ações desenvolvidas com os alunos dos Anos Finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio se caracterizam por palestras e campanhas de vacinação, que são realizadas por profissionais da unidade de saúde de referência no território.

Ao se discutir as estratégias didáticas utilizadas para se trabalhar a saúde, no contexto escolar, deve-se ressaltar a importância de um dos conceitos mais relevantes da abordagem histórico-cultural - a zona de desenvolvimento proximal

(ZDP) - devendo esta ser uma referência a ser considerada no planejamento e acompanhamento das práticas formativas (ONRUBIA, 1996; CUNHA; PEZZATO, 2015). Para tanto, Vigotski parte da premissa de que “a criança orientada, ajudada e em colaboração sempre pode fazer mais e resolver tarefas mais difíceis do que quando sozinha” (VIGOTSKI, 2001, p. 328). Trata-se da ZDP.

[...] a discrepância entre a idade mental real ou nível de desenvolvimento atual, que é definida com o auxílio dos problemas resolvidos com autonomia, e o nível que ela atinge ao resolver problemas sem autonomia, em colaboração com outra pessoa, determina a zona de desenvolvimento imediato [proximal] da criança. (VYGOTSKI, 2001, p.327).

Independentemente das estratégias metodológicas utilizadas, busca-se destacar que o processo de ensino-aprendizagem escolar deve ser construído considerando como ponto de partida o nível de desenvolvimento real dos alunos naquele momento em relação aos conteúdos que envolvem, nesse caso, a temática saúde, e como ponto de chegada, os objetivos elencados pela escola que de fato possam contribuir para um pensar crítico em saúde, adequados à faixa etária e conhecimentos e habilidades de cada grupo (OLIVEIRA, 2010). Mas, acima de tudo, para que a aprendizagem ocorra de fato, faz-se essencial o papel do outro, daquele que conduz tal processo.

Porque na escola a criança não aprende o que sabe fazer sozinha mas o que ainda não sabe e lhe vem a ser acessível em colaboração com o professor e sob sua orientação. O fundamental na aprendizagem é justamente o fato de que a criança aprende o novo. Por isso a zona de desenvolvimento imediato [proximal], que determina esse campo das transições acessíveis à criança, é a que representa o momento mais determinante na relação da aprendizagem com o desenvolvimento. (VYGOTSKI, 2001, p.331).

Assim, é urgente que tais práticas possibilitem ressignificar o conhecimento trabalhado com os educandos para que eles possam atribuir sentidos ao conhecimento sistematizado a que têm acesso, em seus mundos. O ensino esvaziado de um conceito que não se pauta pelas experiências já vivenciadas dos educandos se mostra pedagogicamente infrutífero e não conseguirá muito mais que uma assimilação vazia de palavras decorrente de suas memorizações, não permitindo qualquer emprego consciente do conhecimento captado (VIGOTSKI, 2001).

Ao se buscar as maiores dificuldades vivenciadas na escola para se trabalhar com questões relacionadas à saúde no ambiente escolar, a P22 deixa claro em seus

relatos um distanciamento que se interpõe entre a escola e a família, sendo considerada pela P22 como o maior obstáculo para o desenvolvimento da temática junto à comunidade escolar, conforme se verifica no relato abaixo:

Realmente é isso que eu falei, são as famílias serem parceiras né, quando a escola chamar, quando a escola solicitar a família né, nós estamos observando que seu filho tá com dificuldade pra enxergar ou que seu filho tá com dificuldade é... na fala, que né, que eles sejam mesmo parceiros, que eles levem as crianças aos profissionais, porque se não tiver essa parceria, aí fica falho. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Em sua percepção, a P22 destaca a importância de uma parceria entre as famílias e a escola em que estas se coloquem sempre à disposição para atender os anseios da escola a partir de demandas detectadas e de providências que devam ser tomadas pelas famílias por meio do encaminhamento dos alunos para os serviços de saúde necessários.

De fato, uma das premissas da EPS é uma parceria que seja estabelecida entre a escola e toda comunidade escolar, incluindo aí os familiares dos educandos, mas que não se pautem apenas pela expectativa de atendimento de seus anseios, mas que se oriente por um envolvimento da família em que a escola procure consultar os pais sobre assuntos de interesse relacionados à saúde, que informe sobre os objetivos que a escola pretende atingir sobre a temática e que os pais sejam envolvidos no processo ensino-aprendizagem de seus filhos, por meio de materiais e estratégias didáticas prudentemente elaboradas que estimulem o diálogo, inclusive os envolvendo em atividades a serem realizadas conjuntamente (PELICIONI; MIALHE, 2015).

Assim, a família se configura em um contexto ótimo e potencial para o desenvolvimento de conceitos relacionados à saúde junto aos educandos, pois a imaturidade relativa da criança impõe a ela um apoio prolongado dos adultos, permitindo a elas participar ativamente do próprio aprendizado em contextos da família e da comunidade (VYGOTSKI, 1991), potencialmente positivos quando alinhados aos objetivos de uma escola que considere a realidade de tal contexto em seus planejamentos e ações.

A questão sobre a importância da promoção da saúde na escola foi trazida à entrevista a fim de identificar a percepção dos participantes sobre a relevância do desenvolvimento de ações de promoção da saúde no contexto escolar. O relato da

P22 transcrito abaixo evidencia a importância de uma relação mais estreita entre a família e a escola, conforme se segue:

Então é isso né, que eu falei, pro processo acontecer, a escola sozinha não é possível né, então eu acredito que nós temos que estarmos junto, escola e comunidade tem que trabalhar juntos né, da mesma forma que eles solicitam pra gente né, que trabalha algum tema, que eles tão percebendo. (P22 – Diretora, licenciada em Biologia, 40 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Assim, como o maior obstáculo para a efetivação de ações de saúde no âmbito escolar reside na expectativa de disponibilidade da família para atender os anseios da escola, conforme discutido anteriormente a partir do relato da P22, aqui se verifica que a importância da promoção da saúde junto à comunidade escolar também se orienta por uma relação mais estreita entre escola e família, em que as expectativas de ambas as instituições sejam contempladas mutuamente.

A participação da família nas ações de saúde desenvolvidas na escola faz parte das estratégias que se orientam, desde uma perspectiva mais reducionista de higiene escolar enfatizando a responsabilização dos sujeitos pelas suas condições de saúde, até uma perspectiva de promoção da saúde que busca se orientar por um discurso mais democrático. Uma vez que a participação ou não das famílias não ocorrem em um vazio, mas contextualizadas pela realidade que as cerca, torna-se necessário compreender tal realidade a partir de um contexto mais democrático e participativo em que estratégias sejam engendradas para efetivamente envolver as famílias e comunidade nesse processo e que permita vivenciar um conceito ampliado de saúde naquele contexto (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

5.2.6.2 Percepção da P35 sobre a operacionalização das ações de saúde

A E35 afirmou, na primeira etapa deste estudo, possuir uma oficina específica de promoção da saúde na sua grade curricular, sendo que nesse momento, a partir da entrevista e dos relatos apresentados pela P35, é possível aprofundar nos aspectos relacionados à sua estruturação e planejamento conforme demonstrado nos relatos a seguir:

Depois do Português e da Educação Física é a que tem mais aulas semanais, tem 3 aulas semanais de promoção da

saúde[...] a Secretaria do Estado de Educação, ela procura ampliar mais esse tema, se o Mais Educação é de apenas 15 horas semanais o máximo, o Governo fez esse projeto da educação integral com 25 horas, 15 do Mais Educação e ele completa 10, ele paga, faz uma parceria lá entre, ele faz uma complementação e ele em vez de pagar monitor como o Mais Educação requer, ele paga mesmo professor e aí né que as 10 horas restantes a gente tem a opção de escolher algumas oficinas a trabalhar, então eu acho assim que no caso da escola como trabalha com crianças de 6 a 12 anos o ideal é que, né, na época que eles estão em formação ideal para que se implante né. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

A P35 demonstra considerar promoção da saúde como um tema relevante que compõe a grade curricular da escola, pois enfatiza em sua fala a quantidade de aulas destinadas ao tema semanalmente, destacando a escolha desta oficina, entre as possibilidades elencadas para o período integral, como a mais pertinente e adequada para a faixa etária dos alunos, no caso dos anos iniciais do ensino fundamental.

De fato, conforme já debatido no presente estudo, a literatura tem apontado o papel estratégico da escola ao ser capaz de desenvolver uma aprendizagem precoce em relação a hábitos de higiene nos estudantes (CURTIS et al., 2011), conforme já mencionado pela P35 em outros relatos, como uma questão necessária de se desenvolver junto aos alunos naquele contexto. No entanto, tal necessidade não pode justificar por si só, decisões imperativas e unilaterais por parte da gestão escolar, no que concerne à definição das temáticas a serem desenvolvidas durante o período integral, uma vez que ainda imbuída de autonomia na escolha dos macrocampos, essa só deve se concretizar após a devida consulta aos estudantes e familiares sobre seus reais interesses nas atividades propostas (MINAS GERAIS, 2018) para que, assim, possam encontrar sentido nas suas histórias de vida, nas suas vivências e experiências pessoais e de sua comunidade.

Uma oficina específica de promoção da saúde na escola, a ser desenvolvida no período integral, configura-se em um espaço de notável relevância diante de toda sua potencialidade para a conformação de uma EPS que se oriente pelos princípios de um conceito ampliado de saúde que considere o sujeito e sua historicidade. Para tanto, é importante analisar como as ações desta oficina de PS são planejadas e como os diversos atores se envolvem neste processo, conforme relato a seguir:

Nós temos a supervisão, que dá a sua ajuda, temos a coordenadora da educação integral e temos é... hoje a gente conta com dois professores lá, um formado em Educação Física e outro é Pedagogo, professor, então eles planejam e estão sempre ali, investindo, correndo atrás. Buscam parceria nos PSF's, para palestras de Agente de Saúde [...] a gente deixa assim, um pouco livre, primeira coisa, oficina é promoção da saúde, aí na hora da designação dos profissionais que irão trabalhar com os alunos a gente pede um plano de trabalho, que que ele pretende fazer e como que ele tá concorrendo a uma vaga, aí o que que é que ele vai fazer, ele vai procurar incrementar o plano dele só com coisas boas, ele capricha na hora, porque ele pensa que o plano é uma... um requisito né, no caso de empate, então ele capricha muito na hora de elaborar esse plano e aí depois que ele elabora, que você dá uma olhada, vê que tá muito bom né, aí a gente dá suporte pra ele desenvolver. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

A P35 destaca os profissionais que participam da organização e execução da oficina, tendo uma supervisora escolar e uma coordenadora da educação integral como apoio e um professor de Educação Física e outro de Pedagogia que são os responsáveis pela execução da oficina no período integral. Não ficam esclarecidas as responsabilidades da coordenação, nem da supervisão nesse processo que se resume a “dar sua ajuda”, conforme ênfase da P35 durante a entrevista, cabendo aos professores das oficinas planejar e executarem, inclusive buscando parcerias com os profissionais dos PSF's para a realização de palestras na escola.

Na fala de P35, transparece uma sobrecarga de responsabilização de atribuições aos professores da oficina, que vão desde o planejamento das ações até a articulação com outros setores, o que não encontra respaldo no documento orientador da educação integral do Estado de Minas Gerais, pois a articulação com os PSF's, por exemplo, caberia ao coordenador, visto que é atribuição desse fazer a articulação com os espaços externos da escola e manter um foco sob uma perspectiva territorial da comunidade em que a escola está inserida (MINAS GERAIS, 2018).

Outra questão que merece destaque encontra-se na forma como o planejamento das ações a serem desenvolvidas é percebido por P35. Em seu relato, P35 reduz o planejamento do período integral ao plano de trabalho que deve ser elaborado pelos candidatos durante a seleção para a escolha dos profissionais que

irão trabalhar na respectiva oficina. É compreensível considerar a capacidade desses candidatos em elaborar um plano de trabalho que atenda às expectativas da escola no que concerne ao funcionamento do período integral. No entanto, considerar esse plano de trabalho inicial como instrumento norteador das ações em uma perspectiva de educação integral, mostra-se como um equívoco, pois supõe o professor como único responsável pela atividade no espaço escolar. Além disso, aponta para o professor como aquele que detém o conhecimento, os instrumentos e estratégias para transmitir seu saber, orientado por uma prática na qual os alunos não têm considerados seus conhecimentos prévios e nem lhes é permitido socializá-los para serem considerados no planejamento das ações a serem desenvolvidas. Tudo isso evidencia um processo de ensino e de aprendizagem que se configura em uma forma verticalizada e assimétrica, distanciando-se de uma abordagem mais humanista, sociocultural e emancipatória da educação e da saúde, como conhecimento a ser desenvolvido (CUNHA; PEZZATO, 2015).

Sobre as estratégias didáticas para o desenvolvimento das ações na oficina de promoção da saúde, P35 evidencia que as práticas pedagógicas desenvolvidas, no contexto das oficinas do período integral, buscam sustentar-se por uma perspectiva lúdica que facilite a manutenção da criança no período integral na escola.

Muito mais lúdico, é só através do lúdico mesmo, de jogos, da prática de esportes, porque, para criança gostar de ficar na educação integral as aulas tem que ser prazerosas, então elas não querem ficar só dentro da sala não, é muito barulho, é muito movimento, nossa tem hora que você fica até doida, é menino correndo, é menino ali, é menino aqui, mas você vê que eles estão super agitados, empolgados, certo? Então não é só dentro da sala não, pouca escrita e mais é só, como diz o outro, na prática também saem muito pra rua, sabe, pra observar, passeiam muito. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

Muito além de apenas uma estratégia atrativa para manter as crianças frequentes no período integral, práticas pedagógicas de cunho mais lúdico possibilitam que os alunos se desenvolvam para além do nível atual em que se encontram em relação a determinado conteúdo, pois criam um campo de aprendizagem propício à criação de soluções e avanços nos processos de significação que levam à consolidação do pensamento abstrato (PIMENTEL, 2008).

Por meio dessas situações lúdicas específicas que se caracterizam nas brincadeiras e nas regras que se estabelecem, as crianças são levadas a agirem e pensarem de forma mais complexa que em outras atividades, aprendendo a separar o objeto do significado, ampliando sua ação sobre a apropriação de diferentes significados para situações diversas (OLIVEIRA, 2010).

Ademais, P35 destaca visitas e passeios como estratégias também utilizadas durante o período integral, o que é válido na qualidade de instrumentos pedagógicos ativos que contribuem para que as informações superem a esfera teórica e mobilizem um aprofundamento e atitude mais reflexiva do conhecimento trabalhado, desde que tais estratégias respeitem os objetivos elencados para cada situação (GAZELLI; PEREIRA, 2015).

Ao se refletir sobre os obstáculos que se interpõem para a realização das ações de saúde no contexto escolar, P35 relata como premissa uma crença de que as famílias dos alunos não se encontram alinhadas às expectativas da escola sobre sua função nesse processo, conforme observa-se no relato a seguir:

As famílias dos alunos são assim bem desajustadas, as famílias são totalmente omissas, não participam muito, não dá... então isso aí acaba atrapalhando, porque você passa um trabalho na escola, com um certo aluno e em casa ele não tem sequencia daquilo e, as vezes, até pelo contrário, se a criança vai fazer alguma coisa e vai falar, a mãe "ah não, isso é bobagem, não precisa mexer com isso não, eles mesmos chegam e comentam, entendeu? Igual lavar verdura, usar a água sanitária né, lá a cozinha, então um dia a gente falando com eles, colocar a toquinha na hora de ir pra cozinha, aí a mãe fala, "não, bobagem, não precisa disso não". (P35 – Diretora, licenciada em pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

Há uma percepção de omissão por parte da família no envolvimento nas tarefas escolares que são designadas para se realizarem em casa junto aos familiares, o que pode inviabilizar a expectativa anterior da P35, sobre o aluno enquanto potencial multiplicador de hábitos saudáveis em seu contexto familiar, pois pouca efetividade terá as informações que os alunos levam da escola para aquele contexto se não houver sentido na história e nas experiências daqueles sujeitos.

Cabe à escola sensibilidade para reconhecer que os sujeitos não tomam suas decisões em cima de um protocolo de ações e informações para melhor condição de saúde a partir de uma determinação alheia às suas próprias experiências (VALLE,

2016). Ao decidir por tal comportamento ou ao negá-lo, vislumbra-se a indissociabilidade das experiências sociais, históricas, culturais e de sua compreensão sobre estes no seu meio, constituindo assim uma rede de significados e subjetividades que regem a vida tanto na esfera individual como coletiva, que influenciam na tomada de decisões (SANTOS; MEIRELLES, 2017) e que, portanto, devem também nortear uma reflexão sobre as ações de saúde desenvolvidas no âmbito escolar.

Em seguida, busca-se também a percepção da P35 sobre a importância de se desenvolver a promoção da saúde junto à comunidade escolar, representado em seu relato apresentado a seguir:

Se a criança, ela tá bem consigo mesma na questão de saúde, ela entende, ela percebe todos os perigos a sua volta, ela é capaz de separar o bem o mal, né, o ruim do bom, ela tem essa visão, "ah isso não é bom para mim, isso aqui pode me fazer mal", ela com certeza, ela vai sempre avançar, então uma criança, igual eles falam, tem até aquela brincadeira que as crianças vão para escola pra comer né, para se alimentar e que barriga vazia, né, criança com barriga vazia não aprende, então eu acredito que elas tendo essa, essa formação boa do que é a saúde, que é importante cuidar, ela vai ter um rendimento muito maior na escola. (P35 – Diretora, licenciada em Pedagogia, 64 anos, 43 anos na educação e 14 anos na direção).

Ao relatar a importância da promoção da saúde junto à comunidade escolar, P35 evidencia uma abordagem comportamental em que a promoção da saúde resulta de decisões saudáveis tomadas no cotidiano da criança. Uma ênfase nos controles dos riscos relacionados às decisões tomadas pelos sujeitos e seus estilos de vida, costumeiramente, reduz a promoção da saúde à esfera privada, na qual a responsabilidade dos sujeitos, a partir de suas escolhas de vida, são únicos determinantes da condição de saúde por ele experimentada e isso ocasiona uma autculpabilização por qualquer acometimento de saúde que ele possa vivenciar (GUAZELLI; PEREIRA, 2015). Ainda mais se considerarmos a educação, em uma perspectiva integral, caracterizada por um processo educativo que reconhece o aluno como um sujeito sociocultural e de práticas que dialoguem com a realidade e com os saberes presentes nos territórios (MINAS GERAIS, 2018).

5.2.6.3 Percepção da P36 sobre a operacionalização das ações de saúde

P36, ao descrever como ocorre o planejamento das ações de saúde em sua escola, destaca a estruturação de projetos para desenvolver as diferentes temáticas pertinentes à saúde:

A gente percebe a necessidade, aconteceu na escola, aconteceu na comunidade, aconteceu com uma família, aconteceu... vem a ideia, acontece a... nós temos, toda semana, reuniões com os professores né, que é chamado de módulo II, então nessa reunião é colocado para os professores a necessidade, aí o professor da área assume como coordenador, com a ajuda de toda a equipe, como interdisciplinar e aí toda a equipe vai ajudar naquela ação e a partir daí começa-se a transcrever os projetos, que que nós vamos executar, então o que que nós vamos precisar? Nós vamos precisar da ajuda do município, do Departamento de Saúde, então vai tá acontecendo palestras, então vem tudo dos professores e depois é discutido com os representantes das turmas né, que vão estar executando, se eles querem mudar, se eles querem agregar, até foi interessante, porque nós tivemos, uma... uma ação e tudo fechadinho, aí na reunião com os alunos eles manifestam, mas nós queremos fazer uma passeata, nós queremos fazer um pit stop, para conscientização, então, quer dizer, uma passeata e um pit stop veio de uma ideia do aluno [...] então vai vir agora né, ofício para polícia militar, avisar a prefeitura, pedir autorização para os pais, enfim, é todo um trabalho envolvido [...] então vamos trabalhar com ofício, com né, autorização pra sair, então é tudo envolvimento que tem todos, professores de todas as áreas, tem ajuda né, de todo o município e busca ajuda dos pais também, movimentam, é tudo assim. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

De acordo com P36, o planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas caracteriza-se por partir de uma necessidade identificada naquele contexto e por um envolvimento coletivo na sua construção. Nele, são compartilhadas decisões e responsabilidades entre seus atores, por meio de um espaço democrático no qual os alunos possam também expressar suas ideias e expectativas. Uma vez que os alunos são compreendidos como sujeitos sociais e históricos que integram a comunidade escolar e que, portanto, são capazes, a partir de suas experiências, de tomarem parte nas decisões que envolvem as práticas

educativas, assumem um protagonismo nos processos de ensino que contribuem para maior contextualização dos signos e significados inerentes à saúde (SANTOS; MEIRELES, 2017).

Buscou-se levantar as formas como as ações de saúde, expressas pela fala de P36, são desenvolvidas na escola em questão. Ainda que em outros momentos pudéssemos evidenciar que tais ações se concretizavam calcadas em uma perspectiva mais biologizante da saúde no contexto escolar, que envolviam também ações tradicionais para a saúde na escola como vacinações, fichas antropométricas e palestras, voltadas para enfermidades específicas que poderia sugerir um reducionismo do fenômeno saúde na escola, de fato não é o que se constata na referida escola nos relatos apresentados por P36. Neles, observa-se um avanço na compreensão da saúde como um objeto do conhecimento que é incorporado na prática da escola por meio de outras estratégias didáticas que buscam desenvolver os conceitos e significá-los a partir do contexto dos educandos e não de maneira desconectada da realidade dos mesmos, conforme relato a seguir:

[...] os profissionais tiveram na escola, fazendo palestras, esclarecendo [...] depois veio o problema do HPV também, tivemos conscientização e estávamos com muitas jovens grávidas, com 13 anos, por exemplo, então conversando e explicando e ajudando e aí vem a professora fazer todo um trabalho junto com a área da saúde, chamando os pais esclarecendo, depois do H1N1, a gente começa um processo de vacinação [...] Visitação in loco, isso é muito importante também, nossa, quando eles puderam tá indo lá no Hemominas, e nós demoramos, então é um projeto que não acontece do dia pra noite, não tem como, esse projeto do sangue nós estamos executando desde o começo do ano e ainda não terminou e esses meninos, eles fazem a visita, tem que ser no momento que pode, tem que ser na hora que pode, eu tenho que depender da ajuda de transporte, pedir na prefeitura, então é todo um conjunto, dá trabalho, então por isso que é mais fácil você executar o feijão com arroz, então... mas quando você executa o projeto, aquele olhinho brilhando, dele poder entrar naquela Van, tá indo lá pro Hemominas, tá conhecendo, tá conversando com doador, fazendo entrevista com doador, vendo ali aquele processo, Ahh... quando ele volta, ele volta um doador nato, de carteirinha e tudo mais, porque foram, viram, participaram de todo um projeto, entendeu? E nós tivemos... nós estamos com 80, quase 90 alunos no terceiro, nós só, eles só liberaram pra gente tá mandando de 10 em 10, pensa a logística disso né, porque tem que pedir autorização pro doador pra fotografar, tem os paramentos que eles não podem entrar sem os paramentos,

então tudo isso. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

Um ponto de destaque, durante a entrevista, foi quando questionada sobre como o tema saúde era desenvolvido na sua escola, P36 fez questão de mostrar o material que tinha em seu acervo, que havia sido construído como parte dos projetos até então desenvolvidos naquele contexto, para desenvolver várias temáticas relacionadas à saúde. Chamou a atenção que a entrevista, até então mediada pelas palavras que compunham o diálogo estabelecido entre pesquisador e participante, passou a ter outro objeto mediador, no caso o material exibido pela P36.

A presença concreta de tais elementos mediadores introduziu um elo a mais na relação em curso, tornando-a mais complexa e passando a predominar sobre a relação fundamentada apenas no diálogo, pois se orientou pelos novos objetos mediadores inseridos naquela relação (OLIVEIRA, 2010; VIGOTSKI, 2001).

Portanto, os materiais exibidos foram captados em imagem e serão apresentados a seguir, pela relevância que assumiram durante a interação com a participante em questão, sendo capazes de melhor representar como as ações de saúde são desenvolvidas naquele contexto:

Figura 10: Ações relacionadas ao “Outubro Rosa e Novembro Azul” desenvolvidas na E36

Fonte: Arquivos dos registros das atividades disponíveis na secretaria da escola e disponibilizados pela P36 (2018).

Figura 11: Exemplo de ações intersetoriais desenvolvidas na E36

Fonte: Arquivos dos registros das atividades disponíveis na secretaria da escola e disponibilizados pela P36 (2018).

As imagens apresentadas buscam sintetizar, a partir da grande quantidade de materiais apresentados pela P36, um padrão para o desenvolvimento dos vários temas relacionados à saúde na escola, que se constituem de várias estratégias metodológicas e diversos atores envolvidos para a consecução dos objetivos educacionais elencados, naquele momento, e que são operacionalizados a partir de sua organização no formato de projetos.

Uma escola que dialoga com uma perspectiva de promoção da saúde encontra-se percebida a partir do material apresentado pela P36. Nesse material, o trato com o objeto saúde não ocorre apenas por meio de um currículo explícito que compõe o programa escolar, mas a partir de ações pedagógicas que se caracterizam: pelo seu planejamento prévio e democrático, que envolve diferentes sujeitos nas diversas etapas; pela compreensão da saúde como um conceito ampliado e não restrito ao modelo biomédico predominante nas práticas tradicionais de saúde na escola; por compreender a escola como um espaço de construção coletiva do conhecimento e ressignificação a partir das experiências dos educandos e, por fim, pela capacidade de articular diferentes setores para a consecução dos objetivos projetados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004; MIALHE; PELICIONI, 2015).

A partir do contato com o material exibido por P36, constata-se que vários temas relacionados à saúde foram desenvolvidos, metodologicamente, a partir da concepção de projetos, conforme imagens abaixo:

Figura 12 – Exemplo de temas de saúde desenvolvidos na E36

Fonte: Arquivos dos registros das atividades disponíveis na secretaria da escola e disponibilizados pela P36 (2018).

As práticas pedagógicas que se orientam pela metodologia de projetos podem se configurar em uma estratégia capaz de conduzir a uma maior ressignificação dos conteúdos trabalhados, pois estimulam a criação de ZDP's ao longo de seu desenvolvimento, posto que se constituem de várias etapas em que a possibilidade de diversas interações entre os sujeitos em torno de um conteúdo, permite uma produção de conhecimento que se caracteriza pela produção coletiva, constituída pelos diversos sujeitos que, mutuamente, se ajudaram e criaram ZPD's por meio das relações e dos espaços conflitantes no trato com o objeto da atividade (SOUZA, 2016).

Por outro lado, questões burocráticas, financeiras e relacionais com profissionais externos a escola são apontadas como os maiores obstáculos para a

execução das ações de promoção da saúde, no contexto escolar, pela P36 conforme relato a seguir:

Olha, a parte burocrática, sabe, da situação, é...eu sinceramente não vejo muita dificuldade, porque como te falei, desafio faz parte do meu trabalho todo dia, então não tem obstáculo para mim não, porque eu vou atrás e corro, e busco e peço pelo amor de Deus, pra ajudar aluno que eu puder, mas eu percebo que colegas, tudo você tem que tá pedindo pelo amor de Deus, em cima de ofício, é uma obrigação deles, eu sei que tem verba para isso, pra conscientização e para promoção e nós não temos isso, se eu não buscar, se eu não for atrás, se eu não exigir, por isso que tem aquela fala anterior, sou como enjoada, eu sei que é obrigação deles tá aqui na escola e fazer um trabalho de qualidade aqui com meus alunos, porque são estudantes, porque que ele não pode né, vir de bom agrado, com amor, parece que não, então a gente tem que exigir, tem que mandar ofício, tem que mostrar pra ele a importância dele tá aqui pra fazer isso, que se ele fizer bem feito aqui ele não vai ter problema lá fora. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

Nesse sentido, o sucesso das ações de promoção da saúde no contexto apresentado pela P36, passa necessariamente pela superação de obstáculos práticos que emergem tanto no cotidiano escolar, como nas relações com os demais setores pelas distintas demandas, linguagens, formas de trabalho e culturas institucionais que se interpõem entre os diversos atores envolvidos no processo (BRASIL, 2007a).

Uma vez que a maior dificuldade encontra-se no alinhamento das expectativas de diversos profissionais em diferentes setores em prol de ações de promoção da saúde, no contexto escolar, estimular o encontro interpessoal entre esses sujeitos pode conduzir a um espaço intersubjetivo para repensarem seus papéis em uma perspectiva de promoção da saúde nos diferentes cenários nos quais suas expectativas, necessidades e angústias possam ser discutidas, valorizadas e ressignificadas abrindo canais entre os diversos setores envolvidos (BRASIL, 2002b; GUAZELLI; PEREIRA, 2015).

Sobre a importância de desenvolver a promoção da saúde, no contexto escolar, a P36 apresenta sua percepção orientada pela dimensão de alcance possível das ações por meio dos alunos que podem atuar como multiplicadores de hábitos e estilos de vida mais saudáveis em seu grupo familiar e social e

contribuírem para a diminuição de gastos no setor saúde decorrentes de menor demanda:

[...] se tem a promoção da saúde na comunidade escolar, vai diminuir muitos outros gastos que o município, que o departamento de saúde, que eles vão ter, por ser uma cidade pequena, de média 8.000 habitantes, 9.000, então ainda nós conseguimos atingir praticamente todo município aí com nossos alunos, porque hoje na escola, nós estamos com 690 alunos, em média né, então dá pra atingir, são 690 famílias né, se você for multiplicando aí, quantos pais, mães, tios, então é importante, eu acredito assim numa importância, vixe, totalmente. (P36 – Diretora, licenciada em Biologia, 24 anos na educação e 3 anos na direção).

Justamente pela sua capilaridade e abrangência, o setor educacional é reiteradamente considerado como grande aliado para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos para escolhas favoráveis à saúde (BRASIL, 2002a). Nesse cenário, os alunos são compreendidos como potenciais multiplicadores do conhecimento convergente à saúde com seus pares e familiares, conforme evidenciado na literatura nas diferentes temáticas de saúde que emergem e se desenvolvem em seus contextos (BRASIL, 2007a; SCHMITZ, et al., 2008; SOUZA et al. 2015).

No entanto, é prudente que a partir de tais expectativas, não se incorra no risco de supervalorizar ações que se concentram nos aspectos comportamentais, em que se culpabilize os sujeitos por suas decisões individuais, desconsiderando todos os demais fatores sociais determinantes da saúde. Ademais, retoma-se a discussão anteriormente apresentada, quando analisadas as expectativas da P35 sobre os alunos na qualidade de multiplicadores do conhecimento em saúde junto a suas famílias, alertando para o cuidado e sensibilidade para reconhecer a indissociabilidade das experiências sociais, históricas, culturais e da importância de que o conhecimento em saúde, construído junto ao aluno, tenha também sentido no seu universo e de sua família.

5.2.6.4 Percepção da P20 sobre a operacionalização das ações de saúde

A P20 apresenta uma percepção sobre como ocorre o planejamento das ações de saúde na escola, que se caracterizam pela hierarquização de decisões

entre os profissionais da instituição, o que é reforçado em vários relatos durante a entrevista, conforme apresentados a seguir:

Primeiramente supervisor e direção e depois a gente passa as ideias para os professores os temas e com os professores a gente vai ver qual o melhor meio de se chegar ao aluno, a necessidade, então desenvolve, tem várias etapas, né, e diferente diferenciar, tem o professor de geografia, ele vai pesquisar a região, o professor de matemática, ele vai trabalhar na parte dos cálculos de quantidade, né, a gente deixa a biologia e ciências pra ficar mais na área do que é saudável pra eles, o que o corpo necessita, etc. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Então, são, é, primeiramente as reuniões são, são feitas com a supervisão e direção, depois nós fazemos a reunião com os professores e aí eles vão adaptando as nossas ideias, vão adaptando as nossas ideias de... é supervisão, professores, as cantineiras né, tem esse envolvimento também e os alunos, então primeiramente se joga os temas, né, e aí os próprios alunos vão perguntando. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Alguns aspectos destacam-se nos relatos reproduzidos como um sequenciamento de decisões, nas diferentes instâncias no espaço escolar, que se orienta por tomadas de decisões prévias entre os gestores da escola e que, após definidas, são compartilhadas com os demais membros da comunidade escolar, permitindo aos alunos, a partir daí, tomarem parte no processo.

Uma vez que decisões já foram definidas referentes às ações de saúde na escola pelos gestores e tardiamente compartilhadas com os demais membros da escola, seu caráter democrático, em relação à participação dos demais atores, encontra-se fragilizado e questionável, pois, com decisões previamente estabelecidas, reside maior dificuldade e resistência para alterar o curso das ações debatidas a partir das considerações advindas dos alunos, convergindo para um alinhamento com as proposições já definidas (SAVIANI, 2011).

Sobre esse aspecto, em particular, o planejamento das ações deve, entre tantos outros aspectos a se ponderar, envolver os alunos desde o início, para que possam compartilhar das tomadas de decisões, inclusive sobre o caráter das unidades didáticas e a maneira de organizar as tarefas, bem como seu desenvolvimento, permitindo maior compreensão das tarefas propostas e

responsabilizando-os pelo processo autônomo de construção do conhecimento (ZABALA, 1998).

Outra observação evidenciada recai sobre uma busca pela interdisciplinaridade no trato pedagógico com a saúde, no contexto escolar, que transparece na percepção de P20 na maneira como cada uma das disciplinas se dispõe para desenvolver a saúde, a partir das especificidades de suas respectivas áreas do conhecimento.

Sendo a saúde um dos temas transversais propostos nos PCN's, tal questão deveria fluir naturalmente na práxis docente, de forma a não se configurar em pontos isolados entre os conteúdos, mas que fossem capazes de explicitar a relação entre as diversas áreas do conhecimento e as questões de saúde, bem como articulassem os conteúdos escolares com as questões sociais que permeiam os educandos, permitindo sua experimentação para além do território escolar (MENEZES; SANTOS, 2001).

Tal ênfase, no entanto, pode representar, em sua essência, uma questão epistemológica do trato com o conhecimento, no qual a busca pela interdisciplinaridade, elencando-a como determinante no processo educativo com a saúde, visa camuflar artificialmente as relações entre as áreas do conhecimento no contexto escolar. Uma vez que o conhecimento tenha se desenvolvido fragmentariamente em uma perspectiva positivista, inclusive a compreensão da consecução de saúde a partir de uma perspectiva calcada nas especialidades biomédicas, essa urgência na interdisciplinaridade para o trato com o tema pode demonstrar o sintoma de que há tempos as relações e conexões importantes para a compreensão do fenômeno e de sua complexidade têm sido historicamente ignoradas (BRINHOSA, 1998).

A percepção de P20 sobre como são desenvolvidas as ações de saúde no contexto escolar em que atua, encontra-se demonstrada no relato a seguir:

Geralmente, ele, é..., geralmente é debate né, inicia assim, é uma parceria, aquilo que te falei, uma parceria que vem as palestras, eles chamam também pessoas, convidam as pessoas pra vir dar uma palestra pros meninos, é, esse ano pela paralisação não deu pra sair muito, mas muitas vezes sai, vai em algum, in loco, por exemplo, a gente vai, nas ciências, que é na avenida expedicionários, tem lá o..., lá é, como chama, bloco de ciências, então ele acaba vendo o foco, o tema, né, eles escolhem temas pra desenvolver durante o ano, então desse tema, vem as palestras, vem também debates, é,

faz uma reunião com eles, onde eles tem mais liberdade de perguntar, então é desenvolvida dessa maneira, também pesquisas, põe os meninos para pesquisar e depois eles vão debater com o professor, tirar as dúvidas, né. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

São identificadas estratégias metodológicas que envolvem debates, palestras, visitas e pesquisas para desenvolver os temas relacionados à saúde na escola a partir da percepção de P20. Destaca-se o papel atribuído ao professor nas diferentes estratégias: em algumas, ele não aparece, como no caso das palestras e visitas, ou então, quando aparece, sua função é ordenar, de forma imperativa a atividade, como no caso das pesquisas em que ele “*põe os meninos para pesquisar*”, e nos debates, em que cabe ao professor sanar as dúvidas que emergirem a partir dos questionamentos dos alunos.

Ao professor, independentemente das estratégias metodológicas praticadas, cabe uma redefinição de seu papel, que evolui de uma perspectiva tradicional de ensino - em que suas atribuições se reduzem a transmitir informações e formar o aluno para vivenciar o mundo a partir de uma configuração já determinada e inquestionável - para uma postura em que sua função seja de mediador das interações entre os educandos e entre eles e os objetos do conhecimento.

Para tanto, é de sua incumbência, estabelecer ZDP's com os alunos, por sua maior experiência e capacidade para tornar atingível o patrimônio culturalmente formulado pelos homens no decorrer do processo de ensino, por meio de demonstrações, exemplificações, explicações, abstrações e questionamentos essencialmente fundamentais no processo educativo (VIGOTSKI, 2001; REGO, 2012).

A P20, ao ser questionada sobre as barreiras que se interpõem na escola e que devem se superadas para o desenvolvimento do tema saúde junto à comunidade escolar, aponta para a necessidade da comunidade e da família procurarem mais a escola, como se observa no relato a seguir:

A comunidade procurar mais a escola. Porque, por exemplo, aqui na escola a gente ensina e mostra de uma maneira e o aluno a hora que ele chega na casa dele, ele encontra outra realidade, então se a comunidade tiver trabalhando junto, eles vão estar falando a mesma língua que nós, que seria mais fácil. A barreira é a família, né, estar mais presente na escola e hoje em dia a gente entende também uma parte, porque pensa, os

pais todos trabalham e hoje pra mim confundiu um pouco, eles dão a responsabilidade para a escola, hoje a escola, a escola antigamente era transmissor de conhecimento, o professor só transmitia conhecimento, hoje ele é educador, então ele pegou a responsabilidade, muitas vezes da família, a responsabilidade de educar de mostrar o que é certo, o que pode, o que não pode, né, então se a família fosse mais presente, ela também estaria trabalhando da mesma forma, então eu acho principal é trazer a comunidade para escola, pra ser mais participativo, entendeu? Porque é muito fácil às vezes longe ela falar que tá precisando, aquela escola precisa fazer isso ou aquilo, mas se ela tiver aqui dentro ela vai ver qual que é necessidade da escola né. (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

Durante a primeira etapa deste estudo, a E20, quando questionada sobre o público-alvo a que são destinadas as ações de saúde desenvolvidas na escola, respondeu que tais ações direcionam-se exclusivamente aos alunos, não considerando, portanto, outros atores da comunidade escolar como alvo de tais ações. Tal afirmativa foi confirmada pela P20 durante a entrevista, por exemplo, ao indicar o foco exclusivo sobre os alunos e esporadicamente o envolvimento das cantineiras em alguns treinamentos relacionados à atuação profissional e não como sujeitos beneficiários das ações.

Portanto, como esperar que a comunidade procure mais a escola, que a família seja mais presente na instituição, que os conteúdos trabalhados nessas ações sejam reforçados no contexto familiar, se suas ações não os consideram como pertencentes nesse processo? Em seu relato, a P20 considera que atualmente a escola encontra-se incumbida de uma responsabilidade que extrapolaria sua função primordial de transmitir o conhecimento aos alunos, indicando também o que é certo e errado, o que pode e não pode.

Ao indicar a escola como um espaço de transmissão do conhecimento, orienta-se por considerar o professor como aquele que se julga sábio e que deve doar seu saber para aqueles que nada sabem; aquele que prescreve as formas de ser e agir e os alunos aqueles que devem seguir o que foi prescrito, negando assim suas identidades e desconsiderando as condições em que estes vêm existindo (FREIRE, 1993).

Nesse âmbito, como imaginar que a família alinhe suas ações às expectativas da escola quando, para qualquer mudança significativa, poderia se pensar

justamente o contrário, que as escolas considerassem as famílias, engajando-as no planejamento e nas dinâmicas das ações de saúde desenvolvidas nas escolas, expressando suas crenças, modos de pensar e agir, encontrando assim novos sentidos e significados construídos tanto sobre suas experiências vividas, como a partir do diálogo e das relações estabelecidas entre os membros da comunidade escolar nas situações de aprendizagem em que são envolvidos (PERRENOUD, 1995; CUNHA; PEZZATO, 2015).

O relato abaixo sintetiza a percepção de P20 em relação à importância de se desenvolver a promoção da saúde junto à comunidade escolar:

Nós todos, não só os alunos, mas todos, temos que ter uma saúde, né, uma...nós temos que ter uma boa saúde, desenvolver hábitos saudáveis né, e quando se trata, quando começou a fazer as reuniões partindo, desde os nossos ajudantes né, eles estarem cientes e conscientes do que é bom e do que é saudável até aos alunos, então quer dizer, se todos trabalharem para uma boa, para uma boa educação é, todos os envolvidos, é mais fácil, desde a pessoa que serve, a pessoa que limpa até os alunos e né, direção supervisão, porque não adianta nada falar e não fazer né, então é a prática . (P20 – Diretora, licenciada em Matemática, 44 anos, 22 anos na educação e 3 anos na direção).

P20, ao verbalizar sua percepção sobre a importância da promoção da saúde junto à comunidade escolar, destaca- uma preocupação com os sujeitos envolvidos e o desenvolvimento de hábitos saudáveis por eles e evidencia, assim, uma compreensão de promoção da saúde a partir do bem-estar coletivo. No entanto, essa preocupação não se converte em ações práticas direcionadas aos demais sujeitos da comunidade escolar, conforme já discutido a partir de outros aspectos analisados anteriormente.

A promoção da saúde se configura como uma estratégia mediadora entre as pessoas e seu ambiente, por meio de escolhas individuais combinadas com as demais esferas sociais determinantes da saúde, incluindo aí o espaço escolar como um espaço de interação entre os diversos atores da comunidade escolar, permitindo a efetiva participação desses atores em um processo dinâmico de ressignificações de signos, cultural e historicamente construídos, relacionados à saúde (VIGOTSKI, 2001; BUSS, 2005).

A P20 destaca a importância de uma prática que se alinha ao discurso entre os profissionais da escola para se atingir, pelo exemplo dos profissionais ali

envolvidos, um reforço para posturas mais condizentes com a saúde na escola. Sendo a escola um espaço de interação entre os sujeitos que o compartilham cotidianamente, os educandos têm a oportunidade de vivenciar tanto na teoria, como na prática, questões voltadas para a saúde que, uma vez planejadas de forma cuidadosa e coletiva, evitará que os alunos se deparem com contradições ou improvisos que coloquem em xeque o compromisso da escola com a promoção da saúde entre seus pares (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

5.2.6.5 Percepção do P27 sobre a operacionalização das ações de saúde

Ainda que durante a primeira etapa, a E27 tenha afirmado não desenvolver ações de saúde em sua instituição, durante a entrevista em um segundo momento, o P27 verbalizou e pontuou ações de saúde desenvolvidas naquele contexto.

O relato abaixo apresentado por P27 busca caracterizar como são planejadas essas ações de saúde desenvolvidas na escola em questão e apresenta alguns pontos relevantes que serão debatidos na sequência:

Então, geralmente, é o seguinte, é... o projeto parte de uma necessidade, sempre, a gente vai trabalhar um projeto a partir de uma necessidade, por exemplo, quando você fala de gravidez precoce, né, de sexo na adolescência, é uma necessidade você falar isso hoje, dada a quantidade de meninas com 11, 12, 13 anos que vem engravidando, e a mesma questão é a questão das doenças sexualmente transmissíveis, então a gente trabalha dentro de uma necessidade, tá transando? Então se cuide né, e isso parte de uma conversa com os pedagogos e os professores das áreas afins né, que entra a questão da biologia, a questão das ciências e até a química eu penso que dá pra trabalhar isso aí, é... no ensino fundamental, do sexto ao nono ano a gente tem o professor de educação religiosa que pode entrar, porque a educação religiosa hoje não é uma religião, mas são conceitos gerais que norteiam a sociedade, então dá pra trabalhar este assunto também, então assim, esses professores em especial, somado àquilo que foi planejado junto à área pedagógica, vai desenvolvendo na sala de aula. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

Mais uma vez, o projeto é verbalizado como a forma como se dá a organização do trabalho pedagógico para desenvolver os temas e ações relacionados à saúde, a partir de necessidades identificadas no contexto por meio de um diálogo entre professores de áreas que, teoricamente, mais se identificam

com os temas elencados para aquele momento. Ao se pautar nas necessidades identificadas na realidade vivenciada pelos sujeitos da comunidade escolar, os projetos pedagógicos de saúde podem configurar-se em uma prática pedagógica que permite uma construção coletiva do trabalho pedagógico entre os sujeitos e estão focados em questões essenciais da sociedade contemporânea como gravidez na adolescência e DST's, conforme exemplificado pelo P27, que se revelam no contexto em que a escola se situa (SANTOS; JACOBI, 2011).

No entanto, desenvolver temas relacionados à saúde, por meio de projetos, só faz sentido se tal metodologia orientar-se por uma nova forma de compreender o papel da escola e de seus diversos atores e não apenas se colocar como uma estratégia didática diferente e atrativa aos educandos, mas que, na verdade, em sua essência, não é capaz de superar perspectivas tradicionais (sejam no campo da educação ou da saúde) ao se concentrar no saber exclusivo do professor que detém as informações e repassa ao aluno que, por sua vez, deve absorvê-las (FREIRE, 1993) e, a partir de então, munido dessas orientações, ser capaz de mudar seus hábitos individuais, conforme pode ser observado na descrição já apresentada.

No relato a seguir, o P27 verbaliza como os respectivos projetos são desenvolvidos e quais ações compõem o processo:

Na sala de aula e tem alguns pontos culminantes, algumas feiras que nós fazemos e nas feiras há culminância desses trabalhos feitos em sala de aula, que são os projetos desenvolvidos. Aí tem exposição de trabalhos, os meninos né, eles estudam pra poder explicar sobre aquele assunto, eles mesmos apresentam o conteúdo, é bem legal. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

A forma como os projetos são desenvolvidos, a partir do relato apresentado, encontra consonância na literatura, uma vez que sua organização é possível por meio da escolha do tema, do planejamento entre os envolvidos, da busca por informações, das estratégias de trabalho para as informações e um dossiê final do que foi trabalhado (BARBOSA; HORN, 2008).

Nesse sentido, é importante que o momento do planejamento desses projetos também se configure em um espaço para que sejam repensadas as expectativas sobre eles, reconhecendo-os como potenciais cooperadores sobre as ZDP's, extrapolando uma visão tradicional de ensino na sua execução e dinâmica, propondo diversas interações possíveis, seja no encontro entre seus pares, na

busca de informações, na resolução de problemas, nas discussões, permitindo assim processos contínuos de ressignificações dos conteúdos de forma planejada, democrática, contextualizada e significativa para os educandos (VIGOTSKI, 2001; CRUZ; FINATTI, 2011).

A afetividade na interação do professor e aluno é percebida como o maior obstáculo a ser superado para o melhor desenvolvimento do tema saúde junto à comunidade escolar, conforme relato apresentado pelo P27:

Olha é... isso é uma coisa que eu sempre falei e eu pratico isso, eu, mesmo enquanto professor eu fazia isso, eu penso que a escola, o professor, não vou falar a escola, o professor, ele precisa ser mais humano, entende? Então eu acho que é urgente, talvez até um assunto do trabalho de humanidades na escola, voltado mesmo pro relacionamento humanos e pra valorização do humano que a pessoa é, porque todas as pessoas carregam alguma coisa, eu preciso valorizar o que cada um carrega, sabe, seja isso positivo ou negativo, mas todo mundo carrega alguma coisa, né, e as vezes nós temos a percepção da sala de aula, do cotidiano da sala de aula, mas as vezes não temos a percepção do que o indivíduo carrega, então por exemplo o Carlos é assim, mas porque que ele é assim, será que eu já tive oportunidade de sentar com ele, é claro que o professor tem 200, 300 alunos, mas um toque sabe, ou chegar na sala de aula, eu tenho o hábito, hoje eu faço isso como diretor no pátio, mas na sala de aula, todos os dias, eu passava carteira, por carteira, pegando na mão de cada um e perguntando tá tudo bem com você? Tá tudo bem na sua casa? Todos os dias. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

Compreender o aluno em sua integralidade no contexto escolar, presume uma compreensão de ser humano como um sujeito que pensa, raciocina, deduz, abstrai, mas também como alguém carregado de emoções, desejos, imaginação e sensibilidade (REGO, 2012).

Compreender a relação entre afeto e intelecto, a partir de uma perspectiva dissociada, coloca-se como um dos grandes equívocos que orientou por tempos a compreensão da psicologia e do desenvolvimento do pensamento, que acreditava ser esse um processo de fluxo autônomo de pensamentos estruturados em si só, desconectados de suas necessidades, interesses pessoais, desejos e impulsos (VIGOTSKI; LURIA; LEONTIEV, 2016) e que ainda se evidencia na atualidade, conforme relatado por P27, ao reforçar tal postura como um obstáculo no seu cotidiano:

[...] você fala com o professor, ele fala assim, "Eu não sou psicólogo, eu sou professor". "Eu não sou psiquiatra, se ele estiver com problema que procure um psiquiatra". Acho que a maior dificuldade não é mudar o aluno, é mudar o professor. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

Dessa maneira, conforme aponta Freire (1987), os desafios que se colocam para uma transformação nas práticas das escolas perpassa uma mudança na própria consciência dos profissionais da educação, visto que essa se encontra influenciada pela organização anterior da escola que se solidificou a partir de determinada concepção e orientação teórica e constituiu-se em uma resistência natural às proposições de transformação sustentadas por uma nova teoria.

Faz-se importante que o professor não entenda uma maior abertura e um querer bem aos alunos como uma responsabilidade rígida em que se figure responsável por manter sempre um canal aberto, à revelia, a todos os educandos e em todos os momentos de sua prática docente. Mas, ao contrário, representa uma compreensão da afetividade, na relação professor-aluno, como algo que não é alheio à prática docente – tampouco lhe causaria estranheza por ser necessário estabelecer uma separação radical entre a competência e a seriedade docentes e a afetividade – mas como algo inerente à prática específica do ser humano compreendido em sua totalidade (FREIRE, 1996).

O relato a seguir apresenta a percepção do P27 sobre a importância de se desenvolver a promoção da saúde junto à comunidade escolar, sendo a escola uma instituição que se destacaria pela sua potencialidade nesse contexto:

Olha Carlos, é... eu já disse isso pra você, vou reforçar né, na verdade, a escola hoje, eu penso que hoje é o agente que tem maior condição de entrar na comunidade escolar e trazer alguma coisa positiva, né, é... muito embora haja uma desvalorização gigantesca na escola, na educação de um modo geral, mas eu acho que se tem alguém capaz de entrar dentro da casa do indivíduo, dentro da família é a escola, então eu penso que precisa se criar mecanismos para isso, pra otimizar essa, essa facilidade que escola tem em benefício da comunidade e aí sim promover a saúde, então aquilo que o agente de saúde não consegue fazer, que o médico não consegue fazer, que o psiquiatra não consegue a escola consegue. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

Em seu relato, o P27 demonstra uma percepção paradoxal em relação à escola, uma vez que, ao mesmo tempo em que ela seria a instituição com maior potencial de acesso à comunidade e ao contexto familiar, inclusive dotada de capacidades para perfazer a inépcia de demais setores, também essa mesma instituição é percebida como totalmente desvalorizada e desacreditada no contexto social.

Para tanto, expressa a necessidade de se conceber meios para potencializar a facilidade de acesso da escola a tais contextos e, a partir dessa premissa, desenvolver a promoção da saúde junto a esses sujeitos. De fato, a escola assume uma situação privilegiada, posto que se encontra guarnecida de uma dimensão pedagógica identificável que lhe caracteriza e difere à medida que coexiste no interior de uma prática social (SAVIANI, 2011).

Nesse sentido, a escola se diferencia das demais práticas sociais vivenciadas pelos alunos, porque por meio dela, os alunos têm acesso aos conhecimentos sistematizados que são adquiridos nas interações escolarizadas e permitem que um conceito espontâneo, construído a partir de suas observações, manipulações e vivências diretas cotidianas possa ser ampliado, tornando-se cada vez mais complexo, abstrato e abrangente, incorporando-se a um sistema conceitual de abstrações graduais e de diversos graus de intelectualização (VIGOTSKI, 2001; REGO, 2012).

Paradoxalmente a toda sua potencialidade e peculiaridade, encontra-se uma desvalorização da escola no contexto brasileiro, que se manifesta verbalizado no relato do P27. Ideia essa socialmente compartilhada, que habita o imaginário da população advinda em parte dos baixos salários dos profissionais da educação, das condições precárias de trabalho e de uma responsabilização excessiva do professor pela pouca aprendizagem dos estudantes e pela duvidosa qualidade do ensino público brasileiro, constatada em avaliações externas, a partir da universalização do ensino fundamental nas últimas décadas (JACOMINI; PENNA, 2016).

No entanto, ainda que a escola seja reconhecida pelo P27 por sua habilidade em dialogar com a população ao lidar com o conhecimento historicamente acumulado pelo homem de forma sistematizada, sendo, portanto, de sua competência o trato com a promoção da saúde junto à comunidade por meio de mecanismos por ela criados, o P27 não é capaz de verbalizar um mecanismo que,

de fato, envolva a comunidade nas ações de saúde, senão pela transmissão de informações entre os pares conforme relato a seguir:

Pergunta difícil hein... mas assim, é... você fala isso, pra pôr em prática? Então penso naquela questão da reprodução, se eu conseguir é... no meu dia a dia, mudar o pensamento do meu aluno, ele vai levar isso pra dentro de casa, sabe aquela ideia da formiga que ela come o veneno e leva pra dentro do formigueiro e mata todo mundo? É mais ou menos isso, então se eu tiver a percepção de que eu mudando meu aluno ele vai ser um agente de transformação dentro da casa dele né, pronto, acabou o problema, agora é um trabalho que não, ele não pode ser um trabalho do diretor somente, do coordenador pedagógico, do professor, é um trabalho em equipe e ele tem que sentir esse reforço em todos os agentes da escola, entendeu? Em todos os atores da educação, então, por exemplo, ele foi em você, ele percebe essa fala, ele foi em outro professor, ele percebe a mesma fala, ele foi no pedagogo, ele percebe a mesma fala, ele foi lá na cantina, ele percebe a mesma fala, então isso né, as atitudes somadas àquilo que ele aprendeu na sala de aula faz com que ele leve isso pra dentro da casa dele, é alinhamento, é bem isso, mente sã, corpo sã né, se todo mundo tiver bem e conseguir vender ideia. (P27 – Diretor, licenciado em Geografia, 57 anos, 27 anos na educação e 3 anos na direção).

Toda a facilidade da escola em lidar com a comunidade, conforme anteriormente verbalizado pelo P27, não se configura em um indício concreto o suficiente para que o mesmo verbalize maior aproximação entre esses cenários, visto que o mecanismo vislumbrado pelo P27, mais uma vez, centra-se nos alunos como mediador entre o conhecimento acessado na escola e sua reprodutibilidade no contexto familiar, evidenciando uma dificuldade em vislumbrar a comunidade como participante ativa neste processo.

No entanto, avança-se em uma perspectiva de EPS ao verbalizar a importância de um comprometimento entre os diversos profissionais da escola para que o aluno não se depare com contradições entre o que vive a partir das práticas pedagógicas e o observado no entorno da escola pelos diversos atores, corroborando os apontamentos já discutidos de Lefevre e Lefevre (2004) sobre a importância de alinhamento entre todos os envolvidos da escola.

5.2.6.6 Percepção da P38 sobre a operacionalização das ações de saúde

A seguir, são apresentados os relatos da P38 sobre os aspectos relacionados à operacionalização das ações de saúde em sua escola, inicialmente analisando a forma como são planejadas as ações, naquele contexto, conforme apresentado abaixo:

Sempre reunimos assim, direção, às vezes, o [...] diretor, às vezes eu, a [...] supervisora e os professores e as vezes em algum caso, até, porque tem alunos que fazem parte do colegiado, até elas mesmas pra ouvir, pra... assim, dar alguma sugestão. (P38 – Vice Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice -direção).

A participação no planejamento das ações de saúde desenvolvidas na escola, de acordo com a P38 envolve a gestão escolar, a equipe pedagógica e, eventualmente, contempla a participação dos alunos por meio da representação de colegiado, ocasião em que são ouvidas suas sugestões. Dessa maneira, algumas dúvidas emergem: se os alunos participam desse momento de planejamento e elaboração “às vezes em algum caso”, conforme verbalizado pela P38, fica a pergunta: quais seriam esses casos em que a presença dos educandos é considerada e em quais momentos encontram-se alheios ao planejamento? Ainda que tal resposta não se esclareça apenas no relato obtido, supõe-se que ao compreender a promoção da saúde em seu contexto sob a responsabilidade de disciplinas específicas, conforme já vislumbrado, a abertura para a participação dos educandos se limitaria a eventos pontuais os quais estariam, segundo sua percepção, relacionados às ações de saúde naquele contexto.

Destaca-se, no entanto, a atribuição dos gestores e da equipe pedagógica na qualidade de mediadores nesse processo, como fundamental para avançar na reflexão em torno desses papéis, notadamente, no que concerne à sensibilização para agregar uma participação efetiva dos envolvidos, que dificilmente ocorrerá desconectada de uma reflexão mais ampla em torno da própria perspectiva de ensino assumida pela escola e refletida em seus desdobramentos (BRASIL, 2007a).

Outro aspecto sobre a operacionalização das ações de saúde desenvolvidas na escola, e que se encontra apresentado no relato a seguir, refere-se à forma como tais ações são desenvolvidas, a partir de sua organização em dois grupos: um refere-se aos alunos dos anos iniciais e outro se refere aos alunos dos anos finais

do Ensino Fundamental e Médio, assemelhando-se à percepção já discutida da P22 sobre esse mesmo aspecto:

[...] então, com os menores, geralmente é trabalhado em sala de aula sobre o tema, aquele bate papo de ouvir os alunos, deixar que eles mesmos falem e apresentem, agora com os maiores também sempre antes de ter os jogos, antes de ter, é trabalhado com eles em sala de aula, sabe, sempre antes o professor de educação física faz as orientações, é... conduz pra que haja um momento realmente de... de benefício pra todos ali, porque tem sempre aqueles alunos que não conseguem esperar a vez, que não respeita o colega, que faz bullying, então, é... geralmente o professor trabalha antes, às vezes, pode até incluir outras disciplinas, como português, quando ele observa, então, às vezes, tem muita interdisciplinaridade também apoiando esse, essa situação. (P38 – Vice Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice direção).

A sala de aula é apontada como o espaço pedagógico em que são desenvolvidas as atividades, com os alunos dos anos iniciais, a partir de uma conversa na qual os temas são por eles apresentados e o professor se comporta como um ouvinte no cenário.

Tal perspectiva coaduna com os pressupostos de uma abordagem em que as práticas pedagógicas se orientam por um espontaneísmo e na qual, ao professor, cabe a criação de um ambiente democrático, despido de autoridade (em que se preza a busca de uma relação de simetria e igualdade com os alunos), contentando-se a uma função moderadora entre os sujeitos em que intervém, minimamente, para um fluir criativo a partir da experiência com o ambiente (REGO, 2012).

Contrariamente, ao professor cabe no exercício de sua função atuar como elemento mediador e possibilitador das interações entre os educandos e deles com o conhecimento sistematizado por meio das ZDP's, uma vez que se coloca como privilegiado pela experiência e pelo domínio desse conhecimento (VIGOTSKI, 2001; REGO, 2012).

Ao elencar as atividades de promoção da saúde desenvolvidas com os alunos dos anos finais do Ensino Fundamental e Médio, reafirma ações que se concretizam por meio de práticas corporais no contexto escolar, organizadas no formato de jogos entre eles, desenvolvidas pela disciplina de Educação Física, na qual são trabalhados, pelo professor, aspectos referentes às regras envolvidas, a convivência e o respeito entre os participantes, envolvendo, esporadicamente, outras disciplinas.

De fato, estabelecem-se facilmente relações entre a saúde e a Educação Física ao se considerar a proximidade dos objetos dos conhecimentos nas duas áreas e ao responsabilizá-las pelos conhecimentos relativos à construção da autoestima, identidade pessoal, cuidado com o corpo, valorização dos vínculos afetivos e todas as implicações relativas à saúde da coletividade, que também se constituem nas interações no espaço escolar, conforme apontados nos PCN's dessa disciplina (BRASIL, 1998).

Ademais, a Educação Física é capaz de permitir aos alunos situações concretas de experimentação das mais diversas sensações, que se configuram em um desafio à racionalidade e que se processam em um contexto mediado por regras, gestos, relações interpessoais e atitudes pessoais que podem valorizar a construção coletiva e as regras estabelecidas pelo grupo, de forma a permitir um bem-estar coletivo e uma vivência saudável entre os sujeitos (BRASIL, 1998).

No entanto, ainda que a Educação Física, como disciplina que, por meio de intervenções pedagógicas específicas relacionadas à cultura corporal do movimento, seja potencialmente reconhecida por possibilitar a construção de espaços e relacionamentos mais saudáveis, é preciso compreender a saúde como um tema que deve ser gerido por toda escola, a partir de seu conceito ampliado que avance em contribuir para melhores condições de vida da comunidade escolar, e não sob a responsabilidade de uma única disciplina para maior efetividade no contexto considerado (OLIVEIRA; MARTINS; BRACHT, 2015).

Para melhor desenvolvimento do tema saúde junto à comunidade escolar, a P38 evidencia, como a barreira mais significativa a ser superada, a pouca participação da família dos alunos nas atividades propostas, conforme relato a seguir:

A dificuldade assim que, que eu acho e que eu sinto é a participação da família na escola, por exemplo, pra atingir lá de maneira direta, por que o que que acontece, hoje os pais trabalham tanto também e quando chegam à tarde eles querem descansar, então quando acontece alguma coisa com esse intuito da escola a participação é muito pouca, nós já tentamos colocar em outro horário pra ver se dá certo, mas a participação ainda é muito a desejar. (P38 – Vice Diretora, licenciada em pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice direção).

No entanto, tal percepção apresenta-se contraditória quando se analisa outros relatos apresentados pela P38 como, por exemplo, a quem são direcionadas tais ações, em que, em vários momentos, foi constatado um foco exclusivo nos alunos. Também a forma como tais ações são prioritariamente compreendidas e desenvolvidas, na percepção da P38, sob responsabilidade das aulas de educação física, dificultaria um maior envolvimento da comunidade escolar, haja vista não considerá-los no planejamento de tais aulas ou ações.

Urge, portanto, para um maior envolvimento da comunidade escolar nas ações de saúde promovidas pela escola, que seja reafirmada a importância de um trabalho com foco diretivo na população-alvo, a partir da promoção e incentivo de um contexto em que sejam favorecidas à adoção e o desenvolvimento de formas flexíveis de se repensar a maneira como se dão as relações entre escola, família e comunidade, a fim de buscar uma melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos (BRASIL, 2007b).

O relato da P38, apresentado a seguir, sintetiza sua percepção sobre a importância de desenvolver a promoção da saúde junto à comunidade escolar:

Bem, a importância de desenvolver junto comunidade escolar é que todos estariam realmente envolvidos e os resultados seriam bem melhores né, mais abrangente, e... mas assim, as tentativas ainda vão continuar, quem a gente ainda não tenha esse retorno tão desejado, o que não pode é desanimar . (P38 – Vice-Diretora, licenciada em Pedagogia, 38 anos, 18 anos na educação e 1, 5 anos na vice direção).

Destaca-se, no relato apresentado, a relação entre maior envolvimento da comunidade e maior efetividade das ações pelo seu maior alcance entre os envolvidos. A P38 evidencia que, mesmo que a participação da comunidade não corresponda às suas expectativas, as tentativas ainda se manterão.

Todavia, apesar de verbalizar desejo de alcançar resultados mais significativos, que estariam condicionados a um maior envolvimento da comunidade, esse seria viabilizado pela insistência nas estratégias metodológicas reiteradas vezes utilizadas. Não se vislumbram possibilidades alternativas que permitam maior envolvimento da comunidade ou, até mesmo, que essa seja considerada nas ações, posto que, em outros momentos, já foi relatado o direcionamento das ações apenas para os alunos.

De fato, a escola e sua capacidade de abrangência constituem-se como importantes aliados para a concretização das ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento dos indivíduos e da comunidade nas decisões favoráveis à saúde e na construção de uma nova cultura em saúde.

Para tanto, é necessário oportunizar momentos junto à comunidade, para discussões e reflexões sobre o fenômeno saúde, bem como ações, em que se considerem seus diferentes aspectos, que extrapolem estratégias reduzidas às reuniões ou eventos esporádicos, desconectados da realidade e interesse dos sujeitos. Assim, possibilitaria que os mesmos se integrem em um processo dinâmico e contínuo de construção coletiva da saúde e ressignificações constantes deste fenômeno, a partir das relações interacionais possíveis, no contexto escolar, que contribuam para o alcance de uma melhor condição de saúde dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2002a).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se a abordagem histórico-cultural permite ao homem ressignificar seu mundo a partir das interações sociais com o outro e sendo essas interações estabelecidas por meio de elementos mediadores carregados de significados em determinada cultura, a essa altura, não será nenhum exagero destacar que o desenvolvimento do presente estudo se constituiu em um processo dinâmico de reconstruções subjetivas permitidas pelas interações estabelecidas e que conferem novos sentidos para o pesquisador em relação ao tema tratado neste estudo.

Ao reconhecer a escola como um espaço para discussão de temas relacionados à saúde, dotada de saberes historicamente construídos e acumulados pelo ser humano, avança-se na possibilidade de contribuir para a melhoria da condição de saúde e qualidade de vida de boa parcela da população que se encontra e partilha desse espaço.

As inquietações que emergiram motivadas pelas experiências pessoais do pesquisador sobre as ações de saúde desenvolvidas nas escolas de sua região, bem como quais as percepções dos envolvidos sobre tais ações, constituíram-se como o cerne do presente estudo. Para responder a tais questões traçou-se um percurso metodológico estruturado em duas grandes etapas que, embora apresentadas separadamente, constituíram-se em um processo singular e interdependente que se complementaram e revelaram as congruências e contradições do fenômeno saúde na escola a partir dos dados reunidos.

A primeira etapa deste estudo se constituiu de suma importância no processo, pois permitiu, a partir dos elementos que emergiram, mapear as escolas que desenvolviam ações de saúde em seu contexto, além de evidenciarem demais aspectos relacionados à escola e sua consonância ou divergência com a perspectiva de uma EPS e que foram decisivos para a escolha das escolas participantes da segunda etapa.

Entre os aspectos analisados, a rede física das escolas participantes foi apontada pela maioria, como um aspecto que, na realidade investigada, contribui para a melhoria da condição de bem-estar dos educandos, não sendo percebida como um obstáculo para a saúde dos sujeitos que ali convive. Vale ressaltar que entre as quatro escolas que afirmaram que suas redes físicas não contribuem para a

melhoria da condição de saúde de seus alunos, as possíveis melhorias sugeridas coincidiram com as melhorias apontadas pelas escolas que afirmaram que a rede física contribui para o bem-estar dos alunos. Nesse sentido, revelam-se diferentes percepções, por parte dos respondentes, no que concerne a um ambiente favorável à saúde a partir das realidades vivenciadas por cada sujeito e que indicam a subjetividade nas interpretações e que podem influenciar em sua resposta.

Durante a primeira etapa, foi possível identificar qual compreensão conceitual de saúde têm norteado o planejamento das ações de saúde nas escolas. Verificou-se uma predominância que converge para o conceito apresentado pela OMS e indica uma superação da saúde percebida apenas como a ausência de doença, não tendo sido essa referenciada por nenhuma das escolas participantes do presente estudo. Uma vez que a saúde é compreendida como um conceito que extravasa o aspecto fisiológico do indivíduo e outros componentes emergem como as questões sociais e mentais, vislumbram-se possibilidades na concretização das ações de saúde que possam superar abordagens reducionistas e que avancem para práticas pedagógicas que contemplem a saúde em sua forma ampliada.

No entanto, lidar com a saúde em sua totalidade a partir de temas que extrapolem uma saúde restrita ao corpo biológico, acaba sendo um grande desafio que ainda se interpõe, inclusive no universo investigado, uma vez que, mesmo entre os múltiplos temas de saúde que emergiram entre as escolas participantes, apenas quatro delas citaram temas relacionados à saúde mental dos educandos como o resgate de valores, *bullying*, depressão e encaminhamentos psicológicos. Isso revela que os aspectos relacionados à saúde mental dos alunos, encontram-se desvalorizados, na realidade investigada, ainda que sejam cada vez mais frequentes entre os educandos.

A grande pluralidade de temas apontados entre as escolas participantes, mesmo que em sua maioria remetam ao reducionismo do trato com a saúde no contexto escolar à saúde física, evidenciam a complexidade com que essa se manifesta e se constitui na particularidade dos diferentes contextos. Além disso, apontam a prevalência de temas emergentes que dialogam com as prioridades apontadas nos documentos norteadores dos programas governamentais, como no caso do combate ao mosquito *Aedes aegypti* que tem sido elencada como ação primaz do PSE e, de fato, se concretiza como tal, mediante diferentes estratégias

como a obrigatoriedade de sua ocorrência e a condicionalidade de repasses financeiros.

Na recolha dos dados, ainda na primeira etapa, revelou-se um predomínio de respostas que indicam um movimento que abrange a elaboração e a execução das ações de saúde a partir de uma perspectiva intersetorial que envolve o setor saúde e educação. Tal prevalência indica, a priori, um avanço no desenvolvimento das ações de saúde no contexto escolar, uma vez que propostas de ações formuladas intersetorialmente em geral são exitosas. Isso demonstra uma disposição ao trabalho conjunto entre os setores envolvidos, mesmo que tal prerrogativa não se sustente ao longo do processo mediante obstáculos e fragilidades que se interpõem durante a sua operacionalização que acabam por comprometer a perspectiva de um trabalho intersetorial. Tais fragilidades foram elucidadas durante a segunda etapa em que, a partir do aprofundamento nessas questões, verificou-se entre as escolas participantes uma percepção de trabalho intersetorial, que em sua maioria se desenvolvem de maneira desarticulada dos objetivos pedagógicos da escola e que reduzem o trabalho intersetorial a ações pontuais a partir de demandas setoriais que se convertem em ações casuais nas quais não se vislumbra um diálogo entre os diferentes atores envolvidos.

Outras duas questões que foram objeto de investigação ainda na primeira etapa referem-se a quem se destinam as ações de saúde desenvolvidas no contexto escolar e a forma como as ações de saúde são desenvolvidas nas escolas. Os respondentes percebem, em sua maioria, que suas ações destinam-se a toda comunidade e apenas uma pequena parcela das escolas investigadas relataram ações voltadas exclusivamente para os alunos, evidenciando, em um primeiro momento, uma compreensão por parte dos respondentes em se considerar a comunidade no planejamento das ações de saúde na escola. Nesse sentido, de fato faz-se de suma importância que a escola seja capaz de criar momentos para se debater questões de saúde presentes na realidade dos sujeitos que ali convivem consideradas tanto em nível individual, como coletivo a partir dos diferentes aspectos e experiências dos sujeitos para que se sensibilizem e reflitam sobre as potencialidades que ali existem e que podem convergir para a melhoria de sua condição de vida e saúde.

Revela-se uma predominância de respostas entre as escolas participantes que indicam o desenvolvimento das ações de saúde a partir de temas específicos e

sugerem, assim, uma percepção convergente para práticas isoladas (seja do setor saúde, a partir de sua agenda, ou do corpo docente da escola) reduzidas às disciplinas que se dispõem a tratar do tema com maior afinidade em seu campo de conhecimento, ignorando, assim, a possibilidade de um trabalho transversal com o objeto saúde. Nesse contexto, a saúde é compreendida a partir de conteúdos separados na forma de temas que são desenvolvidos por meio de disciplinas isoladas constituídas por frações desconectadas da realidade do educando que, conseqüentemente, são incapazes de possibilitar uma ressignificação do conhecimento para os envolvidos.

Para o êxito das ações de saúde em uma perspectiva emancipatória de promoção e educação em saúde na escola, é importante orientar-se por perspectivas críticas no trato com o conhecimento desenvolvidos junto aos educandos. Isso demanda um compromisso intersetorial que extrapola os aspectos meramente burocráticos e que se efetivem em um alinhamento entre todos os envolvidos, por meio de um constante diálogo e vigilância entre os diversos atores do processo, que sejam capazes de otimizar os diversos recursos e possibilidades existentes.

Revela-se, no presente estudo, no entanto, um desconhecimento – por parte de uma parcela significativa dos respondentes – da existência de iniciativas governamentais que tratam da saúde no contexto escolar, como as possibilidades de trabalho nas escolas em período integral a partir da inserção do macrocampo promoção da saúde entre as atividades desenvolvidas, ou ainda por meio do PSE que, conforme se verificou neste estudo, embora exista há mais de dez anos, ainda permanece incógnito e inexplorado por uma parte significativa das escolas. Tais dados revelam fragilidades na gestão do PSE, uma vez que mesmo os respondentes, em sua maioria sendo os gestores das escolas, sequer tomam ciência de sua existência, o que coloca em xeque a qualidade das informações e o processo de comunicação entre os setores, inclusive na tomada de decisões sobre a necessidade de adesão ou não ao programa que, ao que parece não chega ao conhecimento dos gestores da educação para tomarem parte no processo.

Finalizada a primeira etapa, foi possível, a partir da análise dos dados recolhidos, avançar para a segunda etapa com a seleção de seis escolas, de acordo com sua aproximação ou distanciamento das questões atinentes à EPS. Para tanto, utilizou-se entrevista semiestruturada para aprofundamento das questões que

emergiram durante o primeiro momento, bem como para buscar apreender a percepção dos sujeitos em relação às ações de saúde em sua instituição.

No exame da verificação de padrões entre os dados, investigou-se, por meio da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), a identificação dos temas entre as respostas dos sujeitos, a fim de captar algo importante sobre os dados em relação à questão de pesquisa, além de representar certo nível de resposta ou significado padronizado dentro do conjunto de dados. Portanto, seis temas foram constituídos a partir das entrevistas: 1. O conceito de saúde e promoção na percepção dos educadores; 2. Intencionalidade nas práticas educativas de saúde na escola; 3. A condicionalidade de boa saúde para êxito da função da escola; 4. As aproximações e distanciamentos entre o setor saúde e a escola; 5. Público-alvo das ações de saúde; 6. Operacionalização das ações de saúde. Esse último tema foi subdividido em quatro categorias que consideravam: seu planejamento, sua forma de execução, obstáculos encontrados e importância de tais ações de promoção da saúde, no contexto escolar, tendo sido, portanto, sua análise apresentada por escola.

O primeiro tema revela um conceito de saúde e promoção da saúde, na visão dos sujeitos participantes, que converge para uma compreensão conceitual de saúde como a apresentada pela OMS, referindo-se ao bem-estar físico, psicológico e ao ambiente em que o sujeito vive, o que indica uma superação da saúde compreendida como um corpo fisicamente não doente. Ademais, revela que, para a elaboração conceitual de saúde, os sujeitos utilizam-se de elementos que se encontram ao seu alcance, como signos culturalmente compartilhados relacionados ao tema, como fez a P20 que, diante da constatada dificuldade em conceituar saúde, apoia-se, para fazê-la, em informações relacionadas à adoção de comportamentos saudáveis, ou ainda a partir de ressignificações de experiências pessoais – como verbalizado pelo P27, que busca um contraponto entre sua atual percepção de saúde e as experiências anteriores.

Orientados por tais conceituações de saúde, os sujeitos verbalizam compreender promoção da saúde como um processo interacional que se constitui fundamentalmente pela capacidade de partilhar informações relacionadas à saúde entre os envolvidos. No entanto, limitam-se a considerar a promoção da saúde como um processo em que os educandos encontram-se em situação de passividade a partir de abordagens focadas em mudanças comportamentais na esfera individual

mediante práticas pedagógicas orientadas por perspectivas tradicionais que contrariam a própria definição de PS concebida em Ottawa, cuja conclamação é para a efetiva participação do sujeito no processo. Nesse sentido, é importante assegurar estratégias que permitam aos docentes espaços e momentos para refletirem e compreenderem tanto a saúde, como sua promoção no espaço a partir de todas as suas potencialidades.

O segundo tema identificado refere-se às motivações que se encontram no desenvolvimento das ações de saúde no espaço escolar que, em suma, revelam uma perspectiva higienista necessária a partir da identificação de inadequados hábitos de cuidado com o corpo por parte dos educandos. Nesse contexto, nos relatos, vislumbra-se uma percepção do espaço escolar como um espaço responsável por identificar essas carências e revertê-las à medida que se orienta por ações de cunho normatizador focado em mudanças individuais. Além disso, revela-se uma ressignificação das ações de saúde, da organização da escola e do próprio espaço escolar na qualidade de instituição assistencial que, diante da incapacidade resolutive de outras instâncias, supre lacunas dos diferentes seguimentos sociais, cujas raízes estão na própria historicidade de sua função.

No entanto, destaca-se a importância de que a escola vislumbre ações que superem um viés exclusivamente biológico de saúde e assumam, assim, como identificado no relato da P36, a capacidade de avançar em um compromisso e anseio pelo desenvolvimento de práticas pedagógicas que se orientem por objetivos para além do cuidado com o corpo na sua forma mais asséptica. Isso permitirá, portanto, apontar para a efetiva promoção da saúde nesse espaço, reconhecendo-o como espaço social e de construção de saberes, relações e valores, que permita ao sujeito maior criticidade e autonomia nas questões relacionadas à saúde e sua qualidade de vida.

A percepção de boa saúde como condição fundamental para a aprendizagem dos alunos revela-se no terceiro tema identificado e chama a atenção pelos sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos à relação saúde e escola, bem como à maneira como são representadas nas falas dos participantes. Revela-se a percepção de que a saúde é condição *sine qua non* para que a escola cumpra com excelência sua função de ensinar, além de apontar a incapacidade da escola em reconhecer-se como espaço de convívio entre os sujeitos e, portanto, um espaço no qual a saúde também se constrói. Nesse sentido, o aluno real, aquele que sofre as

mazelas de uma sociedade cada vez mais comprometida, coloca-se como obstáculo para que a escola cumpra sua função, conforme vislumbrado, em parte, nos relatos. Diferenciando-se de tais percepções, um dos relatos indica um caminho possível a ser traçado a partir de uma relação entre a saúde dos alunos que, além de identificá-la como condição que interfere no aprendizado dos alunos, corresponsabiliza-se na qualidade de instituição e assume seu protagonismo no trato com o objeto saúde a partir do reconhecimento da função que lhe é imbuída.

O quarto tema trata das aproximações e distanciamentos entre os profissionais da saúde e os profissionais da educação na concretização das ações de saúde na escola. Ainda que todos os participantes reconheçam a participação dos profissionais da saúde em ações que se desenvolvem nas suas respectivas escolas, a maioria dos relatos revela fragilidades, na aproximação entre os dois setores, que se refletem no trato com o fenômeno saúde na escola.

Práticas isoladas dos profissionais da saúde orientadas por demandas específicas setoriais e o pouco ou nenhum envolvimento dos profissionais da escola são perceptíveis na maneira como essas se concretizam no espaço escolar e nos papéis atribuídos a esses profissionais no desenvolvimento das ações. Assim, os profissionais da saúde imbuídos de seus conhecimentos técnicos responsabilizam-se pelas ações que se reduzem a abordagens de cunho normativo que se concretizam, na maioria das vezes, no formato de ações de imunizações, palestras informativas e campanhas preventivas em que se anulam ou desconsideram o papel dos professores e da escola. Esses, incapazes de vislumbrarem novas formas de trabalho entre os dois setores, colocam-se passivamente no processo.

Diante de tais constatações, é importante o apoio às iniciativas que estimulem a reflexão sobre as potencialidades que podem emergir no encontro de diferentes atores sociais, nos quais ambos os setores se coloquem como protagonistas e corresponsáveis pela saúde das populações que partilham daquele contexto. Ainda que não seja uma tarefa simples, diante das construções subjetivas dos atores envolvidos e que se refletem arraigadas em suas práticas, à medida que se desenvolvem os sujeitos são capazes de atribuir novos sentidos para suas experiências e vislumbrarem novas possibilidades para seus papéis e para as formas de lidar com a saúde no âmbito escolar.

O quinto tema traça reflexões a respeito dos sujeitos a quem se direcionam as ações de saúde na escola, revelando-se um foco de ações direcionadas

prioritariamente aos alunos, mas que se encontram permeadas por uma compreensão de direcionamento das ações a outros membros da comunidade, mediante diversas significações construídas nos relatos dos participantes. Entre elas, a participação em eventos pontuais, a expectativa sobre os alunos como multiplicadores de informações e hábitos saudáveis entre seus pares e a capacitação de profissionais da escola são interpretadas como ações de saúde direcionadas para toda comunidade e encontram-se distantes de um envolvimento efetivo da comunidade nas ações de saúde escolar em uma perspectiva de EPS.

Dessa maneira, novas formas de conceber a participação da comunidade nas ações de saúde que buscam estabelecer uma relação mais estreita entre a escola e demais sujeitos são exequíveis e encontram-se demonstradas a partir do relato da P36, posto que se expressa capaz de oportunizar um espaço para que anseios, expectativas, dúvidas e experiências sejam compartilhados por meio da organização de suas ações pedagógicas. Tal organização possibilita uma aproximação com a comunidade que não se limita a eventos desconectados da realidade dos sujeitos, mas que, ao contrário, busca envolvê-los ativamente, tanto no processo como na consideração deles como foco das ações desenvolvidas.

O sexto tema trata da operacionalização das ações de saúde na escola e busca refletir sobre o planejamento, execução, obstáculos encontrados e a importância da promoção da saúde na escola.

Entre os relatos, revela-se que o planejamento das ações de saúde, nas escolas, concretiza-se a partir de três diferentes vias. Na primeira delas, prevalece a verticalização das decisões que partem de instâncias superiores, passam pela gestão da escola, até chegarem aos professores responsáveis por desenvolverem o tema de saúde junto aos alunos. Nesse processo, há pouca abertura para novas propositivas a partir das questões identificadas no contexto escolar e as ações são executadas com o apoio do setor saúde que assume grande protagonismo na concretização dessas ações.

Em um movimento contrário, o segundo caminho evidencia o planejamento das ações de saúde que despontam a partir de necessidades identificadas pelos profissionais da educação no contexto tanto da escola, como de seu entorno. Nessa condição, a execução das ações de saúde materializa-se a partir de projetos que se desenvolvem por meio de disciplinas que apresentam maior afinidade com a temática e podem abranger em maior ou menor grau, outros profissionais.

Uma terceira via que se revela para o planejamento é a significação desse na qualidade de instrumento de seleção para atuação de professor com a temática promoção da saúde em uma das escolas no período integral. Nesse cenário, o planejamento é utilizado, não de forma a garantir a unidade e a coerência das práticas pedagógicas relacionadas à saúde na escola, mas apenas como forma de seleção dos candidatos que atuarão no período integral e que se encontram alheios às reais demandas dos educandos.

Assim, é imprescindível que os gestores reconheçam a importância do planejamento para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde na escola como ferramenta capaz de nortear as práticas de saúde da instituição de ensino e que criem possibilidades e dimensionem estratégias para uma efetiva participação dos sujeitos de toda comunidade escola, por meio das quais, diferentes vozes sejam ouvidas nas diversas etapas do processo de planejamento, incluídos aí momentos, após a concretização das ações planejadas, para que essas possam ser revistas a partir de questões significativas que venham a surgir durante o processo.

Na concretização das ações de saúde nas escolas, revelam-se entre os relatos, questões significativas que representam a concepção pedagógica que norteia a prática docente na instituição e o próprio objeto saúde como conteúdo a ser desenvolvido na escola. Aspectos perceptíveis como a responsabilização de disciplinas específicas, ações pontuais, maior protagonismo do setor saúde no desenvolvimento das ações e a passividade da escola, em participar do processo, revelam uma dificuldade do espaço escolar em incorporar a saúde como tema transversal a ser desenvolvido em seu espaço. Assim, as práticas orientadas por uma visão higienista limitam-se às ações de cunho informativo que visam uma normatização comportamental dos educandos e que pouco sentido assumem para os sujeitos, uma vez que não dialogam com a realidade deles.

Em contrapartida, um dos relatos (P36) aponta para novas formas de se compreender o fenômeno saúde no contexto escolar, posto que atribui sentidos e significados tanto para o posicionamento da escola, como para as práticas de saúde ali desenvolvidas que se alinham a uma perspectiva emancipatória de educação e com os pressupostos da EPS, pois convergem e envidam esforços para o desenvolvimento de ações de saúde junto à comunidade escolar de maneira que tais ações encontrem sentido a partir das experiências dos sujeitos naquele contexto.

Ao buscar identificar os maiores obstáculos percebidos pelos respondentes para um maior desenvolvimento das ações de promoção da saúde junto à comunidade escolar, revelam-se três fatores que se interpõem na consecução de tal objetivo: a falta de apoio da família, a sensibilização do professor para maior engajamento nas ações e dificuldades operacionais no decorrer do processo.

Encontra-se, entre as falas dos participantes, uma predominância nos sentidos e significados atribuídos ao papel da família em que essa é reconhecida como um obstáculo para a consecução das ações de saúde na escola, posto que se encontra distante do cotidiano da instituição. No entanto, não são reconhecidas, entre as falas dos respondentes das respectivas escolas, propositivas que se convertam em estratégias e iniciativas da escola que superem a participação da família de forma pontual.

A partir dos relatos, identifica-se também uma dificuldade em sensibilizar os professores para um maior desenvolvimento das ações de promoção da saúde junto à comunidade escolar revelada pelo baixo vínculo afetivo que se estabelece entre os educandos e os docentes na prática pedagógica cotidiana, uma vez que esses resistem em compreender a afetividade durante sua prática como uma condição inerente à própria interação social singular à condição humana.

Outros fatores que se vinculam de forma mais específica às dificuldades operacionais também foram identificados a partir de um dos relatos e revelam os protocolos burocráticos a serem cumpridos, a escassez de recursos financeiros e a dificuldade de mobilizar demais setores nas ações como obstáculos que são, pontualmente, reconhecidos e percebidos a partir das experiências da escola ao desenvolver as práticas de saúde em seu contexto. Nesse sentido, reconhecer tais fatores como obstáculos que se anunciam durante a prática, demonstram maior precisão e detalhamento no trato com o objeto saúde na escola e que parte da experiência concreta do respondente, ao lidar com o objeto saúde, com base em sua realidade.

A importância do desenvolvimento de ações de promoção da saúde junto à comunidade escolar apresenta-se a partir de diferentes percepções nos relatos dos participantes. São atribuídos sentidos e significados para a importância de tais ações que revelam a expectativa de maior aproximação entre a escola e a comunidade e maior efetividade dessas, mesmo que não sendo capazes de pensar em estratégias para avançar nessa aproximação. Ademais, a relevância de práticas pedagógicas

que trabalhem com a promoção da saúde é também percebida como capaz de empoderar os sujeitos para tomada de decisões saudáveis em nível individual, compatível com uma perspectiva focada em mudanças comportamentais com base na transmissão de informações relacionadas à saúde sem um real compromisso com a realidade dos educandos e com a abordagem da saúde de forma mais ampliada. E por fim, outra percepção entre os relatos revela a capacidade da escola em dialogar com a comunidade, diferentemente de outros setores, dada a sua característica pedagógica no processo de interação e comunicação inerente a sua própria função social. Esse fato é potencializado pelo seu alcance entre a população, inclusive pela capacidade de reduzir gastos financeiros a partir de uma perspectiva preventiva, por meio dos alunos que podem ser agentes multiplicadores de conhecimento para o cuidado em saúde junto à comunidade.

Diante de tais constatações, urge um novo olhar para a realidade dos sujeitos e de seus fenômenos, como a saúde e sua inserção na escola, de forma a superar interpretações estáticas, isoladas e compartimentadas que se encontram alheias à experiência existencial dos sujeitos (FREIRE, 1987). Nesse cenário, a mediação assume um papel de destaque no processo educacional, pois, pelo seu caráter instrumental, demonstra que o que se encontra em seu interior não faz sentido por si próprio, mas produz determinado resultado dependendo das forças sociais com que se emaranha (SAVIANI, 2011).

O presente estudo aponta como os diferentes aspectos que permeiam o desenvolvimento de ações de saúde no contexto escolar são percebidos pelos gestores das escolas e como se desenvolvem em cada um desses contextos. O que se destaca, no entanto, não são os equívocos ou falhas perceptíveis no desenvolvimento das ações que surgem no decurso do processo e se esclarecem por meio dos diferentes relatos, mas a incapacidade dos participantes em identificá-los, refletir sobre tais questões e, a partir daí, avançar em novas formas de compreender a saúde no espaço escolar e o papel de cada um dos atores envolvidos. Nesse contexto, é preciso ressignificar os sentidos e significados da saúde na escola e a própria responsabilidade dessa instituição como espaço de construção do conhecimento.

Uma vez que o presente estudo se desenvolveu a partir de um recorte territorial em que os municípios participantes têm em comum o fato de pertencerem a mesma SRE, vislumbra-se a possibilidade de vários momentos ao longo do ano

letivo, em que esses profissionais têm a oportunidade de se reunirem para debater questões relacionadas às suas respectivas realidades e daí alinham-se seus planejamentos e ações em consonância com as orientações da SRE. E é justamente na oportunidade do encontro com o outro, que as experiências de cada realidade, sejam elas mais exitosas ou mesmo as que demonstram maior dificuldade no desenvolvimento de ações de saúde no contexto escolar, poderiam ser compartilhadas, em um espaço para reflexão sobre os avanços já alcançados e os desafios que ainda se interpõem em cada realidade.

Para tanto, almeja-se que os esforços aqui empreendidos no levantamento, descrição e análise desses sentidos e significados, atribuídos pelos participantes às ações de promoção da saúde, a partir de suas experiências, e na diversidade de significações, aqui vislumbradas, possam embasar e estimular reflexões sobre as práticas de ações de saúde nas escolas a fim de que possam ser revistas e ressignificadas a partir de novas perspectivas.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, H. W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 5-6, p. 25-36, 1997. Disponível em: <<http://educacaointegralejuventude.sites.ufms.br/files/2017/05/Considera%C3%A7%C3%B5es-sobre-a-Tematiza%C3%A7%C3%A3o-Social-da-Juventude-no-Brasil.pdf>> Acesso em: 21 de mar. 2018.

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 97-115.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações Sociais: Desenvolvimentos atuais e aplicações à educação. In: CANDAU, V. M. (Org.) **Linguagens, Espaços e Tempos no Ensinar e Aprender**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 57-73

ATALIBA, P.; MOURÃO, L. Avaliação de Impacto do Programa Saúde nas Escolas. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v.22, n. 1, p. 27-36, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v22n1/2175-3539-pee-22-01-27.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

BAGGIO, M. A. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato dos enfermeiros. **Rev Bras Enf**, [internet], v. 71, supl. 4, p. 1631-1638, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1540.pdf>. Acesso em: 24 jan 2019.

BANDEIRA, C. M.; HUTZ, C. S. Bullying: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 35-44, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/04.pdf>> Acesso em 15 jan 2019.

BAQUERO, R. **Vygotsky e a aprendizagem escolar**. Tradução: Ernani F. da Fonseca Rosa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BARBOSA, M. C. S.; HORN, M. G. S. **Projetos pedagógicos na Educação Infantil**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARROS, J. P. P. et al. O conceito de "sentido" em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 174-181. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a04.pdf>> Acesso em: 15 set 2018.

BARROS, J. P. P.; COLAÇO, V. F. R. Drogas na Escola: análise das vozes sociais em jogo. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 253-273, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edreal/v40n1/2175-6236-edreal-40-01-00253.pdf>> Acesso em: 25 jan 2019.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, 2007, p. 51-86.

BIVANCO-LIMA, D. et al. Promoção à saúde e prevenção de acidentes na infância: uma ação de estudantes de medicina / Health promotion and accident prevention in childhood: an intervention of medical students. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 2 p.119-127, 2013.

BLUMENSHINE, S. L. et al., Children's school performance: impact of general and oral health. **J. Public Health Dent**, v. 68, n. 2, p82-87, 2008.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p.68-80, 2005.

BOORSE, C. A rebuttal on health. *In*: HUMBER, J.; ALMEDER, R. (eds.). **What is disease?** New Jersey: Human Press, 1997, p. 1-134.

BOORSE, C. **Health as a theoretical concept Philosophy of Science**. v.44, n. 4, p. 542-573, 1977.

BOYATZIS, R. E. **Transforming qualitative information**: Thematic analysis and code development. Thousand Oaks, CA: Sage. 1998.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em Educação**: Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº. 9.394 de 20 de dez. 1996**. Brasília, DF. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Saúde**. Brasília: MEC/SEF, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>> Acesso em: 11 out. 2018.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Educação Física**. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/fisica.pdf>> Acesso em: 13 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. A Promoção de Saúde no Contexto Escolar. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n. 2, p. 533-535, 2002a.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em: 15 jul 2016.

_____. MS/MEC. **Portaria Interministerial nº749 de 13 de maio de 2005**. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil**. 1ª edição. Brasília, 2007a
Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf> Acesso em 17 Dez 2017.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007b.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Projeto Olhar Brasil "Triagem de Acuidade Visual"**. Manual de Orientação [internet]; Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015497.pdf>> Acesso em 28 mar. 2018.

_____. Ministério da Educação. Série Mais Educação. **Educação integral**: texto referência para o debate nacional. - Brasília: MEC, Secad, 2009.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.083 de 27 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS**. Comunicado sobre a elaboração e organização dos cronogramas em protocolos de pesquisa. Brasília, 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº. 7.984, de 8 de abril de 2013**. Brasília: Casa Civil, 2013.

_____. Ministério da Educação. **Manual Operacional de Educação Integral**. Brasília, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde Política Nacional de Promoção da Saúde. **Revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006**. Secretária de Atenção à Saúde, Brasília, 2014b.

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

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 13.185, de 6 de novembro de 2015**. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*). Brasília: Casa Civil, 2015b.

_____, Ministério da Educação: **Programa Novo Mais Educação**: Documento orientador – Adesão – versão 1. Brasília, DF: MEC, 2016a.

_____. Portaria n. 1.144, de 11 de outubro de 2016. Institui o Programa Novo Mais Educação que visa melhorar a aprendizagem em língua portuguesa e matemática no ensino fundamental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 de outubro de 2016b.

_____. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (MEC). **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017**. Brasília: 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em: 23 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (MEC). **Manual Técnico de Adesão e Desenvolvimento das Ações do Programa Saúde na Escola**. Brasília: _____ 2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_PSE_MS_MEC.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018

BRASIL, E. G. M. et al . Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.51, e03276, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100454&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 ago. 2018.

BRAUN, V. CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3n.2, p. 77-101, 2006.

BRIGHENTE, M. F.; MESQUIDA, P. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 155-177, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072016000100155&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 08 abr. 2018.

BRINHOSA, M. C. Interdisciplinaridade: possibilidade e equívocos. **Acta Fisiátrica**; v. 5, n.3, p.164-9, 1998.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS. P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.p. 15-38.

CAMPOS, H. M. et al. Direitos humanos, cidadania sexual e promoção de saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 658-669, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200658&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mar. 2018.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da Educação em Saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1925 a 1967. **Rev. Saúde pública**, S. Paulo, v. 22 n.4, p. 347-365, 1988.

_____. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CANESQUI, A. M. Antropologia e alimentação. **Rev. de Saúde Pública**, v. 22 nº 3 p. 207-216, 1988.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico [1943]**. São Paulo: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v. 4, n. 2, p. 287-307, 1997.

CARVALHO, F.F.B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas 1209. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 4, p. 1207-1227, 2015.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção de Saúde: sujeito e mudanças**. São Paulo, Hucitec, 2005.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, mar. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00829.pdf>> Acesso em 15 de out. 2018.

CAVALIERE, A. M. Tempo de escola e qualidade da educação pública. **Educação e Sociedade**, v. 28, n. 100, p. 1015-1035, 2007.

CHANGEUX, J. P. **O Homem Neuronal**. Lisboa: Dom Quixote, 1985.

CHIARI, A. P. G. et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2018.

COELHO, L. M. C. C. História(s) da educação integral. **Em Aberto**, Brasília: INEP, v. 22, n. 80, p. 83-96. 2009. Disponível em: <<http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/2222/2189>> Acesso em: 17 fev 2018.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311999000100002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12 fev 2018.

CORDEIRO, M. H.; DONADUZZI, A.; SCHLINDWEIN, S.M. Psicologia e educação: Representação social do bom aluno: implicações éticas na educação. *In*: PLONER, K. S. *et al.*, (org). **Ética e paradigmas na psicologia social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p.152-162. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qfx4x/pdf/ploner-9788599662854-13.pdf>> Acesso em: 25 set. 2018.

COSTA, I. S. Educação em Saúde Escolar: Análise de uma Experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 98-111, Mar. 1974. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671974000100098&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

COUTO, A. N. et al. O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 17, out. 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8150>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

COUTO, S. F. et al. Frequência de adesão aos "10 passos para uma alimentação saudável" em escolares adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Abrasco, v. 19, n. 5, p. 1589-1599, 2014.

CRUZ, S. M. T. B.; FINATTI, J. R. O processo de ensino-aprendizagem a partir de projetos de trabalho em uma abordagem crítica. *In*: X Congresso Nacional de Educação –X EDUCERE, 2011, Curitiba. **Anais** [...] Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4692_2652.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.

CUNHA, R.C.O.B.; PEZZATO, L.M. Práticas Educativas e Produção de Sentido. *In*: PELICIONI, M.C.F. MIALHE, F.L. **Educação e Promoção da Saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2015. cap.12, p.265-286.

CURTIS, V. et al. Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, London: **The Lancet Publications**; Oxford: Elsevier, v. 11, p. 312-321, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(10\)70224-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(10)70224-3.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2018.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53

CZERESNIA, D. MACIEL, E. M. G. S. OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. **Institute for Future Studies**, 1991. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>> Acesso em: 17 mar 2018.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G. Acidentes na infância. **Revista Pediatria**, São Paulo. v. 18, n. 4, p. 193-197, 1996. Disponível em: <<http://www.pediatricsaopaulo.usp.br/upload/pdf/245.pdf>> Acesso em 28 mar. 2018.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.357>.

ELY, M. et al. **On writing qualitative research: Living bywords**. London: Routledge/Falmer, 1997.

FARIAS, I. C. V.et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 261-267, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jun 2018.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00703.pdf>>. Acesso em 25 de set. 2015.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D.B. de.A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1a a 4a series). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 283-91, 2005.

FERREIRA, I. R. C.et al. Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 56, p. 61-76, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782014000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2018.

FERREIRA, J. R.A promoção da saúde: entre Alma-Ata e a Carta de Ottawa. *In: Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde*, 2002, São Paulo. (Mimeo.)

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FONSECA, A. C. F. **Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia no período 2007-2014: política ou retórica?** 2016. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21634/1/TESE%20Ana%20Carla%20Freitas.%202016.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2017.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

FRAGA, A. B. et al. **Curso de extensão em promoção de saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2013. 144 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Ação cultural para a liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa *survey*. **Revista de Administração**, v. 35, n. 3, p. 105-112, 2000.

GIROUX, H. **Cruzando as fronteiras do discurso educacional: novas políticas em educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GOOD, B. J. **Medicine, Rationality, and Experience: an anthropological perspective**. New York: Cambridge University Press, 1994.

GUAZELLI, M. E. PEREIRA, I. M. T. B. Considerações Teóricas e uma Aproximação às Estratégias Metodológicas em Educação em Saúde com Base na Promoção. *In*: PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. **Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. cap. 5, p.99-113.

HARADA, J. et al. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde [online]. **Soc.Bras. de Pediatría**. 2003. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cadernosbpfinal.pdf>. Acesso em: 19 Dez 2017.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2017.

HONG, J. S. et al. A conceptual framework for understanding the association between school bullying victimization and substance misuse. **American Journal of Orthopsychiatry**, Washington, DC: American Psychological Association - APA, v. 84, n. 6, p. 696-710, 2014.

HORA, D. M. **O olho clínico do professor: um estudo sobre conteúdos e práticas medicalizantes no currículo escolar**. Rio de Janeiro: Contra capa, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015)**. IBGE, Rio de Janeiro: IBGE; 2016, 132 p. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar** (PeNSE 2012). IBGE, Rio de Janeiro: IBGE; 2013, 256 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/PENSE_Pesquisa_Nacional_de_Saude_do_Escolar_2012.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

ILHA, P. V. et al. Intervenções no ambiente escolar utilizando a promoção da saúde como ferramenta para a melhoria do ensino. **Ens. Pesqui. Educ. Ciênc.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 35-54, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1295/129532893003.pdf>>. Acesso em 25 de set. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Rastreamento do câncer de próstata** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf> Acesso em 27 de mar. 2018.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS (IPP). **O Rio de Pereira Passos**. Rio de Janeiro: IPP; 2009.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Promoção da saúde de pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n.3, p. 369-375, 2012.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. Plan de Acción 2003-2012 – Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. *In: Memorias III Reunión Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud*. Quito: OPAS, 2002. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/iiireunion/EPS_RED_CONT.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. **Escolas Promotoras de Saúde-Fortalecimento da Iniciativa Regional** Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington, D.C: OPAS: 72 p. 2006.

JACOMINI, M. A.; PENNA, M. G. O. Carreira docente e valorização do magistério: condições de trabalho e desenvolvimento profissional. **Pro-Posições**, Campinas, v.27, n.2, p.177-202, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73072016000200177&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2018.

JATOBA, J.D.V.N.; BASTOS, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56 n. 3, p. 171-179, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a03v56n3.pdf>>. Acesso em 28 mar. 2018.

KANT, I. **O Conflito das Faculdades**, (1798). Tradução: Artur Morão. Textos Clássicos de Filosofia. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2008.

KUHN, T. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>> Acesso em: 20 mar 2017.

LARCHICK, R.; CHANCE, E. W. Teacher performance and personal life stressors: implications for urban school administrators. **National Forum of Teacher Education Jornal**, LA, v. 14, n. 3, p. 1-12, 2004. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.535.9378&rep=rep1&type=pdf>> Acesso em 19 ago 2018.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde, A negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEFÈVRE, F. **Saúde como bem social**. Cantinhos. 1999. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Da_promocao_de_saude.htm> Acesso em: 01 de nov. 2014.

LEGER, L. S.; YOUNG, I.; BLANCHARD, C. Facilitating dialogue between the health and education sectors to advance school health promotion and education. **IUHPE**, 2012. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/SCHOOL/FacilitatingDialogueHE_EN.pdf> Acesso em 20 de jul. 2015.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p. 149-166. 2006.

LIMA, G. Z. Saúde escolar e educação. São Paulo: Cortez; 1985. 160p. Resenha de: FONSECA, J. P. **Revista da Fac de Educ. da Univ. de São Paulo**, v.11, n.1-2, p. 313-315, 1985. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/33351/36089>> Acesso em 22 de jul. 2018.

LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. A promoção da Saúde e a educação crítica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu. v. 16, n. 40, p. 235-246, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1312.pdf>> Acesso em: 10 jan 2018.

LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 19, n. 3 p. 461-468, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10 abr. 2018.

LOUZADA, M. L. C. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, v. 49, n. 38, p. 1-11, 2015. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/101882/100346>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

LUQUEZ, T.M. S.; SABÓIA, V. M. Práticas educativas en salud en la escuela: una revisión integrativa. **Cultura de los Cuidados**, v. 21, n. 47, p. 175-184, 2017. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/65756/1/CultCuid_47_15.pdf> Acesso em 15 de jul. 2018.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set 2017.

MAGALHAES, R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1427-1436, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1427.pdf>>. Acesso em: 25 de set. 2015.

MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1669-1679, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/08.pdf>>. Acesso em: 25 jan 2019.

_____. Tendências dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE 2009 e 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 17, supl. 1, p. 77-91, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00077.pdf> Acesso em: 14 set 2017.

MARINHO, J. C. B.; SILVA, J. A.; FERREIRA, M. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 429-444, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n2/0104-5970-hcsm-2014005000025.pdf>>. Acesso em: 28 de ago. 2016.

MAURICIO, L. V. Literatura e representações da escola de horário integral. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 40-56, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n27/n27a03>> Acesso em: 30 nov 2015.

MAEYAMA, M. A. et al. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Bras. Tecnologias Sociais**. v.2, n.2, p. 129-143, 2015. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/viewFile/9224/5130>> Acesso em: 13 abr. 2017.

MENEZES, E. T.; SANTOS, T. H. Verbete temas transversais. **Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrazil**. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/temas-transversais/>>. Acesso em: 17 de nov. 2018.

MIGNOT, A. C. V. CIEP – Centro Integrado de Educação Pública: Alternativa para a qualidade de ensino ou nova investida do populismo na educação? **Em Aberto**, Brasília: INEP, v. 8, n. 44, p. 44-63, 1989. Disponível em: <<http://rbep.inep.gov.br/index.php/%20emaberto/%20article/viewFile/1759/1730>> Acesso em: 27 set 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro- São Paulo, ABRASCO-HUCITEC, 1992.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais. **Decreto 45.849, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Educação. Minas Gerais, Belo Horizonte, 27 dez. 2011. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=Dec&num=45849&ano=2011>> Acesso em: 30 mar 2018.

_____. Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais. **A Educação Integral e Integrada no Ensino Fundamental de Minas Gerais**: Documento orientador das ações pedagógicas da Educação Integral e Integrada de Minas Gerais no Ensino Fundamental (Anos Iniciais e Finais), SEE/MG, 2018.

MODESTO, A. A. D. et al . Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 251-262, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100251&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Mar. 2018.

MONTEIRO, P. H. N.; BIZZO, N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 2, p. 411-428, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n2/0104-5970-hcsm-2014005000028.pdf>>. Acesso em 09 Jan. 2018.

NAHAS, M. V. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4ª ed. Editora Mediograf, Londrina, 2006.

NAMURA, M. R. Por que Vygotski se centra no sentido: uma breve incursão pela história do sentido na psicologia. **Psicol. Educ.**, São Paulo, n. 19, p. 91-117. 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n19/n19a06.pdf>>. Acesso em: 16 out 2018.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Editora Vozes; Petrópolis, 2002, p. 51-66.

NIETZSCHE, F. **Obras Incompletas**. (Os Pensadores). 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

_____. **A Gaia Ciência**. Tradução: Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2001.

NOVAES, R. Juventude, drogas e democracia: relações delicadas. In: Dossiê Juventude e Drogas. **Revista Juventude.br**. Ano 5, dez./2010. Centro de Estudos e Memória da Juventude – CEMJ, 2011.

NÓVOA, A. **História da educação**: perspectivas atuais. São Paulo: Faculdade de Educação da USP, 1994 (mimeo).

OLIVEIRA, M. K. **Vygostky**: Aprendizado e Desenvolvimento: um processo sócio-histórico. (Coleção pensamento e ação na sala de aula).5ª ed. São Paulo: Scipione, 2010.

OLIVEIRA, V. J. M.; MARTINS, I. R.; BRACHT, V. Projetos e práticas em educação para a saúde na educação física escolar: possibilidades!. **Rev. educ. fis. UEM**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 243-255, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832015000200243> Acesso em: 23 out 2018.

OLIVEIRA, W.A.et al. Causas de bullying: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Lat Am Enfermagem**.v.23, n. 2, p. 275-282, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-0022-2552.pdf> Acesso em: 18 nov 2017.

ONRUBIA, J. Ensinar: criar zonas de desenvolvimento proximal e nelas intervir. In: C. Coll (Org.), **O construtivismo na sala de aula**, p.123-151. São Paulo: Ática, 1996.

OPAS - Organización Mundial de la Salud. "**Promocion y educacion de la salud escolar, una perspectiva integral**: marco conceptual y operativo". Washington: 1995.

_____, "**Escuelas promotoras de la salud**. Entornos saludables y major salud para las generaciones futuras".Washington, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <https://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>. Acesso em: 25/04/2019.

PALAFOX, G. H. M; TERRA, D. V.; PIROLO, A. L. Educação Física: uma abordagem histórico-cultural de educação. **Rev.edu. Fis.UEM**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 03-09, 2015.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Promotion of Sexual Health**: Recommendations for Action. Guatemala: PAHO; WHO, 2000.

PARENTE, C. M. D. Programa Mais Educação e modelos de educação em tempo integral. **Cadernos de Educação**, Pelotas, n. 54, p. 152-169, 2016.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods** (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage. 1990.

PELICIONI, M. C. F. **Educação em saúde e educação ambiental**: estratégias de construção da escola promotora da saúde. 2000. Tese (Livre – Docência) São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. **Educação e Promoção da Saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2015.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Oral and hand hygiene behaviour and risk factors among in-school adolescents in four southeast asian countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel: Multidisciplinary Digital Publishing Institute - MDPI, v. 11, n. 3, p. 2780-2792, 2014. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/1660-4601/11/3/2780/htm>>. Acesso em: 10 Mar. 2018.

PERRENOUD, P. **Ofício de aluno e sentido do trabalho escolar**. Porto: Porto Editora, 1995.

PIMENTEL, A. A ludicidade na educação infantil: uma abordagem histórico-cultural. **Psicol. educ.**, São Paulo, n. 26, p. 109-133, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752008000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2018.

PINO, A. Escola e a Cidadania: apropriação do conhecimento e exercício da cidadania. In: Severino, A. J. et al. **Sociedade Civil e Educação**. Campinas, SP: Papirus: Cedes, São Paulo: Ande: Anped, 1992, p. 15-25.

PINSONNEAULT, A. KRAEMER, K. L. Survey research methodology in management information systems: An assessment. **Journal of Management Information Systems**, v. 10, n. 2, p. 75-105, 1993. Disponível em: <http://borders.arizona.edu/classes/mis696a/resources/readings/PinsonneaultKraemer-1993-JMIS-SurveyResearchMethodologyInMIS_AnAssessment.pdf> Acesso em: 15 mai 2017.

PINTO, R. O. et al. Validação de instrumento desenvolvido para avaliação da promoção de saúde na escola. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 01-11, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050005855.pdf>. Acesso em 03 de Jan. 2018.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

RANÑA, W. Infância e adolescência – enfoque psicodinâmico. In: FRÁGUAS, R. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas** – depressões secundárias. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 401-405.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**, Petrópolis: Vozes, 2012.

RODGERS, B. L Concept analysis: an evolutionary view. 1. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2ª ed. USA: WB. Saunders; 2000.

RODRIGUES, I. O.et al . Sinais preditores de depressão em escolares com transtorno de aprendizagem. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 864-875, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n4/1982-0216-rcefac-18-04-00864.pdf>> Acesso em: 26 jan 2019.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

_____. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, K.F.; BÓGUS, C.M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.** v.17, n. 3,p. 123-133. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n3/12.pdf>> Acesso em: 13 jul 2018.

SANTOS, T. T.; MEIRELLES, R. M. S. Educação em Saúde como um processo sociocultural e histórico: diálogos com a Teoria de Vygotsky. In: XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – **Anais do XI ENPEC** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <<http://www.abrapecnet.org.br/enpec/xi-enpec/anais/resumos/R1951-1.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

SANTOS, V. M. N.; JACOBI, P. R. Formação de professores e cidadania: projetos escolares no estudo do ambiente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.37, n.2, p.263-278, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v37n2/v37n2a04.pdf>> Acesso em: 30 set 2018.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 11. ed. rev. Campinas: Autores Associados, 2011.

SCARPINI, N. A. M. **Promoção da saúde na escola: o olhar de professores da educação básica sobre licenciandos de enfermagem em ação**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SCHALL, V. T. Educação em Saúde no contexto brasileiro - Influências sócio-históricas tendências atuais. **Educação em Foco**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.41-58, 2005.

SCHMITZ, B. A. S.et al . A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. s312-s322, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov. 2018.

SCLIAIR, M. **Do Mágico ao Social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002.

_____. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em: 10 abr 2018.

SIGERIST, H. E. **The University at the Crossroads**: Addresses and Essays. Nova Iorque, Henry Schuman, 1946.

SILVA, A. M. **O corpo do mundo**: reflexões acerca da expectativa de corpo na modernidade. 1999. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2539-2550, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>> Acesso em: 28 mai 2018.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em Saúde e suas Práticas ao longo da História Brasileira. In: PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2015. cap.1, p.03-22.

SILVA, C. S. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar. In: HARADA J. et al. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde** [online]. 2003, p. 14-20. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cadernosbpfinal.pdf>

Acesso em: 17 Dez 2017.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referências teóricas sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016.

SILVA, N. J. A. Urbanização e saúde escolar no município do Rio de Janeiro. In: BINSZTOK, J.; BENATHAR, L.(org). **Regionalização e urbanização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979, p. 101-130.

SMITH, R. D. Promoting the health of people with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia. **Journal Oxford**, Oxford, v. 15, n. 1, p. 79-86, 2000.

SNOW, J. **Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1990.

SOARES, C. L. **Educação física**: raízes europeias e Brasil. Campinas: Autores Associados. 1994.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIAO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2017, vol. 22, n.6, p.1781-1790. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1781.pdf>> Acesso em 25 out. 2018.

SOUZA, A. M. et al . Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, supl. 1, p.190-199, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2018.

SOUZA E. A, et al. Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p.1459-1471, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/02.pdf>> Acesso em: 18 out 2018.

SOUZA, G. A. A metodologia de projetos e a teoria da atividade sócio-histórico cultural (tashc): criando ZPD's e desenvolvendo agência relacional na busca de um ensino complexo. Vocábulo: **Revista de Letras e Linguagens Midiáticas**, Ribeirão Preto, v.12, 2016. Disponível em: <http://www2.baraodemaui.br/comunicacao/publicacoes/vocabulo/pdf/11/11_metodologia_de_projetos_11.pdf> Acesso em: 12 out. 2018.

SOUZA L. M. et al. Saúde Bucal no Âmbito Escolar e Familiar: da Autonomia à Transformação Social. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, vol.39, n.3, p.426-432, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0426.pdf>> Acesso em: 12 out 2018.

SOUZA, M. R. et al . Juventude e drogas: uma intervenção sob a perspectiva da Psicologia Social. **Pesqui. prát. psicossociais**, São João del-Rei , v. 10, n. 1, p. 66-78, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 mar. 2018.

SOUZA, R. F. **História da organização do trabalho escolar e do currículo no século XX** (ensino primário e secundário no Brasil). São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, A. Centro Educacional Carneiro Ribeiro. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 73, p. 78-84, 1959. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me001669.pdf>> Acesso em: 12 mar 2017.

VAGO, T. M. **Cultura escolar, cultivo de corpos**: educação física e gymnastica como práticas constitutivas dos corpos de crianças no ensino público primário de Belo Horizonte (1906- 1920). 1999. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

VALLE, D. Sem bala mágica: cidadania e participação social no controle de *Aedes aegypti*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 3, p. 629-632, 2016 .

Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300629&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2018.

VAN DER VEER, R.; VALSINER, J. **Vygotsky**: uma síntese. 4ª ed. São Paulo: Loyola, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

VIGOTSKI, L. S. **A Formação Social da Mente**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e linguagem**. Tradução Paulo Bezerra. 1ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. LURIA, A. R. LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 14. ed. São Paulo: Ícone, 2016.

VYGOTSKI. L. S. **Obras Escogidas**. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Tomo III. v. 3. Madrid: Visor; Ministério de Educación y Ciencia, p.11-340, 1995.

WHESTPHAL, M. F. et al. A Promoción de Salud em Brasil. In: ARROYO, H.V. **La promoción de la salud em América Latina**: modelos estructuras y vision crítica, 1ª ed. Universidad de Puerto Rico San Juan (Puerto Rico), 2004.

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. **Science**, v.51, n.1306, p. 22-33, 1920. Disponível em: <<http://science.sciencemag.org/content/51/1306/23>> Acesso em: 10 mar 2017.

WOLKE, D.; LEREYA, S. T. Long-term effects of bullying. **Archives of Disease in Childhood**, London: BMJ: Royal College of Pediatrics and Child Health - RCPCH, v. 100, n. 9, p. 879-885, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The 6th Global Conference on Health Promotion**. Bangkok. WHO, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf>. Acesso em 20 mai. 2016.

_____. **Population-based approaches to childhood obesity prevention**. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/approaches/en/>> Acesso em: 8 fev 2018.

_____. **Growing up unequal**: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization - WHO, Regional Office for Europe, 2016. 276 p. (Health policy for children and adolescents, n. 7). Disponível em:

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 de mar. 2018.

YOUNG, I.; LEGER, L.; S. BLANCHARD, C. Monitoring and assessing progress in health promoting schools: issues for Policy makers to consider. **IUHPE**, 2012. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPS_Issues4PolicyMakers2Consider_EN.pdf> Acesso em 30 de set. 2015.

ZABALA, A. **A prática educativa**: como ensinar / Antoni Zabala; trad. Ernani F. da F. Rosa - Porto Alegre : Artmed,. 1998.

ZANELLA, A. V. et al. Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 25-33, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n2/a04v19n2.pdf>> Acesso em: 12jan 2016.

ZANETTA DE LIMA G, TURINI, B. Exame médico periódico para educação física: vale a pena? **Caderno Cedes**; v. 15, p. 62-70, 1985.

APÊNDICE A - Questionário de caracterização de ações de promoção da saúde na escola

O questionário a seguir deve ser respondido, preferencialmente, pelo gestor pedagógico ou por outro profissional da escola responsável pela elaboração e/ou acompanhamento das atividades ligadas à temática promoção/educação em saúde. Você deve escolher apenas a opção que mais se aproxima da realidade vivenciada pela escola.

Caracterização da escola

Quantidade de alunos atendidos: _____

Turnos de Funcionamento da escola:

- ☐ matutino
- ☐ vespertino
- ☐ noturno

Ciclos atendidos:

- ☐ 1º ao 5º ano do Ens. Fundamental
- ☐ 6º ao 9º ano do Ens. Fundamental
- ☐ 1º ao 3º ano do Ens. Médio
- ☐ Outro: _____

Caracterização da estrutura física da escola

A rede física da escola (mobília, salas, espaços de convivência, refeitório, banheiros) contribui para o bem-estar e saúde dos alunos?

- ☐ sim
- ☐ não

O que poderia ser melhorado em relação à estrutura física da escola que pode impactar positivamente a saúde dos alunos?

A escola possui as condições necessárias de acessibilidade a pessoas com necessidades especiais?

- ☐ sim
- ☐ não

Em sua opinião, qual melhoria pode ser realizada na estrutura física da escola de forma a atender plenamente as pessoas com necessidades especiais?

Em relação ao espaço para a prática de atividade física:

- ☐ A escola não possui quadra esportiva.
- ☐ A escola possui quadra esportiva sem cobertura.
- ☐ A escola possui quadra esportiva coberta.
- ☐ Outro.

Qual: _____

Conceituação de saúde no ambiente escolar

A gestão da escola ao idealizar ações e atividades de promoção/educação em saúde, compreende o termo saúde como:

- ☐ ausência de enfermidades
- ☐ resultado de um processo de transformação coletiva de vários fatores determinantes que impactam a vida do indivíduo e comunidade.
- ☐ Um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Caracterização das ações pedagógicas em saúde

Sua escola desenvolve projetos voltados à promoção/educação em saúde?

- ☐ sim
- ☐ não

Em caso afirmativo, quais são os projetos atuais ou que já foram desenvolvidos em relação à promoção/educação em saúde?

Em relação aos profissionais que participam da elaboração e execução dos projetos, marque a alternativa que melhor se adequa à sua realidade:

- ☐ A escola conta com apoio somente do corpo docente da própria escola para elaboração e execução dos projetos de promoção/educação em saúde.
- ☐ Os projetos são elaborados e executados de maneira intersetorial, envolvendo profissionais da escola e do setor saúde.

() Os profissionais da saúde são os principais responsáveis pela elaboração e execução dos respectivos projetos, realizando atividades pontuais junto aos alunos.

Os projetos são idealizados com foco no seguinte público-alvo:

- () Somente os alunos da escola.
- () Alunos e profissionais da escola.
- () Toda comunidade escolar (alunos, profissionais, família)

Com base nas ações que buscam promover aprendizagens relacionadas à saúde que são desenvolvidas em sua escola, marque o modelo que mais se aproxima de sua realidade:

- () As ações envolvem questões vinculadas a temas específicos, em função de campanhas relacionadas ao setor saúde (saúde bucal, vacinação, prevenção de acidentes, combate às drogas, dengue, entre outras).
- () Ações de saúde desenvolvidas na escola através de programas intersetoriais (saúde e educação) com caráter mais processual e contínuo.
- () Incorporação da saúde como objeto de trabalho escolar, realizada a partir da definição de objetivos e conteúdos que devem ser desenvolvidos tanto por disciplinas específicas quanto transversalmente ao currículo escolar.

A escola conhece o Programa Saúde na Escola (PSE)? () sim () não

Participa ou já participou do PSE? () sim () não

Em caso afirmativo, cite as ações específicas que foram realizadas através do PSE:

A escola conhece o Programa Mais Educação? () sim () não

Participa ou já participou do Programa Mais Educação? () sim () não

Tem ou já teve conhecimento da existência do macrocampo específico de “Promoção da Saúde” dentro do Programa Mais Educação? () sim () não

A Escola realiza ou já realizou algum tipo de ação específica relacionada ao macrocampo “Promoção da Saúde”? () sim () não

Em caso afirmativo, cite as ações específicas que foram realizadas através do Programa Mais Educação:

* Elaborado e adaptado de (BRASIL, 2002a, 2002b; IPPOLITO-SHEPERD, 2002, 2006; BRASIL, 2007a; MONTEIRO; BIZZO, 2015; PINTO, 2016).

APÊNDICE B – Roteiro norteador da entrevista em escolas com ações de promoção da saúde

Dados gerais do entrevistado:

Idade:

Formação:

Tempo de atuação na escola:

Função na escola e relação com a promoção da saúde:

1 – Qual sua função na escola?

2- Qual a relação entre sua função e os projetos ligados à saúde desenvolvidos na escola?

3 – A estruturação dos projetos escolares desenvolvidos na escola busca trabalhar as necessidades dos alunos e da comunidade escolar? Em caso afirmativo, quais necessidades já foram identificadas e quais ações foram desenvolvidas?

4–Em sua opinião, como pode ser definido o conceito de saúde?

5 – O que você entende por promoção da saúde?

6 – Em sua opinião qual a relação entre a saúde dos alunos e a escola?

7 – Você acredita que a escola é capaz de contribuir para a melhoria da condição de saúde de seus alunos? Se sim, como?

8 - Sua escola tem desenvolvido ações de promoção da saúde?(Em caso afirmativo siga as demais perguntas e em caso negativo pule para a pergunta 14)

9– Quais são os temas relacionados à promoção da saúde que são desenvolvidos na escola?

10 - Como estes temas são desenvolvidos?

11 - A quem se destina?

12 – Quais profissionais são envolvidos na elaboração e execução dessas atividades de promoção da saúde na escola?

13 - Quais critérios são utilizados para definir as ações em promoção da saúde que são trabalhadas na escola?

14 – Os profissionais de saúde participam das ações desenvolvidas na escola? Como?

15 – As relações sociais entre os membros da comunidade escolar (alunos, professores, funcionários, pais de alunos, gestores) têm contribuído para uma

melhoria na condição de saúde dos envolvidos? Se sim, como? Em caso negativo, por quê?

16 - Existe algum tema em sua opinião, que NÃO é trabalhado na escola e que deveria ser trabalhado, pois poderia contribuir para a condição de saúde dos alunos?

17 - Em sua opinião como este tema poderia ser trabalhado na escola?

18 - Quais barreiras você acredita que devam ser superadas para um melhor desenvolvimento do tema saúde junto à comunidade escolar (alunos, pais, professores, funcionários)?

19 – Em sua opinião, qual a importância de se desenvolver a promoção da saúde junto à comunidade escolar?

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 131/2017, de 12.06.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 228ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de junho de 2017.

Protocolo CAAE: 67139617.4.0000.5393

Projeto: A Prática de Promoção da Saúde em Escolas Estaduais de Minas Gerais: Avanços e Desafios

Pesquisadores: Carlos Henrique de Freitas Lima

Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B 1 – Autorização da Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Ofício SEE/SB nº 048/2017

Belo Horizonte, 07 de março de 2017.

Senhor Superintendente,

A Subsecretaria de Desenvolvimento de Educação Básica encaminha Termo de Autorização para: Carlos Henrique de Freitas Lima, realizar o Projeto de Pesquisa: "A Prática da Promoção da Saúde em Escolas Estaduais de Minas Gerais: Avanços e Desafios", a ser realizado em escolas da jurisdição dessa Superintendência Regional de Ensino.

Ressaltamos que as escolas pretendidas deverão ser avisadas com dois dias úteis de antecedência.

Augusta Aparecida Neves de Mendonça
Subsecretária de Desenvolvimento da Educação Básica

Augusta Aparecida Neves de Mendonça
Subsecretária de Desenvolvimento de
Educação Básica/SEE-MG
MAGP-1121/1534

Ilmo. Senhor
Ricardo Medeiros Teixeira
Diretor da Superintendência Regional de Ensino de Passos

Prédio Minas - Rodovia Papa João Paulo II, 4143 - 10º e 11º andar
Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves
Bairro Serra Verde - Belo Horizonte / MG
CEP - 31630-900

ANEXO B 2 – Autorização da Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

INTERESSADO: Carlos Henrique de Freitas Lima

A Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica - SEE /MG, após análise do projeto proposto pelo supracitado, é de parecer favorável à realização do Projeto: " A Prática de promoção de Saúde em Escolas Estaduais de Minas Gerais: Avanços e Desafios" a ser realizado em escolas dessa jurisdição.

Ressaltamos que os procedimentos de aplicação da atividade proposta deverá obedecer, criteriosamente, às orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos e que, em nenhuma hipótese, poderão interferir no desenvolvimento das atividades pedagógicas das escolas e no cumprimento de seu Calendário Escolar.

Ressaltamos ainda, que a identidade das pessoas envolvidas deverá ser mantida em sigilo e que a instituição e os participantes não terão ônus com a pesquisa.

Belo Horizonte, 07 de março de 2017.

Augusta Aparecida Neves de Mendonça

Augusta Aparecida Neves de Mendonça
Subsecretaria de Desenvolvimento da
Educação Básica/SEE-MG
MSP 1121 733-4

Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica/SEE-MG