

LÔIDE SELES MARQUES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A MUDANÇA DE HÁBITOS DE
ALUNOS DE UMA ESCOLA DO ENSINO FUNDAMENTAL
ATRAVÉS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Orientadora: Prof.^a Doutora Alcina Manuela de Oliveira Martins

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração
Instituto de Educação
Lisboa
2021**

LÔIDE SELES MARQUES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A MUDANÇA DE HÁBITOS DE
ALUNOS DE UMA ESCOLA DO ENSINO FUNDAMENTAL
ATRAVÉS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre no Curso de Mestrado em Ciências da Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, perante o júri, com o Despacho de Nomeação nº 282/2021, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Carla Galego

Arguente: Prof.^a Doutora Sandra Queiroz

Orientadora: Prof.^a Doutora Alcina Manuela de Oliveira
Martins

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Instituto de Educação

Lisboa

2021

Promover saúde é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados pela ciência e pelas tradições culturais locais e universais.

Brasil (2002,p.535)

Dedico este trabalho a meu esposo Erivan da Silva Marques, pelo apoio e compreensão, a prof. Ana Joaquina, uma amiga querida que esteve presente em toda etapa desse processo e à enfermeira Lúcia Cardelli, que contribuiu para minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido mais essa vitória em minha vida.

À Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, em Portugal, e aos respectivos coordenadores, pela organização e concretização do curso de Mestrado, dando suporte acadêmico e incentivando os seus alunos a desenvolver um bom trabalho científico.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Nazaré Castro Trigo Coimbra, que me guiou na realização do trabalho, a minha gratidão pela paciência e disponibilidade.

À co orientadora, Professora Doutora Alcina Manuela

Aos professores e colegas do curso, pela motivação para concluir este percurso.

À minha mãe, Maria de Lourdes, que me ensinou a não desistir nunca, e que tudo é possível quando se crê.

A meu esposo, filhos e familiares, que acreditaram e sempre me apoiaram.

Aos meus amigos, que sempre me deram força e me incentivaram, a quem agradeço a amizade e o carinho que sempre tiveram por mim.

Por último, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para essa conquista. Meu muito obrigado para sempre, de todo o meu coração.

RESUMO

O estudo que se apresenta tem por objetivo analisar de que forma as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), envolvendo a Escola e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem originar a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis, de alunos dos anos finais do Ensino Fundamental, de uma Escola municipal de Porto Seguro. A pesquisa teve como ponto de partida uma revisão bibliográfica, respeitando o tema selecionado, tendo sido aplicada uma metodologia mista. Na vertente quantitativa, a pesquisa focaliza a aplicação e análise de um inquérito por questionário, a alunos concluintes do Ensino Fundamental. Na vertente qualitativa, foi concretizado e analisado um inquérito por entrevista à Diretora da Escola e à Enfermeira responsável pela ESF. Os resultados comprovam que nem sempre foi realizado um planejamento atempado, nem houve um diálogo construtivo entre os profissionais de Saúde, a Escola e a Família. Contudo, as percepções da Diretora, da Enfermeira e dos alunos convergem, quanto à relevância do PSE na Escola e à importância do trabalho intersetorial, transversal às áreas curriculares. Neste entendimento, conclui-se que as ações desenvolvidas podem contribuir para a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis pelos alunos, se forem planejadas em trabalho colaborativo entre os profissionais de Saúde e da Educação, em ligação e diálogo com a Família, num processo de consciencialização individual e coletivo. Por último, é essencial mais investimento na formação de professores, na área da Saúde, para que estes reforcem a sua contribuição nesta área prioritária no Brasil, de grande relevância na mudança para hábitos saudáveis e mais qualidade de vida dos alunos.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Programa Saúde na Escola; Estratégia de Saúde da Família; Ensino Fundamental.

ABSTRACT

This study main goal is the analysis of the ways in which the actions taken into effect by the “Program Health in School” (ProgramaSaúdena Escola – PSE), involving the school and the “Strategy of Family Health” (Estratégia de Saúde da Família – ESF), may give origin to behavior change and lead to the adoption of healthy habits by middle school students at a public school in Porto Seguro. The research began with a bibliographical review concerning the subject under study and applied a mixed methods design. In the quantitative aspect, the research focus on the administration and analysis of a questionnaire to students in the last year of middle school. In the qualitative aspect, the researchers interviewed the school principal and the nurse responsible for ESF and then analyzed the data collected. The outcome of the research shows that at times timely planning did not occur, nor did a constructive dialogue between health professionals, the school and the families. Notwithstanding, the principal, the nurse and the students all share the same view as for the relevance of PSE in the school and the importance of group work, in addition to the regular curriculum. Therefore, we come to the conclusion that the actions taken may contribute to behavior change and the adoption of healthy habits by the students if planned to include collaborative work between health and education professionals, as well as the involvement of the families and constant dialogue with them, bringing about individual and collective awareness. Lastly, it is essential to invest more on the qualification of teachers in health education so they may also contribute to such a priority in Brazil and promote new habits and better quality of life among students.

Keywords: Health Education; Program Health in School; Strategy of Family Health; Elementary and Middle School.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CIEP	Centros Integrados de Educação Pública Estadual
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCNEM	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio
ESF	Estratégia Saúde da Família
EEPS	Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde
EPS	Educação para a saúde
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Informação Educação e Comunicação
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
pp.	Páginas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNH	Política Nacional de Humanização
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

Sumário

INTRODUÇÃO.....	11
Metodologia.....	13
Organização do Estudo	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Gênese Das Políticas De Educação Em Saúde	17
1.2. O Conceito Educação Em Saúde.	20
1.2.1 Conceitos Integrados de Educação para a Saúde.	22
1.2.2 Promoção da Saúde e Educação para a saúde.....	24
1.2.3 Determinantes da Saúde.	25
1.2.4 Percepção de Riscos e Comportamentos de Saúde.....	25
1.3 Teorias e Modelos de Educação em Saúde.....	26
1.3.1 A Aprendizagem: Individual e Coletiva e os processos de mudança.	27
1.3.2 Teorias de Educação A Aplicar em Educação para a Saúde	27
1.3.3 Teoria Behaviorista Operante (skinner).....	27
1.3.4 Teoria Construtivista (J. Bruner).....	27
1.3.5 Teoria da Aprendizagem Significativa (D. Ausubel).	28
1.3.6 Teoria da Aprendizagem Social de Bandura.	28
1.4. Mudança de comportamentos em saúde: teorias e modelos.	29
1.4.1 Modelo de Crenças de Saúde.....	29
1.4.2 Teoria da Motivação Protetora.	30
1.4.3 Teoria da Ação Planeada.	30
1.4.5 Teoria Social Cognitiva.	31
1.5. Motivação e Comportamento: Teoria da Autodeterminação.....	31
1.5. Perspectiva crítica dos modelos da psicologia da saúde e sua aplicabilidade.....	32

1.6 A Estratégia De Saúde Da Família.....	35
1.6.1 Funções dos profissionais de Saúde da Família	37
1.6.2 O agente comunitário de Saúde (ACS).....	39
1.6.3 Ação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	40
CAPÍTULO 2 – O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO ENSINO FUNDAMENTAL	42
2.1. A Escola Pública E A Promoção Da Saúde	43
2.2. Políticas Intersetoriais E O Programa Saúde Na Escola	46
2.2.1. A saúde no currículo do Ensino Fundamental	49
2.2.2. Transversalidade curricular da Educação em Saúde.....	50
2.2.3. O Programa Saúde na Escola no Ensino Fundamental	52
2.3. Intervenção Educativa Em Saúde E Pedagogia Da Problemática.....	54
2.4. A Formação Dos Professores Em Educação Em Saúde.....	56
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	61
3.1. Tipificação Metodológica.....	63
3.1.1. Problemática	64
3.1.2. Pergunta de Partida	65
3.1.3. Objetivos do Estudo	65
3.2. Opções E Estratégia Metodológica.....	65
3.3. Fontes E Instrumentos De Recolha De Dados.....	67
3.4. Contextualização Do Estudo.....	68
3.5. Sujeitos Participantes.....	69
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	70
4.1. Análise Das Entrevistas Sobre O Programa Saúde Na Escola.....	71
4.1.1. Identificação das entrevistadas.....	71
4.2. Inquérito Por Questionário Aos Alunos.....	88
4.2.1. Caracterização dos alunos	88
4.2.1. Percepções dos alunos sobre o Programa Saúde na Escola (PSE).....	90
CONCLUSÕES	99
Considerações Gerais.....	VIII

Limitações e Potencialidades do estudo	101
Percursos futuros	101
BIBLIOGRAFIA	103
APÊNDICES	I
APÊNDICE 1. GUIÃO DE INQUÉRITO POR ENTREVISTA	II
APÊNDICE 2. INQUÉRITO POR ENTREVISTA À DIRETORA SOBRE O PSE.....	III
APÊNDICE 3. INQUÉRITO POR ENTREVISTA À ENFERMEIRA SOBRE O PSE	VIII
APÊNDICE 4. INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO AOS ALUNOS	XIII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Identificação das entrevistadas	58
Tabela 2 - O Programa Saúde na Escola durante o ano letivo de 2017	59
Tabela 3 - Concretização e avaliação das ações do PSE	62
Tabela 4 - Prevenção, atuação e formação no âmbito do PSE	64
Tabela 5 - Envolvimento das famílias no PSE.....	67
Tabela 6 - O Programa Saúde na Escola no futuro	71
Tabela 7 – Sexo dos alunos.....	75
Tabela 8 – Idade dos alunos.....	76
Tabela 9 – Participação em ações do (PSE)	77
Tabela 10 - Importância da avaliação oftalmológica.....	78
Tabela 11 – Promoção de hábitos saudáveis através de ações de higiene bucal na escola	79
Tabela 12 - Manter as vacinas atualizadas para uma vida mais saudável.....	80
Tabela 13 - Frequência de palestras na escola sobre doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool	81
Tabela 14 - Benefício da atividade física para melhoria da saúde e qualidade de vida.....	82
Tabela 15 - Promoção da alimentação saudável através da merenda escolar	83
Tabela 16 - Contribuição da Unidade de Saúde com atividades na escola	84
Tabela 17 - Avaliação das atividades anuais de Educação em Saúde.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo dos alunos	75
Gráfico 2 – Idade dos alunos	76
Gráfico 3 – Participação em Ações do (PSE)	77
Gráfico 4 – Importância da avaliação oftalmológica.....	78
Gráfico 5 – Promoção de hábitos saudáveis através de ações de higiene bucal na escola .	79
Gráfico 6 – Manter as vacinas atualizadas para uma vida mais saudável	80
Gráfico 7 – Frequência de palestras na escola sobre doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool	81
Gráfico 8 – Benefício da atividade física para melhoria da saúde e qualidade de vida	82
Gráfico 9 – Promoção da alimentação saudável através da merenda escolar	83
Gráfico 10 - Contribuição da Unidade de Saúde com atividades na escola.....	84
Gráfico 11 - Avaliação das atividades anuais de Educação em Saúde	85

INTRODUÇÃO

“A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender.”

Pereira (2003, p. 1528)

Na atualidade, a promoção da saúde, em contexto escolar, constitui uma das prioridades da política educativa, no Brasil, pela abrangência da rede de instituições de ensino e, sobretudo, pela oportunidade de formação para a saúde, de crianças e jovens, com os benefícios inerentes à prevenção da doença e mudança de comportamentos e hábitos. De facto, através de ação educativa realizada nas instituições escolares, é possível a consolidação de uma política intersectorial (Ferreira, Moysés, França, Carvalho & Moysés, 2014), tendo por finalidade a construção de uma nova cultura de saúde, individual e coletiva, que proporcione, a todos os cidadãos, mais educação para a saúde e mais qualidade de vida (Brasil, 2002; Schall, 2005).

A partir de 2007, através do Decreto nº 6286 (Brasil, 2007), foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), da responsabilidade conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, a partir de uma política intersetorial, tendo por finalidade a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população brasileira. A base desse programa concretiza-se na articulação entre PSE e rede básica de saúde. Pretende contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio da promoção da saúde e prevenção da doença, visando o enfrentamento da vulnerabilidade, que tanto compromete o desenvolvimento pleno das crianças e dos jovens (Santiago, Rodrigues, Oliveira & Moreira, 2012).

Desse modo, o êxito do programa só será possível a partir de ações intersetoriais e interdisciplinares, entre a Saúde e a Educação, consolidando uma parceria, na qual estas áreas cooperem, para atingir objetivos comuns (Gavidia, 2001; Zancul & Gomes, 2011). Como afirma, em epígrafe, Pereira (2003, p. 1528), há uma intersecção entre os campos da educação e da saúde, enquanto “espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento” e bem-estar humano. Para alcançar tal fim, é indispensável estabelecer a devida comunicação entre a Escola e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), para assegurar a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes.

Importa planejar e realizar um trabalho articulado entre educação e saúde, que permita aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social e educador, e que possibilite uma aproximação entre escola, família e comunidade, transformando a “informação científica em comportamento saudável” (Santiago et al., 2012, p.1028). Neste sentido, é essencial a formação de profissionais reflexivos, atualizados e atuantes (Schön, 2000), conjugando a atuação dos profissionais da Educação e da Saúde, em especial os (as) professores(as) e os enfermeiros(as), no contexto específico de cada instituição escolar (Gomes, 2009).

Diante do exposto, pretende-se analisar como as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) podem contribuir para a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis dos alunos, nos anos finais do Ensino Fundamental, de uma Escola Municipal de Porto Seguro, que teve sua adesão ao programa em junho de 2011. Em 2015 e 2016, mantiveram-se as escolas pactuadas, aguardando-se que o Ministério abra novas inscrições, contemplando mais escolas com o programa mencionado.

A escolha do tema decorre da minha atuação, como enfermeira da rede municipal de saúde, especialmente por observar a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no município, e de me inquietar diante do proposto pelo programa e dos indícios dos seus resultados. Em conformidade com as funções desempenhadas durante anos, interessou-me participar na promoção da saúde no meio estudantil, de maneira a contribuir para melhorar a qualidade de vida da população escolar. Ao longo dos anos, essa ação tem sido negligenciada pelo poder público e por muitos profissionais, como reconhecido pelas próprias entidades oficiais (Brasil, 2006; CNS, 2000).

A partir desta realidade, enquanto profissional e investigadora, senti a necessidade de pesquisar como a saúde e a educação podem conjugar-se, para que haja uma efetiva melhoria na qualidade de vida de crianças e jovens. A escolha de alunos do Ensino Fundamental, para a pesquisa a realizar, tem por base, não apenas a proximidade profissional, mas igualmente a importância de construir, desde cedo, com os alunos mais jovens, as bases para a vida de uma educação para a saúde.

Em acréscimo, é pertinente aprofundar um tema essencial na sociedade, a propósito do qual ainda não há divulgação científica suficiente. Na opinião de Santos, Teodoro e Queiroz (2016, p. 9), “a educação em saúde pode ser entendida como capaz de promover mudanças comportamentais e contribuir para o entendimento do processo saúde-doença, favorecendo uma melhoria da qualidade de vida das pessoas”. Contudo, após mapeamento da produção bibliográfica científica, no Brasil e em Portugal, sobre educação em saúde, no período compreendido entre 2000 e 2013, os mesmos autores concluem que há “inexistência de programas ou a eventual baixa produção científica que os relate, avalie ou divulgue, dificultando a difusão do conhecimento” (Ibidem).

Pelas razões supra, debruçei-me sobre essa temática, acreditando que, com este trabalho de pesquisa, poderei concretizar uma reflexão fundamentada, e contribuir, muito embora modestamente, para a construção de um novo olhar sobre a educação em saúde, no contexto específico de uma escola municipal, utilizando práticas pedagógicas alicerçada sem relações dialógicas e trabalho colaborativo, englobando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Saúde na Escola (PSE).

Metodologia

Atendendo ao explicitado anteriormente, formulou-se a **questão de partida**, centrada no problema a ser investigado, que direcionará a pesquisa:

Como podem as ações, desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), contribuir para a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis, de alunos do Ensino Fundamental, no contexto de uma Escola municipal?

Em concordância, definiu-se um **objetivo geral**:

Analisar de que forma as ações desenvolvidas pelo PSE, envolvendo a escola e a ESF, podem originar a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis de alunos dos anos finais do Ensino Fundamental, de uma Escola municipal de Porto Seguro.

Trata-se de um estudo com uma metodologia mista. Na vertente quantitativa, a pesquisa focaliza a aplicação e análise de um inquérito por questionário, a 50 alunos do Ensino Fundamental, do 8.º e 9.º anos. Na vertente qualitativa, há a acrescentar uma entrevista estruturada à enfermeira responsável pela ESF e à diretora responsável pelo PSE na escola, atendendo ao contexto de uma Escola do Município de Porto Seguro. Por último, e devido ao estudo ser focalizado num contexto específico, trata-se de um **estudo de caso**.

Organização do Estudo

O texto encontra-se estruturado em duas partes: a primeira tem a ver com o **enquadramento teórico** e a segunda é referente ao **estudo empírico**.

O primeiro capítulo, relativo ao enquadramento teórico, concernente à educação em saúde, apresenta a evolução das políticas governamentais e do conceito de saúde. A revisão da literatura abarca a transversalidade da saúde na escolaridade obrigatória e a atuação de equipes de Saúde multiprofissionais, na área de Saúde da Família, em especial quanto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

No segundo capítulo, e ainda quanto ao enquadramento teórico, é abordado o Programa Saúde na Escola no Ensino Fundamental, destacando a escola pública e a promoção da Saúde, bem como a transversalidade das políticas intersetoriais referentes à Saúde, no currículo da Educação Fundamental. Além disso, é analisada a intervenção educativa em Saúde, numa perspetiva de pedagogia da problematização. Por último, é abordada a formação dos professores em Educação em Saúde.

No terceiro capítulo, é apresentada e fundamentada a metodologia mista, usada na pesquisa empírica, conjugando a abordagem qualitativa com a quantitativa e respetivos instrumentos de recolha de dados, bem como o contexto do estudo e os sujeitos participantes.

No quarto capítulo, procedeu-se à apresentação e análise dos dados obtidos, relativamente ao inquérito por entrevista e ao inquérito por questionário.

Por último, foram elaboradas as conclusões, partindo dos resultados das duas vertentes do estudo, efetuado em contexto escolar.

É ainda de referir que o texto cumpre as normas da *American Psychological Association* (APA) e se encontra escrito em Português Europeu (PE). Quanto às citações de autores estrangeiros, as mesmas foram traduzidas.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste primeiro capítulo será feito o enquadramento teórico, relativamente à Educação em Saúde, partindo da génese das políticas governamentais e da evolução do conceito de saúde, perspetivando a transversalidade da educação para a saúde na escola pública e privilegiando a relação entre escola, família e comunidade. Assim sendo, serão objeto de fundamentação e análise, com recurso a diversos documentos legislativos e autores, a estratégia da saúde da família, as funções dos profissionais que atuam em equipes multiprofissionais, na área de Saúde da Família, com destaque para o agente comunitário de saúde (ACS), e ainda a ação desenvolvida pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

1.1. Génese Das Políticas De Educação Em Saúde

No Brasil, até ao final do século XIX, e início do século XX, as políticas de Saúde eram desenvolvidas em convergência com as conveniências económicas e políticas atuantes nacionais, ao ponto de o governo instituir os militares como agentes educadores. Naquela época, a polícia sanitária tinha a função de controlar e fiscalizar a população. As ações desenvolvidas eram limitadas à utilização da propaganda, por meio de panfletos com conselhos para o povo, uma vez que o Estado acreditava que a falta de instrução da população era a causa da existência de doenças, que assolavam, especialmente, as grandes cidades. As campanhas sanitárias eram, assim, usadas como prevenção das doenças. No entanto, não acompanhavam as dimensões sociais e históricas do processo saúde/doença, como destacam Souza e Jacobina (2009).

A partir de uma apropriação do pensamento filosófico de John Dewey (1971), para a prática de educação em saúde, surge o pressuposto de que as características dos indivíduos são fundamentais para o desenvolvimento do processo educativo.

A educação sanitária, no Brasil, teve a sua reorganização orientada por dois brasileiros, que estudaram no primeiro Curso de Saúde Pública da Escola *John Hopkins*, nos Estados Unidos, país onde as campanhas sanitárias eram usadas como prevenção das doenças. Nesta época, reduz-se ao máximo o poder da polícia sanitária e é introduzida uma nova base, a Educação Sanitária (Carvalho, 2015).

Em continuação, a partir da década de 1940, com o fim do período de ditadura de Vargas, ampliaram-se as discussões, segundo uma nova concepção do processo saúde/doença, através de um movimento político populista. Tal permitiu o desenvolvimento de novas propostas de trabalhos em saúde, a exemplo da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), financiado pela *Fundação Rockefeller*, o qual introduziu novas

tecnologias educativas que, mais tarde, foram utilizadas em espaços como escolas e comunidades rurais (Idem).

Desta forma, a educação em saúde recebeu nova configuração, sendo que, à época, o público-alvo era a população urbana e rural de todas as idades. Nessa altura, os profissionais de saúde, junto com os agentes sanitários, responsabilizavam-se por ensinar as práticas de intervenção social, a fim de informar e planejar modos de modificar comportamentos e gerar mudanças culturais.

Nesta perspectiva, o papel do educador era o de um interventor, que desenvolvia atividades formativas, promovendo a educação de grupos e os trabalhos em equipe, incentivando a participação da comunidade, para suprir a carência do governo. As ações desenvolvidas neste âmbito continuaram até à década de 60 (Souza & Jacobina, 2009).

Em 1960, no enquadramento de um novo período da ditadura militar, houve evidência de resultados positivos no desenvolvimento econômico, mas isso não foi o suficiente para mudar as condições sub-humanas, em que vivia a maioria da população. Tal repercutiu-se na situação sanitária do país, devido ao aumento de doenças e ao modelo de assistência à saúde, que era médico-assistencial, hospitalocêntrico e privatista.

Com o fim da ditadura militar, em 1970, é iniciada a redemocratização do país. Essa mudança começa em grupos de profissionais, que se unem para intensificar a discussão, em busca de novos paradigmas, capazes de nortear os programas de saúde e educação, visando dar novas dimensões às políticas públicas do setor da saúde (Carvalho, 2015).

Ainda nesse período, concretizou-se a Declaração de Alma-Ata (1978), com uma representação de 134 países e 67 órgãos internacionais. Em conjunto, os participantes comprometeram-se a cumprir a meta de garantir saúde para todos, até o ano 2000, o que constituiu um grande desafio. Nessa conferência, discutiu-se a importância dos cuidados primários de saúde, esclarecendo as necessidades de ação de todos os governos e dos profissionais de saúde, envolvidos com o trabalho nos setores da saúde, na comunidade mundial, a fim de promover a saúde para todos os povos do mundo (Idem). Interessava implementar um projeto de medicina comunitária, com cuidados primários em saúde, direcionado para os serviços de saúde e as escolas. Nesse projeto, os agentes educadores integravam equipes de saúde multiprofissionais, cujos membros funcionavam como instrutores responsáveis por formar os estudantes para o autocuidado. As metodologias eram centralizadas no educador sanitário e nos profissionais de saúde, capacitando-os para informarem sobre o autocuidado, nas escolas e nas comunidades (Gomes, 2009).

A partir de 1971, tornaram-se obrigatórios os programas de educação em saúde, nos currículos de ensino, através da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB),

nº 5692/71 (Brasil, 1971), abordando a temática como uma finalidade educativa, a incluir no Projeto Político Pedagógico (PPP) anual das escolas (Oliveira & Prata, 2013).

Em 1980, surgiu o Programa Saúde na Escola (PSE), a partir da proposta do professor Darcy Ribeiro, seguindo-se a construção dos Centros Integrados de Educação Pública de Tempo Integral, para as turmas do atual Ensino Fundamental. Uma equipe de saúde passou a atuar junto do corpo docente, a fim de desenvolver ações educativas de saúde. Nessa época, o PSE constituía uma parceria, entre a Secretaria do Estado da Defesa Civil (SEDEC), a Secretaria de Saúde (SES) e a Secretaria de Educação (SEE), do Estado do Rio de Janeiro (Souza & Jacobina, 2009).

A partir dos anos 80, a Educação em Saúde ganhou uma nova amplitude, devido à VIII Conferência Nacional de Saúde e à consolidação da Constituição, em resultado das propostas da Reforma Sanitária de 1970, a qual, desde a sua concepção, almejava servir a democracia e a consolidação da cidadania. A reflexão e discussão suscitadas contribuíram para que fossem incorporadas várias mudanças, entre as quais se destaca a saúde, como um direito social e um dever do Estado (Silva, Meneghim, Pereira & Mialhe, 2010).

Em 1990, a fim de nortear, legitimar e normatizar o Sistema Único de Saúde (SUS), o Congresso Nacional decreta e o Presidente da República sanciona as Leis nº 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990), as quais dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, para além de indicação de outras providências. É a partir destas Leis que se dá início a uma nova estratégia, o Programa de Saúde da Família (PSF), uma política pública que visa cumprir, especificamente, os princípios e as diretrizes do SUS, dando consolidação ao mesmo (Vasconcelos & Pasche, 2008).

Em 2000, o Governo retomou o projeto das escolas de tempo integral e reativou os núcleos de saúde, dos Centros Integrados de Educação Pública Estadual (CIEP).

É importante referir, igualmente, a influência de novas diretrizes a nível mundial, emanadas da organização *World Health Organization* (WHO, 2003) que, para além de destacarem a educação para a saúde, referenciavam a necessidade de criação de ambientes de aprendizagem saudável e amigável, nas escolas. Desta maneira,

“No transcorrer do século XX, a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional, de lógica biomédica, para uma concepção ligada à promoção da saúde na escola (...) Apesar de as escolas não se sentirem responsáveis pela prática da saúde em seus ambientes, é inegável o seu papel em temas ligados à saúde” (Carvalho, 2015, p. 1210).

Assim, em 2007, o Governo instituiu, através do Decreto nº 6286, o **Programa Saúde na Escola** (PSE), em articulação com os Ministérios da Educação e da Saúde, visando contribuir para a formação integral do estudante, da rede pública de educação básica. Essa

formação tem por base ações intersetoriais, utilizando ferramentas de prevenção, promoção e atenção à saúde (Brasil, 2007).

Por sua vez, reconhecendo o espaço escolar como um espaço privilegiado, no que respeita as ações promotoras, preventivas e de educação em saúde, surge, em 2008, o Programa Mais Saúde, enquanto direito de todos, procurando cumprir os grandes objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS.

No período de 2008 a 2011, a partir das diretrizes e estratégias, organizadas num conjunto de ações, que contemplam 73 medidas e 165 metas, foi possível avançar na constituição de um sistema de saúde universal, consolidando “ações de promoção da saúde e da intersectorialidade” (Brasil, 2011, p.12). As estratégias a implementar assentam em ações intersectoriais, nos municípios e nas escolas, de forma a assegurar a implementação do PSE (Ferreira et al., 2014).

Atualmente, e à semelhança do que ocorre em currículos escolares de outros países, nomeadamente em Portugal (2006), e segundo um movimento à escala global (Who, 2001; 2003) emergiu, no Brasil, uma aposta estruturante na promoção da saúde, através da mobilização colaborativa e globalizante dos serviços de saúde, da escola e da família (Gomes, 2009), alicerçada na consciencialização de cada comunidade, numa perspectiva de prevenção e de mais qualidade de vida, acompanhando a evolução do conceito de saúde, a analisar no item que se segue.

1.2. O Conceito Educação Em Saúde.

A compreensão do conceito de educação em saúde implica a análise de alguns conceitos interrelacionados, concretamente de saúde e sistema de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948, p.1), na definição de **saúde**, explicitou tratar-se de “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças e enfermidades”. Nesta aceção, a saúde deixa de ser focada unicamente no indivíduo e passa a ser vista de forma holística, englobando a relação com a comunidade e o trabalho.

Assim, desde meados do século XX, o conceito de saúde sofreu algumas transformações, em relação com cada momento histórico vivenciado. Deste modo, na Declaração de Alma-Ata (1978), foi redefinido o conceito de saúde, adotado pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tal como consta no primeiro ponto da Declaração, que a seguir se transcreve.

“I) A Conferência enfatiza que a saúde, como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (Idem , s/p).

O espírito de Alma-Ata consolidou-se na Carta de Promoção da Saúde (1986), adotada em Ottawa, Canadá.

Essa Carta definiu a saúde pública, tendo por base a justiça social, a equidade e a mediação. A partir desta época, a promoção da saúde começou a ser francamente debatida e valorizada pelos governos (Martins, 2005). No início da Carta (1986, s/p) constava a intenção de “atingir Saúde para todos no ano 2000 e anos subsequentes (...)”, destacando que “a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”. Desta forma, foi afirmado que a “promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”.

Neste entendimento, o conceito de saúde, na opinião do médico e professor Moacyr Scliar (2007 p.30), reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, a “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Depende da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (Ibidem). Esta abrangência também se aplica às doenças, pois o que é considerado doença varia muito, “não é apenas ausência de saúde” (Bezerra, Alves, Machado, Zione & Martins, 2015). Para estes autores, as mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais, que se intensificaram nas últimas décadas, repercutem-se no processo saúde/doença, influenciando a prestação dos serviços de saúde e a qualidade devida das populações (Idem).

O conceito de saúde, adotado presentemente no Brasil, foi reafirmado no *Relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde* (CNS, 2000, pp. 109 -110):

“Os participantes da 11ª CNS consideram indispensável resgatar o conceito de saúde afirmado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que entende que “a Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (...)” e que o “direito à Saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da Saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional “reafirmando a necessidade de políticas públicas multisetoriais e de Modelos de Atenção que assegurem a universalidade, a integralidade e a equidade para garantir o direito à Saúde.”

De maneira a assegurar “a universalidade, a integralidade e a equidade” (Ibidem) no acesso à saúde, para todos os cidadãos brasileiros, foi necessária a implementação de um

sistema de saúde. No Brasil, mediada por interesses políticos e econômicos, a criação do **sistema de saúde** constituiu um processo demorado, atravessando vários governos, até à consolidação, na atualidade, de um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS). Os constrangimentos à fundação do SUS devem-se às resistências em sair de uma prática curativa e individual. No entanto, e apesar de ter sido difícil a sua implementação, as ações relativas à promoção da saúde são reconhecidas como de grande relevância, para alcançar a equidade de prevenção e assistência na doença, e, sobretudo, mais qualidade de vida da população (Idem).

No que concerne à educação em saúde, o Ministério da Saúde, no Brasil, apresenta, como definição, “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde” (Brasil, 1980, p.370). A educação em saúde revela-se, então, como uma atividade transversal, que sofre influências e modificações, almejando a melhoria da qualidade de vida do cidadão (Gavidia, 2001; Marinho, Silva & Ferreira, 2015).

A partir destas definições, a educação em saúde pode ser entendida como uma combinação de ações, que proporcionem a construção de um caminho intersetorial que responda, com eficácia, aos desafios atuais, relacionados com a saúde e o bem-estar dos indivíduos, em comunidade (Martins, 2005; Ferreira et al., 2014). Para o desenvolvimento de práticas relacionadas com a Educação em Saúde, e de forma a obter os resultados esperados, é necessário o envolvimento de três categorias prioritárias: profissionais de saúde, comprometidos e capacitados, gestores, preocupados com a saúde da população, e o envolvimento da população, atendida por unidades de Saúde.

1.2.1 Conceitos Integrados de Educação para a Saúde.

Educação em Saúde é um conceito generalizado onde se engloba a educação para a saúde (EPS) e o ensino de saúde.

Trata-se de uma prática dos profissionais de Saúde, principalmente dos enfermeiros. É uma área que cuida de Saúde e está em constantes mudanças, e que ultimamente tem maior atenção dos profissionais de saúde, na medida em que, a sociedade atual, os indivíduos iniciam a sua vivência de hábitos de vida prejudiciais a sua própria saúde desde muito cedo. Por outro lado, pretende-se, cada vez mais, que sejam os próprios indivíduos a assumirem a responsabilidade (autorresponsabilização) pela sua própria saúde.

O desenvolvimento da Educação em Saúde é uma contribuição de outras disciplinas, tais como a pedagogia, a psicologia, a sociologia, a biologia, a antropologia, a história, a

comunicação, o marketing, a medicina, a enfermagem, a epidemiologia e a estatística (Rodrigues et al, 2005 p. 46).

Durante décadas, a saúde foi contemplada e fundamentada num modelo biológico, hospitalocêntrico baseado na queixa/doença, tendo lugar apenas as intervenções curativas. Segundo o mesmo autor, o indivíduo não era observado como um todo era separado por partes e só era tratado a parte afetada ou a sintomatologia que se associava a uma determinada doença. A educação para saúde seguia uma linha concordante da mesma ideia, associando na transmissão de informações ou recomendações pautadas no poder técnico, despeitando a individualidade, e não levando em consideração o nível sócio econômico e cultural, o não envolvimento do indivíduo no processo educativo, tira o direito de participação e leva a um papel de “objeto”, apesar de se tratar de sua própria vida. (Idem).

No entanto, na atualidade, este processo está particularmente centrado no indivíduo como um todo, integrado num grupo/família/comunidade e é chamado a participar de pleno direito nesse mesmo processo, levando em consideração o seu saber e experiência de vida. Atualmente este processo está particularmente centrado no indivíduo como um todo, integrado num grupo/família/comunidade e é chamado a participar de pleno direito nesse mesmo processo, tendo em conta o seu saber e experiência de vida. Educar, porquê? Porque a Educação é capaz de transformar o comportamento do indivíduo e mudar suas atitudes em relação ao meio onde está inserido (Drugg & Ortiz, 1994). Neste sentido, “a Educação não deve ser uma mera transferência de conhecimentos, mas deve criar uma perspectiva de o educando construir o seu produzir conhecimento, baseado no conhecimento que ele traz de seu dia-a-dia familiar ” (Freire, 1996, p.12).

O objetivo geral da Educação para a Saúde, é então: Propiciar mudanças convictas nos comportamentos de Saúde, transformando hábitos e valores, sendo capaz de tomar decisões assertivas e construir ambientes saudáveis ainda em relação à atuação de profissionais no âmbito educacional, uma análise com os pressupostos de qualidade total na educação faz um contraponto com os Indicadores de potencial para a qualidade definidos por Drugg e Ortiz et.al., (1994). São eles iniciativa, dinamismo, perseverança, resistência a stress, competência interpessoal, comunicação, adaptabilidade, liderança, visão global, imaginação realística, planeamento/ organização/ controle, tomada de decisão, motivação para o trabalho, motivação para o autodesenvolvimento.

A Declaração de Nairobi (1976, cit. por Oliveira, 2004, p.45) refere que a Educação é considerada um processo único (e não faseado por etapas cronológicas), que engloba três processos de desenvolvimento: formal – ocorre em instituições de carácter escolar; não-formal – ocorre em instituições e organizações de carácter educativo não escolar e usualmente não certificada: associações de carácter cívico, humanitário, desportivo, grupos de autoajuda, centros

de saúde; informal – ocorre quotidianamente, sobretudo nos contextos a que estamos ligados, tais como a família, grupos de amigos e grupos de trabalho.

1.2.2 Promoção da Saúde e Educação para a saúde.

A promoção da saúde (PrS) é um processo que resulta dos avanços da investigação científica, das conquistas sociais e da evolução do conceito de saúde. Para Hipócrates o estado de saúde/doença dependia do equilíbrio entre o ambiente interno (o corpo humano), com o ambiente externo (clima, ar, comida, bebida...). Com Descartes (Séc. XVII), estes princípios foram contrariados, já que se centravam na dualidade, que consistia na separação do corpo e da mente, ficando assim desmembrada a abordagem orgânica, integrada, mente-corpo que predominou desde Hipócrates. Também Rodrigues et al (2005, p. 12) referem a este respeito que,

“ao descentrar a atenção na doença e na patologia e ao focar o indivíduo na sua dimensão total e integradora, introduz-se uma reflexão crítica de natureza epistemológica, abrindo caminho de novas perspectivas de abordagem, passando do primado das drogas e dos tratamentos para a prioridade da prevenção da doença e da promoção da saúde.” Rodrigues et al (2005, p. 12)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde de uma forma positiva, mas estática: “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou enfermidade”. “é o estado de adaptação ao meio e a capacidade de funcionar em melhores condições nesse meio...” (Idem, p. 158.) A Conferência de Alma-Ata (1978), na Rússia, considera a saúde como “um recurso que deve estar ao alcance de todos, para o desenvolvimento progressivo das comunidades” (Ibidem). Em 1996, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, organizada sob o patrocínio da OMS, lança um documento conhecido pela Carta de Otawa (Canadá), onde se assumia que a promoção da saúde (PrS) é “um processo que assegura às pessoas os meios para terem maior controle sobre o seu nível de saúde e serem capazes de o melhorar ” (Ibidem).

Deste modo, “o principal foco da EpS são as atitudes e os comportamentos de saúde” (Rodrigues et al, 2005, p.20). Um comportamento em saúde, referem os autores, em sentido lato “é um padrão de comportamento observável, as ações e os hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde” A EpS tem-se concentrado preferencialmente na mudança de comportamento individual ou de fatores coletivos (atitudes ou crenças), a fim de propiciar uma melhoria na qualidade de vida (idem).

No desenvolvimento da EpS, o enfermeiro tem de ser um “educador” eficaz. (Lancaster & Stanhope, 1999 p. 274). A mensagem deve ser exposta de forma clara e organizada para obter a

atenção do educando. Assim: devem ser desenvolvidas estratégias a serem adequadas às necessidades práticas dos mesmos; escolher o modelo e método mais adequado, visando melhorar a compreensão e aprendizagem; optar por ambiente que facilite o estudo, e envolver o indivíduo no processo, fazer avaliação da aprendizagem para *feedback* construtivo e reformular a ação

1.2.3 Determinantes da Saúde.

Os fatores que influenciam a saúde individual e coletiva, são designados de determinantes da saúde. Lancaster e Stanhope (1999, p. 288) e Loureiro e Miranda (2010 p.159) apontam quatro grandes determinantes da saúde: “a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e os cuidados de saúde”.

Candeias (1997) considera determinantes da saúde os fatores genéticos, o ambiente, os serviços de saúde e os estilos de vida, acrescentando que o termo Ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, económicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde. Utiliza-se para fazer referência àquelas forças da dinâmica social, que incidem sobre uma situação específica e que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população. Dizem respeito àqueles fatores ambientais que também precisam ser considerados no planeamento de atividades de promoção em saúde. Para a mesma autora, existem vários conceitos que fundamentam as práticas da educação para a saúde e da promoção da saúde, chama a atenção para não confundir educação em saúde com informação em saúde.

Desta maneira, a Educação para a saúde procura desencadear transformação de comportamento individual, enquanto a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação para a saúde, visa provocar mudanças de comportamento que gerem benefícios para as comunidades, tendo em conta o indivíduo, a família e a comunidade.

1.2.4 Percepção de Riscos e Comportamentos de Saúde.

Ao longo do tempo, houve uma considerável evolução nos conceitos de saúde e de doença, devido a um crescimento de estudos científicos nesta área, bem como em resultado de vários encontros internacionais, especificamente conferências, com o intuito de refletir, discutir e criar documentos norteadores para construção de educação para a saúde. Entre essas conferências, destacam-se:

1978 - Declaração de Alma-Ata (Rússia) 1ª Conferencia sobre Cuidados de Saúde Primários

1998 - Carta de Ottawa - Canadá 1ª Conferencia sobre Promoção da Saúde

1988 - Declaração de Adelaide - Austrália II Conferência sobre Promoção da Saúde: políticas públicas saudáveis

1991 - Declaração de Sundsvall - Suécia III Conferência sobre Promoção da Saúde: Ambientes favoráveis à saúde.

1997 - Conferência de Jacarta - Indonésia IV Conferência sobre Promoção da Saúde: Promoção da Saúde no sec. XXI

2000 - Conferência do México V Conferência sobre Promoção da Saúde

A investigadora Abreu (2007, p.41), sintetizando estes contributos das Conferências, e respetivos contributos científicos, considera difícil de definir o processo de saúde, explicando que esta dificuldade se “deve ao facto da saúde não se tratar de uma realidade objetiva, mas sim de uma entidade e representação mental simultaneamente objetiva e subjetiva, isto é, de uma construção lógica”. A mesma autora ainda explicita que cada indivíduo tem uma percepção da saúde, de acordo com o seu grupo social, no qual está inserido, sendo influenciado por fatores culturais, religiosos e socioeconómicos.

Existem vários conceitos de comportamento em saúde na revisão da literatura. Para Gonzalez e Ribeiro (2004), o que é mais frequentemente citado é a de Kasl & Cobb, (1966, cit. por Pill, 1991, p. 191): “*Health behaviour is any activity undertaken by a person believing himself to be healthy, for the purpose of preventing disease or detecting it in an asymptomatic stage*” (Nossa tradução: Comportamento de saúde é qualquer atividade realizada por uma pessoa acreditando ser saudável, com a finalidade de prevenir a doença ou a sua deteção em fase assintomática).

Os riscos em saúde são relacionados com vários fatores. O seu conceito é determinado de acordo com os seus autores, mas estão ligados, diretamente, aos mesmos comportamentos concernentes com a alimentação, consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool, práticas de atividades físicas, acidentes, entre outros. No entanto há um consenso em classificar os fatores de risco em três tipos: comportamentais, ambientais, genéticos ou hereditários.

1.3 Teorias e Modelos de Educação em Saúde

As teorias de aprendizagem e modelos pedagógicos são de grande valor, para que Eps possa obter resultados esperados. “... para guiar no pensar, na tomada de decisões e na prática dos enfermeiros comunitários” (Lancaster, 1999, p.266).

As teorias de aprendizagem, de acordo com Redman (2003), podem ser classificadas em duas grandes categorias: Behaviorista e Cognitiva, apresentando a Teoria cognitiva social de Bandura muitos elementos de ambas.

No entanto, devem-se utilizar somente as partes que possam contribuir e ser ajustadas. O enfermeiro deve usar as teorias para adquirir conhecimento para planejar e realizar a educação e aprendizagem dos mesmos (Idem).

1.3.1 A Aprendizagem: Individual e Coletiva e os processos de mudança.

Os hábitos e estilo de vida sofrem mudanças em todo tempo, por isso a Educação para a Saúde constitui uma atividade de enfermagem cada vez mais necessária para atribuir mudança na qualidade de vida dos indivíduos. “A informação que o Enfermeiro comunitário fornece, possibilita que os utentes tomem decisões com conhecimento, lidem mais eficazmente com a sua saúde e estilos de vida, assumindo uma maior responsabilidade pessoal pela sua saúde “ (Graham-1992, Lancaster,p.266).

1.3.2 Teorias de Educação A Aplicar em Educação para a Saúde

A compreensão das principais teorias de Educação, relativamente à aprendizagem, torna-se necessária para ajudar no processo de planificar a educação em saúde.

1.3.3 Teoria Behaviorista Operante (skinner).

O princípio mais importante da Teoria Behaviorista de aprendizagem, segundo Redman (2003), é que a mudança de comportamento está relacionada com as suas consequências imediatas. Consequência positiva (reforçam-no), enquanto as consequências desagradáveis o enfraquecem.

Embora essa teoria esteja fundamentada nos trabalhos pioneiros do norte-americano John B. Watson (1878-1958) e nos estudos do russo Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936), o estabelecimento dos seus princípios e teoria foi responsabilidade do psicólogo norte-americano Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), que se transformou no mais importante porta voz da corrente comportamental.

1.3.4 Teoria Construtivista (J. Bruner).

Para Bruner, a aprendizagem é um processo ativo, no qual o aprendiz constrói novas ideias ou conceitos, baseado em suas experiências prévias e nos que estão a ser estudados/desenvolvidos, em ambientes reais. O “aprendiz” filtra e transfaz a nova informação,

infiere hipóteses e toma decisões, utilizando uma estrutura cognitiva. Essa estrutura cognitiva - esquemas e modelos mentais - fornece significado e organização para as novas experiências, permitindo ao "aprendiz" enriquecer o seu aprendizado, através do relacionamento das novas informações e experiências (Bruner, 1966).

A teoria de Bruner têm quatro princípios fundamentais:

Motivação: Bruner defende que toda a criança tem desejo de aprender mais e necessário que haja motivação para manter o desejo.

Estrutura: qualquer conteúdo pode ser estruturado de maneira que possa ser transmitido e compreendido pelo aluno.

Reforço: nas etapas iniciais do aprendizado é importante que os processos possam ser reforçados, para aperfeiçoar a performance do aluno, corrigindo possíveis erros

Foco: apreciar o exercício do pensamento intuitivo e a pesquisa.

1.3.5 Teoria da Aprendizagem Significativa (D. Ausubel).

A teoria da assimilação de David Paul Ausubel, ou teoria da aprendizagem significativa, é uma teoria cognitivista que procura explicar os processos internos, que ocorrem na mente humana, com relação ao conhecimento e à estruturação.

Ausubel defende que um processo de aprendizagem que visa incluir o novo conhecimento, a partir de ideias cognitivas factuais, tendo por base o conhecimento prévio. "As ideias mais gerais de um assunto devem ser apresentadas primeiro e, depois, progressivamente diferenciadas em termos de detalhe e especificidade. (...) por meio de comparações e referências cruzadas de ideias novas e antigas" (Ausubel, 1978, p.41).

Segundo Ausubel (2000), a aprendizagem pode-se processar por descoberta, dado que o aluno deve descobrir como solucionar um problema, relacionando material recebido pronto com o conhecimento cognitivo já existente. O foco é o pensamento crítico, sendo necessário estar disposto a aprender. Assim sendo, a aprendizagem processa-se por descoberta, recepção, foco e modelo.

1.3.6 Teoria da Aprendizagem Social de Bandura.

As teorias de aprendizagem social têm a sua origem no comportamentalismo (Teoria Behaviorista), considerando a influência entre consequências e repetição do comportamento nesta perspectiva, Bandura acredita que é possível aprender observando os outros. A observação dos exemplos externos (pessoas, meios eletrônicos e livros) facilita o aprendizado. Redman (2003) corrobora o princípio essencial desta Teoria, afirmando que ao observar os padrões de comportamentos, valores e atitudes e julgamentos morais dos outros, se adquire novas informações e novos comportamentos. A interação recíproca e a diferença entre aprendizagem e o

comportamento são princípios básicos desta teoria.

Há quatro elementos fundamentais na aprendizagem por observação: a atenção, para selecionar o que aprender por observação; a retenção, quanto às informações observadas, traduzidas e armazenada no cérebro; a motivação e os interesses, para fazer, pelo que a motivação deve ser incentivada. (Bandura, 1977).

Teoria Por “insight” (Teoria de Gestalt – Kohler).

Kohler, em (1925), realiza várias experiências com chimpanzés para identificar, através de estudos, a proximidade destes animais com os homens. Esses estudos levaram à teorização da aprendizagem intuitiva ou insight que fundamenta a Teoria Gestalt.

A aprendizagem ocorre de forma descontínua, pela reestruturação do campo perceptivo, e cada pessoa tem seu próprio estilo de ordenamento perceptivo, destacando-se, ainda, que a aprendizagem é mais eficaz quando é trabalhada em grupo.

1.4. Mudança de comportamentos em saúde: teorias e modelos.

Há diversos modelos de teorias que foram desenvolvidos para entender a razão do envolvimento, ou não, do indivíduo em determinados comportamentos e a forma como os comportamentos podem ser mudados. Os modelos de cariz cognitivo são os mais dominantes na psicologia da saúde, destacando-se o modelo de crenças de saúde (Becher, 1974), a teoria da motivação protetora (Rogers, 1983) e a teoria da ação planeada (Ajzen & Fishbein, 1980).

Os últimos dois já integram aspectos da teoria social cognitiva, e, por isso, considera-se como uma evolução no sentido de integrarem os determinantes mais sociais do comportamento. Aos modelos anteriores acrescenta-se o modelo transteórico (Prochaska & DiClement, 1982) e a teoria social cognitiva (Bandura, 1977). De acordo com uma revisão sistemática de 80 estudos realizados entre 2000-2005 e publicados em 19 revistas científicas com elevado factor de impacto, estes são os modelos teóricos, mais referenciados (Painter, Borba, Hynes, Mays, & Glanz, 2008), pelo que faremos uma abordagem sucinta de cada um dos modelos teóricos mencionados, procurando destacar os aspetos que os caracterizam.

1.4.1 Modelo de Crenças de Saúde

O modelo de crenças de saúde é o modelo mais antigo e, provavelmente, o mais utilizado para analisar e prever os comportamentos de saúde (Ribeiro, 2005; Rohleder, 2012).

O modelo de crenças de saúde inclui seis determinantes do comportamento: a susceptibilidade, a gravidade, os benefícios e as barreiras percebidas, a motivação para o comportamento e a disposição para agir (Armitage & Conner, 2000). A combinação da susceptibilidade e gravidade percebidas vão esclarecer o grau de ameaça, enquanto a combinação dos benefícios e das barreiras percebidas determinam o curso da ação (Armitage & Conner, 2000).

As pessoas aderem a um comportamento, na medida em que se sentem ameaçadas (pela susceptibilidade e gravidade percebidas), em que percebem a existência de benefícios e o esforço exigido para a realização do comportamento não é considerado excessivo. E, ainda, se estão motivadas e recebem indicações que reforçam o desempenho comportamental (idem).

1.4.2 Teoria da Motivação Protetora.

Esta teoria, desenvolvida por Rogers, está intimamente relacionada com a teoria de crenças de saúde (Armitage & Conner, 2000). A motivação para o comportamento surge em função da avaliação da ameaça, que se relaciona com a percepção de susceptibilidade e de gravidade. Apresenta quatro componentes, que são: auto eficácia, eficiência das respostas, gravidade e susceptibilidade, o que possibilita prever as intenções comportamentais, as quais se relacionam com o comportamento (Ribeiro, 2005).

1.4.3 Teoria da Ação Planeada.

Esta teoria resulta da modificação da teoria da ação racional, e teve seu início desenvolvido por Ajzen e Fishbein em 1980 (Rohleder, 2012).

A teoria passou a inserir a influência da percepção de controlo sobre a intenção para modificação comportamental, para além das ações e normas subjetivas já consideradas anteriormente. A intenção é definida como a motivação necessária para concluir um determinado comportamento (Armitage & Conner, 2000).

Ao proceder à análise do modelo, Rohleder (2012) considera que neste se evidencia a abordagem focada nas intenções das pessoas para o comportamento. As mesmas são influenciadas: pelas ações individuais (resultantes da avaliação geral positiva ou negativa do comportamento); por normas subjetivas (resultantes da percepção global das normas sociais e pressão social); e pelo controle percebido (influenciado por fatores externos e internos), que afecta o comportamento de forma indireta (na maioria das vezes), por via da sua influência sobre as intenções comportamentais.

Segundo este modelo, as decisões, as normas subjetivas e a percepção do controlo do comportamento predizem as intenções comportamentais, as quais antecedem a concretização dos comportamentos (Ribeiro, 2005).

1.4.4 Modelo Transteórico.

O modelo transteórico de mudança de comportamento foi desenvolvido por Prochaska e DiClement em 1982, e posteriormente aperfeiçoado por Prochaska, DiClement e Norcross em 1992 (Ribeiro, 2005).

O modelo alicerça-se no presuposto básico de que o comportamento é um processo, que ocorre em fases sucessivas, mas não compulsório, de forma linear.

De acordo com Prochaska et al. (1992) as pessoas passam por cinco fases de modificação de comportamento: a fase de pré-contemplação (ainda não há intenção de mudar), a fase de contemplação (a pessoa considera ou pensa na mudança), a fase de preparação (a pessoa inicia 28 pequenas mudanças), a fase da ação (a pessoa está ativamente envolvida na mudança) e a fase de manutenção (a mudança é mantida ao longo do tempo).

1.4.5 Teoria Social Cognitiva.

Esta teoria foi anteriormente designada por teoria da aprendizagem social. A teoria social cognitiva de Bandura (1977, 1998) tem como deliberativo central do comportamento a auto eficácia, a par das expectativas de resultado (relacionadas com a situação e a ação). A definição de auto eficácia foi um dos termos novos, associados ao glossário da promoção da saúde da OMS, e segundo Bandura, refere-se às crenças dos indivíduos acerca da sua capacidade para concretizar a ação, de forma que esta influencie os acontecimentos que afectam as suas vidas (Smith et al., 2006). As crenças de auto eficácia determinam a forma como as pessoas sentem, pensam, motivam a si mesmos e se comportam.

A teoria social cognitiva prevê que os comportamentos se apresentam quando a pessoa sente que tem controle do resultado, identifica poucos obstáculos externos e confia na sua capacidade para realizar a ação (Armitage & Conner, 2000).

1.5. Motivação e Comportamento: Teoria da Autodeterminação

Todo entusiasmo implica procurar a energia e controle do comportamento, e só quando estas duas vertentes são contempladas, podemos falar verdadeiramente de teorias da motivação em psicologia (Deci & Ryan, 1985). O indivíduo está motivado quando se sente com vontade e com energia para completar uma tarefa até o fim, e não está motivado quando não se sente capaz ou entusiasmado para a ação (Ryan e Deci, 2000a).

No estudo da motivação, a diferença mais básica e clássica ocorre entre a motivação intrínseca e a motivação extrínseca (Deci & Ryan, 1985). Na motivação intrínseca, a pessoa propõe-se a fazer

algo ou compromete-se numa tarefa, porque esta é inerentemente agradável ou interessante. Pelo contrário, na motivação extrínseca, a pessoa faz algo para alcançar determinado resultado, independentemente da ação em si.

A TAD (Teoria da Autodeterminação) postula que uma pessoa possui necessidades psicológicas inatas (autonomia, competência e relacionamento), que são necessárias para o melhor funcionamento psicológico e bem-estar. Quando os ambientes sociais facilitam a satisfação das necessidades psicológicas, inatas ou necessidades básicas, promovem uma motivação de maior qualidade, com resultados mais positivos a nível psicológico, desenvolvimental e comportamental. Pelo contrário, se os contextos dificultam a satisfação dessas necessidades, a qualidade da motivação piora, o que se traduz em resultados mais negativos (Ryan & Deci, 2008a).

A TAD identifica a forma como os profissionais de saúde podem ser agentes promotores da mudança de comportamento em direção a melhor saúde e bem-estar. Quando os profissionais de saúde assumem um suporte autónomo e não de controle, podem se tornar facilitadores do processo de identificação e de integração, que, por sua vez, faz surgir uma motivação mais autónoma ou autodeterminada.(Idem).

1.5. Perspetiva crítica dos modelos da psicologia da saúde e sua aplicabilidade

Num posicionamento crítico, Chamberlain e Murray (2009) e Rohleder (2012), afirmam que os modelos dominantes na psicologia da saúde focam apenas o indivíduo, e é dada mínima atenção aos processos sociais, apesar destes modelos sugerirem a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, na saúde e na doença. Outra crítica comum, de acordo com Noar e Mehrotra (2011), são as técnicas usadas para testar as teorias dominantes.

Na maioria das vezes, os estudos são transversais e centralizado no indivíduo, não permitindo analisar, de forma rigorosa, as relações de causalidade, pelo que, as autoras propõem novas abordagens metodológicas, para testar as teorias dos comportamentos de saúde e da mudança comportamental.

Neste sentido, em 1966, Kasl e Cobb apresentaram uma definição, para o comportamento de saúde, como um comportamento com o objetivo de prevenir o aparecimento de uma doença, dando o exemplo da alimentação saudável. Contudo, é na década de 70, que definitivamente se assume o estudo do comportamento associado às doenças, inicialmente focado na prevenção da doença e posteriormente na promoção da saúde (Ribeiro, 1998). O uso do construto “health behaviour” remonta às primeiras décadas do século vinte e as suas referências encontram-se em artigos do *American Journal of Public Health* (Armstrong, 2009)

Por sua vez, Lalonde (1981), no documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, demonstra a importância dos comportamentos para a saúde e qualidade de vida dos

indivíduo, e os comportamentos chamados de saudáveis (por exemplo, alimentação saudável, a atividade física, a abstenção do álcool e tabaco) passam a ser reconhecidos como indicadores do estado de saúde.

Similarmente.

A OMS define comportamento de saúde como qualquer atividade realizada por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde, quer essa atividade atinja seu objetivo eficaz ou não, para obter o fim pretendido (WHO, 1998). Os comportamentos de saúde e os comportamentos de risco tendem a agregar - se uma forma complexa, apresentando perfis, que são denominados de estilos de vida (WHO, 1998). As pessoas tendem a demonstrar perfis comportamentais, em relação aos comportamentos de saúde e comportamentos de risco, que se podem explicar, por exemplo, em grupos saudáveis e não saudáveis, quando avaliados vários comportamentos preventivos (De Vries, Spigt, Metsemakers, Vermunt, & Kremers, 2008)

Globalmente, as muitas definições de estilo de vida, encontradas na literatura, associam o termo a padrões de comportamento, sendo mais frequente o uso de estilo de vida como orientação comportamental, que aponta para um padrão de comportamento observável, o qual inclui também um discernimento que está subjacente ao próprio comportamento. Deste modo, não se resume a uma “tipologia do comportamento” observado, mas subentende um fator latente, que motiva o comportamento (Kitamura, 2009).

A modificação no domínio dos comportamentos de saúde é necessária na prevenção da doença, flexibilidade prematura e mortalidade (Johnson et al., 2010) e as ações de prevenção apresentam menores custos e menos efeitos iatrogênicos que as intervenções medicamentosas (Mokdad et al., 2004)

No campo da saúde, a qualidade de vida tem sido considerada como uma variável de resultado, tanto nas práticas de cuidados associadas ao tratamento das doenças, como na prevenção da doença e na promoção da saúde (Seidl & Zannon, 2004; Pais-Ribeiro, 2009). Estes autores estudaram comportamentos de saúde, mas fora dos contextos clínicos. Por isso, optamos por utilizar apenas o termo qualidade de vida, conceito mais genérico e não focado em disfunções ou doenças (Seidl & Zannon, 2004).

A qualidade de vida engloba a percepção de propriedades valorizadas na saúde, tais como, o conforto e o bem-estar, a competência para manter integra a função física, emocional e intelectual, e a capacidade para participar em atividades sociais de forma satisfatória (Bize et al., 2007).

As definições mais simples de qualidade de vida referem-se a um construto amplo e integrado, com várias dimensões, que refletem o bem-estar e a saúde positiva. Mas os autores

também especificam os seus componentes e relações, os quais são imprescindíveis para a avaliação e também para a intervenção. O funcionamento físico, o bem-estar psicológico, o funcionamento social e a percepção da saúde, são dimensões que devem ser vistas na avaliação da **qualidade de vida**. Deste modo, a qualidade de vida foi sendo reconhecida como um indicador válido de saúde, na medida em que os indicadores biomédicos, como a mortalidade e morbidade, proporcionavam apenas uma visão parcial das necessidades das populações em termos de saúde (Hennessy et al., 1994; Thacker et al., 2006).

Tanto o modelo apresentado por Kelley-Gillespie (2009), como a definição de qualidade de vida da OMS, considera o reconhecimento de um conjunto integrado e complexo de relações (Gill et al., 2011). A multidimensionalidade da qualidade de vida implica um conjunto de inter-relações dinâmicas, que podem sofrer alterações ao longo do tempo e em função dos contextos, sendo que a globalidade não corresponde apenas à soma das partes.

Em geral, há um reconhecimento da importância das modificações dos comportamentos para a saúde. Se os indivíduos estiverem motivados para aderir a comportamentos que melhorem a sua saúde, através desta ação também beneficiam o sistema de cuidados de saúde. O sistema de cuidados de saúde tem sofrido um aumento nos custos, impondo-se mais ações de prevenção (Mokdad et al., 2004; Prochaska et al., 2008). Assim, os profissionais podem focar-se na promoção da saúde para minimizar os resultados negativos de saúde, e os estudos comprovam que estas intervenções têm um efeito positivo, para adesão de comportamentos de saúde (Eriksson et al., 2010; Johnson et al., 2010)

As intervenções, que promovem os comportamentos de saúde são muito heterogêneas e a sua eficiência não é fácil de mensurar (Michie, Abraham, Whittington, McAteer, & Gupta, 2009). Podem ser realizadas intervenções que focalizam uma participação mais ativa e procuram o envolvimento e o comprometimento dos participantes, no processo de mudança de comportamento, e intervenções de forma mais inapetente, cujo objetivo é oferecer o aconselhamento ou simplesmente o acesso à informação. O segundo tipo de intervenção é o mais usado, muitas vezes justificado pela falta de recursos humanos e económicos dos cuidados de saúde primários, área da saúde que mais responsabilidade assume na promoção dos estilos de vida saudáveis.

Os profissionais de saúde, principalmente do campo da saúde comunitária, têm a tarefa de promover mudanças positivas ao nível dos estilos de vida, em indivíduos, grupos ou comunidades, para que as pessoas adotem comportamentos que venham beneficiar a sua saúde e evitar comportamentos não saudáveis e/ou de risco. Múltiplos modelos têm sido usados com o objetivo de promover os comportamentos de saúde. De acordo com Brug (2006), **a teoria do comportamento planeado, o modelo de crenças de saúde, a teoria da motivação protetora e a teoria social cognitiva**, são as teorias mais utilizadas para antever e promover comportamentos de saúde, tais como a alimentação e a atividade física.

Quando a pessoa recebe informação e a transforma em conhecimento, toma uma decisão e inicia a mudança (Resnicow & Page, 2008; Rohleder, 2012). Todavia, há que ter em conta que os modelos de Teorias não consideram o estado emocional na tomada de decisão (Rohleder, 2012). Efetivamente, os mesmos focam determinantes individuais, tais como, cognições, conhecimentos, motivação e intenções, mas não encontram explicações para em que momento estes determinantes influenciam a realidade do contexto. Além disso, não contemplam a explicação de comportamentos complexos (Campbell, 2003).

1.6 A Estratégia De Saúde Da Família.

O sistema público de saúde brasileiro, adotado mediante a Constituição Federal de 1988, encontra-se normatizado pelas Leis nº 8.080 (Brasil, 1990) e 8.142 (Brasil, 1990), impulsionadas pela ação de um grupo de sanitaristas, que acreditava na importância do “social”, no que concerne à determinação do processo saúde/doença. O Art. 1º da Lei 8.080 (Brasil, 1990) passou a regular, em todo o território nacional, os serviços de saúde, concretizados por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado, isoladamente ou em conjunto, e de ordem permanente ou eventual.

Quanto aos Artigos 2º e 3º da mesma Lei (Idem), afirmam a saúde como um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições necessárias para o seu total exercício. O Estado tem o dever de criar e aplicar políticas econômicas e sociais visando garantir a saúde dos seus cidadãos. Para isso, é importante que essas políticas se transformem em ações que reduzam os riscos de doenças, estabelecendo condições que possibilitem garantir o acesso universal e igualitário à saúde e mais qualidade de vida, por parte de todos os cidadãos (Brasil, 2011).

Em acréscimo, os mesmos artigos salientam que o Estado não exclui as responsabilidades das pessoas, famílias, empresas e sociedade, pois existem alguns fatores que são determinantes e condicionantes para a saúde, entre eles a alimentação, a habitação e o saneamento básico. Esses artigos enfatizam, ainda, que a organização social e econômica de um País se expressa por meio dos níveis de saúde da respectiva população. Em seu Artigo 4º estabelece o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituindo o chamado SUS - Sistema Único de Saúde. Os seus princípios e diretrizes são os seguintes (Brasil, 1990):

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência;
- i. Integralidade de assistência, que se entende como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de assistência;
- ii. Preservação da autonomia das pessoas, na defesa da integridade física e moral;
- iii. Igualdade da assistência à saúde, sem quaisquer preconceitos ou privilégios;
- iv. Direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;
- v. Divulgação de informações, quanto ao potencial dos serviços de saúde e à sua utilização pelo usuário;
- vi. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática;
- vii. Participação da comunidade;
- viii. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- ix. Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- x. Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- xi. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- xii. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- xiii. Capacidade de resolução dos serviços, em todos os níveis de assistência;

- xiv. Organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passa por adequações, afim de cumprir uma política pública, que concretize ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde, colaborando para a efetivação de princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2009 b).

A fim de garantir o direito à saúde dos cidadãos, uma das estratégias consistiu na criação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas, ao longo do tempo, foram modificando a forma de atuação dos profissionais, centrada, inicialmente, num trabalho mais individual e compartimentado. Atualmente, as equipes de saúde trabalham de forma integrada e compartilhada, através das Estratégias de Saúde da Família (ESF) (Fernandes & Backes, 2010; Santiago et al., 2012; Santos et al., 2016).

As equipes de ESF encontram-se inseridas na política da Atenção Básica, destacando-se por propor uma reorganização da mesma, tendo como desafio contrapor o modelo assistencialista e tradicional, centrado em ações curativas e hospitalocêntricas. A Atenção Básica é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Consequentemente, a família tornou-se o seu principal foco, e as suas ações devem ser voltadas para acolher, escutar e apresentar respostas resolutivas, para a maioria dos problemas de saúde da população (Brasil, 2011).

“Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades, que interajam entre si, para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (Figueiredo, 2011, p.3).

Nesse processo de transição, a proposta das ESF's é de colocar à disposição da população um serviço estruturado, que promova uma relação mais próxima dos profissionais com as pessoas, famílias e comunidade, assumindo o compromisso de prestar uma assistência integral e resolutiva. Assim, destacam-se os investimentos em ações coletivas e práticas de saúde, direcionadas para uma gestão intersetorial das equipes multiprofissionais e interdisciplinares, utilizando as redes de serviços disponíveis (Rosa & Labate, 2005).

1.6.1 Funções dos profissionais de Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica foi revista através da Portaria nº 2488, de outubro de 2011. As suas diretrizes e normas norteiam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No Anexo I, da referida Portaria, encontram-se descritos quais os profissionais que integram a ESF e as respectivas funções:

- 1.6.1.1 Um médico generalista ou especialista em saúde da família;
- 1.6.1.2 Um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família;
- 1.6.1.3 Dois técnicos ou auxiliares de enfermagem;
- 1.6.1.4 Agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional;
- 1.6.1.5 Profissionais de saúde bucal.

Diante do ponto de vista organizacional e de responsabilidade, todos devem:

“Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos. Realizar cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)” (Brasil, 2011, Anexo I).

Outras ações são desenvolvidas, associadas a estas, a fim de promover a atenção contínua, integral e organizada da população, na área de abrangência da ESF. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos, que possibilitem fortalecer e efetivar o elo entre a unidade de saúde e o usuário. É importante destacar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da ESF, mas igualmente em domicílio e através de visitas domiciliares, quando as mesmas forem essenciais para o acompanhamento e o cuidado do sujeito (Idem).

Os profissionais desenvolvem atividades de ordem específica, como a seguir são descritas, porém as funções desempenhadas não se fecham em si mesmas. Pelo contrário, é fundamental que cada um se reconheça e observe a atividade do outro. Assim sendo, trata-se de um trabalho multidisciplinar e colaborativo, como mencionado (Figueiredo, 2011). **O médico** é um profissional que se ocupa da saúde humana, prevenindo doenças e promovendo a saúde. Cabe-lhe diagnosticar e tratar doenças, com resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. O médico concretiza atividades programadas de demanda espontânea, de forma compartilhada, realiza consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado, na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se por acompanhar o usuário. Ainda é dever do médico fazer trabalho conjunto com o enfermeiro, desenvolver e realizar atividades de educação permanente dos membros da equipe, bem como gerir insumos (Brasil, 2011).

O enfermeiro é o profissional que exerce, privativamente, a direção dos órgãos de enfermagem e integra a estrutura básica de instituições de saúde, pública ou privada, chefia e coordena os serviços de enfermagem, a atuação do auxiliar e do técnico de enfermagem. Outras atividades de responsabilidade dos enfermeiros são: atender famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme

protocolos, solicitar exames complementares; prescrever medicações, gerir insumos e encaminhar usuários para outros serviços; gerir as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e concretizar a avaliação das mesmas.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem realizam as suas funções e procedimentos de acordo com o regulamento do exercício da profissão, sob a supervisão direta do enfermeiro, tanto na Unidade de Saúde, quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, além de desenvolver ações de educação em saúde e educação permanente (Brasil, 2011).

Por último, há a referir a atuação do **cirurgião dentista** (CD), na Atenção Básica, em resultado de uma iniciativa de alguns municípios e, posteriormente, do próprio Ministério da Saúde (MS), que aderiu a essa iniciativa por entender que a saúde bucal é parte integrante da saúde como um todo. Dessa forma, o MS normatizou e instituiu profissionais de saúde bucal nas ESF (Martelli, 2001).

Assim, é importante ter em conta que a Portaria MS/GM, nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 revê as diretrizes e normas, especificamente nesta área, e define as competências específicas do cirurgião dentista (CD), dos técnicos de saúde bucal (TSB) e dos auxiliares de saúde bucal (ASB).

É neste enquadramento, interligando a equipe dos profissionais de saúde da Família e a comunidade, que exerce a sua atividade o agente comunitário de saúde, cujas funções serão objeto de análise a seguir.

1.6.2 O agente comunitário de Saúde (ACS)

O **agente comunitário de saúde** (ACS) atua como um elo de ligação entre a equipe e a comunidade, devendo residir, obrigatoriamente, na mesma área geográfica em que trabalha. Parte-se do princípio de que, ao morar na mesma comunidade, conhece as especificidades e necessidades da mesma, por estar inserido no mesmo contexto cultural e social. Desta forma, as ações deste agente encontram-se facilitadas, originando um grau mais elevado de eficácia das suas ações, uma vez que vivencia o quotidiano das famílias, indivíduos e comunidade com mais intensidade, em relação aos outros profissionais da equipe. Este agente é capacitado para reunir informações de saúde, sobre a comunidade, e deve ter condições de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho, realizando visitas domiciliares em sua micro-área e produzindo dados fidedignos, capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da sua localidade (Forte & Spinetti, 2004).

Os agentes comunitários de saúde são, então, responsáveis por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe

de Saúde da Família, sendo o mínimo de 04. Cabe a cada agente comunitário cadastrar todas as famílias do território em que atua, mantendo esses cadastros sempre atualizados, e orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Ademais, compete-lhe desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde. Por último, constitui sua responsabilidade o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades, implementado pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, de acordo com o planejamento acordado pela equipe, na qual este agente se insere (Brasil, 2011).

O agente comunitário de saúde, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, constitui, deste modo, um elemento fucral de ligação com a comunidade, como reforçam as investigadoras (Araújo & Assunção (2004, p. 19):

“O Agente Comunitário de Saúde - ACS se torna o articulador do processo de trabalho da equipe, exatamente por morar na sua área de atuação, conhecer muito bem a comunidade em que vive e ter maior facilidade de acesso aos domicílios. (...) Esse elo acontece de várias maneiras, mas principalmente na visita domiciliar, quando o ACS tem a oportunidade de conhecer os agravos que acometem aquela população, percebidos ou explicitados pelas pessoas, comunicar à equipe do PSF a sua percepção e retornar à comunidade com orientações, encaminhamentos ou outras atividades que possam evitar, diminuir ou solucionar os problemas encontrados, juntamente com os profissionais de saúde e a própria população.”

Em síntese, e de acordo com o explicitado anteriormente, o agente comunitário de saúde revela-se um elemento fundamental na equipe, pelo conhecimento aprofundado do meio, enquanto membro de uma determinada comunidade, pelo que a sua ação é imprescindível, para a almejada eficácia da ação da Equipe de Saúde da Família.

1.6.3 Ação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

O Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostos por profissionais de várias áreas de atuação e conhecimento, que trabalham de forma integrada com as ESF (Brasil, 2011), em virtude das necessidades intrínsecas do contexto brasileiro.

Face à globalização, e num país como o Brasil, com significativa extensão continental e uma realidade complexa, a situação da saúde e do adoecimento da população vai mudando de perfil epidemiológico, mostrando uma pluralidade nos agravos à saúde, devido a um aumento de problemas, tais como violência, saúde mental, pobreza, abuso de drogas e acidentes, entre outros.

A fim de atuar eficazmente no Brasil, de acordo com as realidades supramencionadas, destaca-se a importância de um olhar multifacetado e de um trabalho colaborativo de equipas multiprofissionais, para apoiar as ESF e garantir a integração e continuidade das ações desenvolvidas (Figueiredo, 2011).

A organização do NASF é dinâmica, podendo efetuar algumas combinações, a partir de um conjunto de profissionais, tal como previsto na legislação. Compete aos gestores municipais, com base em dados epidemiológicos e segundo as necessidades locais, definirem a composição efetiva da equipa a formar, e que pode englobar:

“Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista clínica médica. Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação, arte-educador e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas” (Brasil, 2011, Anexo I).

A fim de otimizar e avaliar a adequação do processo de gestão às ações desenvolvidas, por equipas multiprofissionais, o MS criou, também, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, por meio da Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. O objetivo era ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na Atenção Básica, sendo desenvolvido em quatro fases, e formando um ciclo contínuo que integra: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização (Brasil, 2011).

Em convergência, no capítulo seguinte será analisado o Programa Saúde na Escola no contexto da escola pública, focalizando o Ensino Fundamental.

CAPÍTULO 2 – O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO ENSINO FUNDAMENTAL

O capítulo dois aborda o Programa Saúde na Escola (PSE) no Ensino Fundamental, apresentando a gênese de políticas intersetoriais, que têm por finalidade a construção de políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Partindo do princípio de que, através da escola pública é possível alcançar uma larga maioria das crianças e jovens, integrando as ações de educação em saúde, revela-se imprescindível o apoio de profissionais da Educação e da Saúde, para que os pactos estabelecidos sejam cumpridos e as ações sejam cumpridas. Assim sendo, é analisado o currículo do Ensino Fundamental, focando a transversalidade da Educação em Saúde, a intervenção educativa em Saúde e a Pedagogia da Problematização. Neste sentido, é ainda abordada a formação dos professores em Educação em Saúde.

2.1. A Escola Pública E A Promoção Da Saúde

No que concerne à escola pública, o higienismo, que predominou até princípios do século XX, impôs uma educação controladora no Brasil, com base na teoria simplista de que a mortalidade infantil e as doenças, os contágios e as epidemias, que dizimavam milhares de pessoas, surgiam devido à ignorância e falta de higiene, da maior parte da população trabalhadora. “E assim entendendo, o melhor encaminhamento era propor ao Estado educar esta população. Educação que se dirigia aos pobres, não para mudanças das condições de vida geradoras de doença, mas para mostrar que eles eram os únicos responsáveis pelas doenças que sofriam” (Souza & Jacobina, 2009, pp. 621-622).

A promoção da saúde era normativa, e as poucas atividades realizadas privilegiavam a vertente da informação, sobretudo quanto a doenças infeto-contagiosas, em folhetos impressos, distribuídos pela população em geral, a maioria analfabeta, e quanto a hábitos de higiene memorizados nas escolas primárias, por um número reduzido de crianças.

A título de curiosidade, atente-se nos versos escritos pelo médico Carlos Sá, para serem memorizados pelas crianças, na escola primária, tal como apresentados, em 1926, no III Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo (Idem, p. 621):

“Hoje escovei os dentes
Hoje tomei banho
Hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com sabão
Ontem me deitei cedo e dormi com janelas abertas
De ontem e para hoje já bebi mais de 4 copos d'água
Ontem comi ervas ou frutas, e bebi leite
Ontem mastiguei devagar tudo quanto comi
Ontem e hoje andei sempre limpo
Ontem e hoje não tive medo
Ontem e hoje não menti.”

A análise destes versos permite constatar a abrangência do termo “higiene”, nessa época, que cruzava a “higiene mental” com a “higiene alimentar”. Contudo, tratou-se de uma ação muito restrita, pois não chegava à grande maioria das crianças e jovens. À semelhança dos higienistas, no que se referia à doença, a culpa era sempre da vítima.

Ainda no início do século XX, a designação “higienista” foi mudada para “sanitária”, por influência dos Estados Unidos. Mais uma vez, na educação sanitária, a promoção da saúde nas escolas centrava-se no reforço de normas de higiene e de vida, visando o combate a doenças infecto-contagiosas, em especial no que concerne à febre amarela (Schall, 2005; Souza & Jacobina, 2009).

A promoção da saúde, então, era feita sem considerar as condições de vida e a experiência das populações, apenas como passagem de informações, de acordo com a educação tradicional e bancária, em que o profissional de saúde e/ou o professor eram os educadores e os únicos detentores do saber (Freire, 2001). “Neste sentido, não é concretizado um trabalho em comum, nem são ouvidas as populações, mas é seguida a lógica do ‘Você aprende. A gente ensina’ (Meyer, Mello, Valadão & Ayres, 2006, p. 1336):

“É nesse contexto discursivo que formas definidas como “certas” e “erradas” de viver são compreendidas como decorrência do domínio ou da ignorância de um certo saber, e a educação, assentada no pressuposto da existência de um sujeito humano potencialmente livre e autônomo, passa a ser concebida e exercitada como processo de instrução (passiva) para o exercício do poder sobre a própria saúde. Esse processo tem como objetivo central a mudança (imediate e unilateral) de comportamentos individuais a partir de decisões informadas sobre a saúde, em um contexto onde se exercita uma forma de comunicação de caráter basicamente cognitivo/racional.”

A promoção da saúde, enquanto estratégia e programa de ação, teve origem num movimento surgido no Canadá, a partir da Carta de Promoção da Saúde (1986), redigida em Ottawa, como explicitado previamente.

Esse movimento, gradualmente, espalhou-se à escala mundial (Carvalho, 2015). A promoção da saúde foi então definida, no Brasil, como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (Brasil, 2002). O conceito foi-se desenvolvendo, tendo em conta a atuação junto das populações e a qualidade de vida das mesmas. Presentemente, o termo abrange, de acordo com a última definição oficial, “um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersectorial”, a fim de “articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (Brasil, 2014).

Neste entendimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou o conceito de promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal, reiterando a ideia

estruturante de que a saúde não é apenas a ausência de doença, avançando “na compreensão da saúde como um estado positivo, referindo-se a uma rede complexa de interdependências e interrelações” (Carvalho, 2015, p. 1211), e responsabilizando o governo, a família e a escola, num mesmo propósito de promoção da saúde.

Desta forma, a prática educativa em saúde não se restringe às ações no âmbito da atenção primária, como normalmente é entendida, mas desenvolve-se em três campos de atuação diferenciados, porém transversais e complementares (Pereira, 2003, p. 1528): **Informação, Educação e Comunicação (IEC)**. Como é afirmado no *Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde* (CNS, 2000, p. 174), quando são explicitadas as políticas de promoção da saúde:

“As Políticas de IEC (Informação, Educação e Comunicação) devem estar voltadas (...) para a Promoção da Saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica, que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde”.

A educação para a saúde, utilizando uma “pedagogia crítica” (Ibidem), confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e revelam as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país. A finalidade reside na criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da saúde, visando mais qualidade de vida das populações (Figueiredo, Machado & Abreu, 2010).

Em concordância, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) afirma que a promoção da saúde é um processo essencial, que objetiva ampliar as possibilidades dos cidadãos de controlar, de forma crescente, os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorar a sua qualidade de vida.

Assim sendo, as ações de promoção da saúde, em contexto escolar, têm por objetivos garantir mais informação nessa área e a oportunidade de escolha de todos os educandos, crianças, jovens e adultos, dando-lhes a possibilidade de serem protagonistas desse processo, de forma a melhorarem a sua qualidade de vida, através de estratégias diretamente voltadas para a produção de saúde (Idem). As ações devem levar em conta os diversos contextos, objetivando o compartilhamento dos saberes, que são sustentados pelas histórias de vida, individual e coletiva, dado que as mesmas apresentam papéis sociais distintos, que se interligam (Brasil, 2009a; Carvalho, 2015).

Embora a promoção da saúde esteja presente em todas as instituições de ensino, públicas e privadas, é através da escola pública, que é possível alcançar a larga maioria das

crianças e dos jovens, que de outro modo não integrariam as ações da educação em saúde. Diante disso, a escola tornou-se um local de grande relevância para concretizar tais ações, partindo do princípio de que a mesma contribui para a construção de conceitos e valores do educando, que se encontra em formação para a vida (Monteiro & Bizzo, 2013).

Nesse entendimento, a escola é constituída como um espaço de relações, propício para a assimilação de conhecimento significativo e para o desenvolvimento crítico e político. A construção de valores pessoais, crenças e conceitos, assimilados na escola formal, em interligação com outro tipo de aprendizagens, informais e não formais (Canário, 2005), interfere diretamente nas formas de conhecer o mundo e na produção social da saúde, moldando o desenvolvimento do estudante e influenciando, decisivamente, a sua atuação na comunidade, como pessoa, profissional e cidadão.

Diante dessas expectativas de participação ativa de vários interlocutores e suas atividades quotidianas, é possível acreditar que a escola forme cidadãos com conhecimento na área da saúde, capazes de agir em defesa da vida e da sua qualidade.

Neste sentido, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em conjunto, criaram o Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007, integrado no currículo escolar, como será analisado seguidamente.

2.2. Políticas Intersetoriais E O Programa Saúde Na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação foi instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial Nº 6.286, fruto do esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Desta forma, as políticas de saúde e educação, direcionadas para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, conjugaram-se para promover o desenvolvimento pleno de todos os alunos. Em outubro de 2011, o PSE foi também revisto pela Portaria de Nº 2.488, ampliando as suas ações (Brasil, 2011).

O PSE enuncia o objetivo de contribuir para a efetividade das ações de promoção e prevenção, reforçando a atenção à saúde, e visando um desenvolvimento integral do educando. Neste sentido, as ações são empreendidas através de programas e projetos intersetoriais, articulados entre saúde e educação, voltados para o enfrentamento e redução da vulnerabilidade, que tanto compromete o desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens, a frequentar a rede pública de ensino brasileiro.

As ações do PSE devem encontrar-se inseridas nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das escolas e ser elaboradas a partir das estratégias pactuadas entre a escola e a

unidade básica de saúde (Oliveira & Prata, 2013). Tendo em atenção a situação contextual, a atuação deve estar de acordo com as Políticas Executivas Municipais e Estaduais, considerando a diversidade sociocultural de cada região e respeitando a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas (Brasil, 2011). Por isso, é imprescindível o apoio dos gestores da educação e da saúde Municipal e Estadual, para que os pactos estabelecidos entre setores sejam efetivamente cumpridos, a fim de melhorar a qualidade de educação e saúde dos alunos. Por isso, emerge a importância da compreensão e comprometimento colaborativo dos profissionais das equipes de Saúde da Família e dos profissionais da Educação (Cardoso et al., 2008).

É da responsabilidade da gestão do PSE propor: diretrizes para a Política Nacional de Saúde na Escola; realizar a formação inicial e continuada dos profissionais de educação, na esfera Educação Básica; apresentar estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e educação, nas três esferas de governo e acompanhar a execução do PSE. Para isso, o PSE encontra-se dividido em três grupos, sob a denominação de Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI): GTI Federal, GTI Estadual e GTI Municipal (Brasil, 2011).

As ações, do ponto de vista epidemiológico, prioritárias para os educandos, de acordo com o *Caderno da Atenção Básica* (Brasil, 2009a), são as que se enumeram:

- **Avaliação psicossocial no PSE.** Crianças, adolescentes e jovens, em situação escolar, devem passar por uma avaliação clínica e psicossocial, de preferência no início dos períodos letivos, objetivando fomentar o seu desenvolvimento físico e mental saudável, em cada etapa da vida escolar;
- **Avaliação oftalmológica da acuidade visual.** Essa triagem é recomendada a partir dos três ou quatro anos de idade, utilizando tabelas de letras ou figuras. A avaliação pode ser realizada no âmbito escolar, constituindo uma ação de prevenção e promoção da saúde, em conjunto com a educação;
- **Atualização do calendário vacinal.** Essa ação justifica-se pela eficácia comprovada das vacinas, em casos de doenças transmissíveis. Deve-se intensificar o cumprimento do calendário de vacinação, da responsabilidade de todos os profissionais da ESF;
- **Deteção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS).** A integração da medida da pressão arterial, nas avaliações de rotina de crianças e adolescentes, tem sido de grande importância no diagnóstico precoce da HAS, evitando danos maiores à saúde dos mesmos;
- **Avaliação auditiva.** Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), a deficiência auditiva está entre as incapacidades mais comuns no mundo. Ouvir

bem tem um papel fundamental para o desenvolvimento da linguagem oral e escrita, e para a aprendizagem em geral;

- **Avaliação nutricional.** Alimentar é muito mais do que comer. Conhecer o estado nutricional das crianças e dos adolescentes é fulcral para o seu desenvolvimento biopsicossocial;
- **Avaliação da saúde bucal.** Permite identificar o estado da saúde bucal dos alunos, possibilitando o planejamento de ações a desenvolver;
- **Deteção precoce de agravos de saúde.** Negligenciados e prevalentes na região, como a hanseníase, tuberculose e malária, entre outros.

A fim de realizar uma atuação eficaz, é essencial considerar a transversalidade e intersectoralidade do Programa Saúde na Escola.

A transversalidade é um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual está presente em todos os programas e políticas do SUS, atuando no PSE enquanto gestão participativa, que envolve vários setores. O currículo escolar (PCNs Brasil, 1997a) vem sendo objeto de análise pública e alvo de algumas reformulações. Com o passar dos anos, surgiram novas perspectivas da educação. Um tema transversal, como a educação em saúde, tornou-se obrigatório no currículo (Marinho, Silva & Ferreira, 2015).

Por sua vez, Moreno (1997) e Gavidia (2002) concordam que acrescentar conteúdos novos, nas disciplinas já existentes, apenas iria sobrecarregar os programas escolares, mas Moreno contrapõe que deve haver uma mudança de perspectiva dos educadores, quanto ao eixo estruturador dos conteúdos escolares. Em convergência, para Gallo (2004), os temas transversais, abordados nos (PCNs Brasil, 1997a), constituem uma forma de assegurar a interdisciplinaridade, abordando assuntos discutidos por diferentes disciplinas.

A intersectorialização é mais uma proposta do PSE, pois para que essa política tenha êxito é necessário que os seus gestores, da Educação e da Saúde, trabalhem juntos numa gestão participativa e com a colaboração de outros setores importantes (Mendes, Bôgus & Akerman, 2004).

Uma pesquisa, realizada por Ferreira e tal. (2014, p.73), demonstrou que:

“Os respondentes deste estudo apresentaram conhecimentos necessários para o trabalho intersectorial. Ficou evidenciado, no entanto, que esses gestores estavam passando por um processo de aprendizagem que incluía capacidade de mudanças e superação do modelo antigo de gestão, fazendo-se necessário um ajuste conceitual para fortalecer esse processo, que deve ser contemplado por meio de capacitações contínuas e permanentes para os gestores e profissionais envolvidos no PSE, o que já está previsto nas ações do programa.”

Assim, é necessária a construção de caminhos intersetoriais, para que as ações propostas pelo programa possam ser verdadeiramente efetivadas. Esses caminhos terão que ser adequados à realidade de cada local. Em acréscimo, existem alguns passos que serão de grande ajuda nesta etapa, como a identificação de parcerias entre as Secretarias da Cultura, da Assistência Social, do Meio Ambiente e da Justiça, entre outras, que irão ajudar no diagnóstico da realidade local e apontar prováveis ações (Brasil, 2009a).

2.2.1. A saúde no currículo do Ensino Fundamental

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs, Brasil, 1997a), enquanto eixo programático norteador, para os anos iniciais do Ensino Fundamental, incluíram, para além das disciplinas tradicionais, a saúde, considerando-a um dos temas transversais e de suma importância para o desenvolvimento do ensino e aprendizagem, levando em consideração as problemáticas sociais. Assim, a educação para a saúde escolar não se deve limitar a simples informações de assuntos de saúde. A educação para saúde só pode ser efetiva se promover mudança no comportamento da criança, tornando-a consciente do que é necessário à conservação da saúde (Sarreta, 2009; Gavidia, 2001).

O trabalho com o tema saúde inclui, também, componentes relativas à qualidade da água que se consome e ao ar que se respira, às condições de fabricação e ao uso de equipamentos nucleares ou bélicos. Ademais, são referidos o consumismo desenfreado, a miséria, a degradação social e a desnutrição, os estilos de vida pessoais e as formas de inserção das diferentes parcelas sociais da população. Esse trabalho implica, ainda, a consideração de aspectos éticos, relacionados com o direito à vida e à saúde, com direitos e deveres, ações e omissões de indivíduos e grupos sociais, bem como a missão, orientações e ações dos serviços privados e do poder público.

Nos PCN consta que somente com a participação das diferentes áreas do saber, cada qual enfocando conhecimentos específicos da sua competência, será possível garantir que os alunos construam uma visão ampla do que é saúde (Brasil, 1998).

Apesar das diversidades, existentes nos modelos de educação em saúde, prevalece um mesmo objetivo de mudança de hábitos, atitudes e comportamentos individuais, em grupos e no coletivo. Tal mudança de comportamento deriva da aquisição de novos conhecimentos e da adoção de atitudes favoráveis à saúde. Neste sentido, o termo “educação em saúde” está relacionado com as ações a empreender, para reforçar o conhecimento individual e coletivo, por parte dos alunos, com a intenção de melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde de todos os cidadãos, no seio de uma determinada comunidade (Zancul & Gomes, 2011).

A fim de alcançar esta meta, os profissionais da saúde são os mais requisitados, uma vez que são eles próprios os responsáveis pela disseminação de conhecimentos concretos para o cumprimento do objetivo de melhorar a saúde das pessoas. Consequentemente, Sarreta (2009) argumenta que, na orientação desses conhecimentos, em contexto educativo, os profissionais devem estar atentos às especificidades de cada comunidade e ao nível etário e de desenvolvimento dos alunos, pelo que é fulcral que estejam devidamente capacitados para a tarefa de educar.

2.2.2. Transversalidade curricular da Educação em Saúde

Uma das mudanças estruturantes, relativa à Educação em Saúde, incidiu na transversalidade curricular, como referido anteriormente. No Brasil, o referido tema passou a ser trabalhado nas escolas, a partir do Ensino Fundamental, no final do século XIX. Nesse período, o governo começou a selecionar meios para erradicar as doenças infectocontagiosas, através do setor de saúde pública. Desta forma, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil, 1971) a escola passa a ser vista como um ambiente para realização de ações de educação, voltadas para ações sanitárias de higiene, tal como privilegiado pelo governo.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs, Brasil, 1997a) vieram reforçar a importância e transversalidade da educação para a saúde, em todas as disciplinas curriculares do Ensino Fundamental. Neste entendimento, Gavidia (2001, p. 65), afirma que:

“Os temas de saúde, devido à sua transversalidade, não devem estar circunscritos em uma única disciplina, mas sim, devem apresentar um caráter globalizador, se relacionando com as diversas disciplinas e contribuindo para a consecução dos objetivos da educação obrigatória, de modo que facilitem o equilíbrio pessoal, das relações interpessoais e com a sociedade como um todo. Assim, é importante que todos os professores envolvidos na formação dos estudantes participem de atividades que tenham como objetivo o desenvolvimento de atitudes e reflexão a respeito das questões relativas à saúde dos educandos”.

Na convergência do “caráter globalizador” dos temas de saúde, inscritos nos “objetivos da educação obrigatória”, (Ibidem), todos os docentes são corresponsáveis pela planificação e abordagem da saúde, em contexto de sala de aula. Na disciplina de Ciências Naturais, também a temática da educação para a saúde foi reforçada, concretamente no bloco temático “Ser humano e saúde”, tal como explicitado no PCN de Ciências Naturais (Brasil, 1997b), tendo por base atividades práticas, que motivem os alunos a experimentar e a aprender. Para Mello (2010), o ensino de Ciências e Biologia, através da experimentação, é indispensável para a compreensão e construção do saber científico. A importância da

atividade prática é inquestionável no ensino, devendo ter um lugar central na educação e, por inerência, em Educação em Saúde.

Globalmente, apenas com o empenhamento de todos os professores, das diferentes disciplinas, e em sintonia com ações específicas, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, é possível concretizar um trabalho colaborativo eficaz. Mesmo o aluno sabendo da importância de viver em um ambiente saudável, limpo e ter bons hábitos alimentares, é necessário que o educador realize um trabalho eficaz, voltado para o coletivo, investindo na relação entre o meio físico, social e cultural.

Todavia, tal nem sempre acontece. Frequentemente, nos dias de hoje, a transversalidade curricular, no que concerne à saúde, não é cumprida pelos professores, restringindo-se à disciplina de Ciências Naturais, o que constitui um sério constrangimento ao sucesso dos projetos de Educação para a Saúde, como é afirmado seguidamente.

“No final dos anos 90, época da elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a avaliação da situação do ensino de saúde nas escolas considerou este tema como ainda predominantemente centrado nos seus aspectos biológicos. Os conteúdos de saúde eram então, prioritariamente, trabalhados dentro da disciplina de Ciências Naturais, com uma abordagem focada na transmissão de informações sobre doenças, seus ciclos, sintomas e profilaxias. Nos dias atuais, passados mais de dez anos da elaboração dos PCNs, estudos ainda comprovam que essa situação permanece inalterada. O ensino de saúde na escola ainda é centrado nos aspectos biológicos e também ainda é, principalmente, trabalhado nos conteúdos de Ciências Naturais. Os projetos de educação em saúde na escola, em sua maior parte, são realizados nas aulas de Ciências ou de Biologia, muito embora os assuntos estejam relacionados ao tema transversal Saúde, ou seja, tema a ser trabalhado em todas as disciplinas do currículo escolar”. (Zancul & Gomes, 2011, p. 50)

Em acréscimo, nem sempre as aulas de Ciências Naturais motivam os discentes para o aprofundamento dos seus conhecimentos, quer sobre saúde quer sobre outras temáticas e áreas. Os alunos, em maioria, apresentam falta de interesse nos estudos sobre ciência, o que muitas vezes advém das experiências vivenciadas em sala de aula, com aulas monótonas e conteúdos a decorar. Ainda é possível encontrar professores que fazem uso de métodos tradicionais em sala de aula, com aulas monótonas e conteúdos decorativos. Assim, falta interligar e aprofundar as experiências e conhecimentos já experimentados pelos alunos, nos demais ambientes de sua vivência fora da escola, envolvendo-os em uma aprendizagem ativa, sempre que possível com metodologias experimentais (Mello, 2010). Em geral, tanto em Ciências Naturais, como em todas as disciplinas curriculares, faltam metodologias ativas, que valorizem o conhecimento prévio do aluno e priorizem a formação do cidadão, como agente crítico na sociedade (Gavidia, 2001).

Desta forma, a ausência de um trabalho transversal, global e colaborativo, referente à saúde, condiciona o alcance e o sucesso de qualquer projeto e programa nesta área. Por

isso, a Educação em Saúde tem sido e continuará a ser um desafio para os educadores, quanto à aprendizagem transformadora de atitudes e hábitos de vida, numa perspetiva social.

2.2.3. O Programa Saúde na Escola no Ensino Fundamental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), e dado que a saúde proporciona bem-estar bio-psico-social, tratando-se de uma questão cultural das comunidades, a Educação para a Saúde deve começar desde os primeiros anos de escolaridade. Similarmente, Pereira (2003) argumenta que a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, cuja interseção, muitas vezes, é feita inconscientemente.

Neste entendimento, a escola é um espaço que forma cidadãos críticos, capazes de construir os seus próprios saberes, e que possam lutar pelos seus direitos, constituídos por lei. Segundo Chauí (2003), as práticas interativas que ocorrem no processo de transmissão de saberes formais, por exemplo vinculados pela escola, e saberes não formais, assimilados por exemplo em família e amigos e entre elementos de uma mesma comunidade, tendem à reprodução das condições sociais, dando continuidade a crenças e práticas. Tal é evidente no que concerne à saúde, a partir da aprendizagem em meio familiar.

Assim sendo, o Programa Saúde na Escola– PSE (Brasil, 2007) veio dar resposta a uma área prioritária, atuando desde o Ensino Fundamental, em articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde. A finalidade é contribuir, através de ações intersetoriais, para o desenvolvimento da rede pública de educação básica, para a prevenção da doença, promoção e atenção à saúde, como parte constituinte da formação integral de crianças e jovens, tendo em vista a melhoria da saúde e da qualidade de vida de todos os cidadãos (Santiago et al., 2012). Esta estratégia, aplicada em trabalho conjunto entre a Escola e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem vindo a possibilitar a troca de informações, a planificação e a concretização de atividades relativas à saúde dos estudantes, interligando escola, família e comunidade (Gomes, 2009).

Como é descrito, seguidamente:

“As ações em saúde previstas pelo PSE, a serem desenvolvidas em articulação com a saúde e a educação, deverão considerar a integridade dos educandos, o que significa garantir a cada um deles o direito à avaliação clínica, oftalmológica, auditiva, psicossocial saúde e higiene bucal. Essas ações contribuem de forma significativa na vida dos educandos, pois constantemente acontece as visitas nas escolas com dentistas aplicando flúor, agentes de endemias trazendo apresentações teatrais, palestras e outros comentando sobre as doenças que aflige a sociedade em geral” (Figueiredo et al, 2010, p.401).

Como explicitado anteriormente, as ações de saúde, previstas no Programa Saúde na Escola, articulam a educação e a saúde. Numa relação de proximidade, em visitas regulares de técnicos de saúde à escola, a cada educando do Ensino Fundamental é disponibilizada informação e são efetuadas avaliações clínicas, oftalmológicas, auditivas, psicossociais e de saúde e higiene bucal. É de realçar a vertente educativa, frequentemente com uma forte componente lúdica, de forma a atrair a atenção e motivar a participação dos alunos, através de apresentações teatrais, palestras e debates (Idem).

O PSE não pode funcionar, apenas, para obtenção de saberes na teoria, mas deverá constituir uma forma de contribuir para o conhecimento significativo de novos saberes, criando momentos de interação entre a escola, a família, os profissionais da saúde e a comunidade em geral. “Ambas as partes envolvidas trabalham juntas para atingir um objetivo comum, resultando em benefícios para todos” (Rocha, 2008).

Desta forma, o professor precisa implementar estratégias diversificadas, para trabalhar com o tema saúde em suas aulas, motivando os educandos para uma alimentação saudável, cuidados com a higiene corporal, bucal e com os cabelos, sem esquecer o cuidado com o meio ambiente. Sobretudo, interessa impedir o contágio de doenças infecciosas e o acúmulo de água parada, a fim de evitar a dengue e as demais doenças, relacionadas com o mesmo mosquito (Idem).

Por isso, sai reforçada a transversalidade do Programa Saúde na Escola, dado que a Educação em Saúde não pode ficar ligada apenas à disciplina de Ciências Naturais, focando somente, temas voltados para o corpo humano e higiene, entre outros. Na verdade, deve abranger, para assuntos relacionados com a saúde, doenças infecciosas, vacinas e epidemias, promovendo momentos de palestras e outros eventos, com o envolvimento da comunidade, pois a interação entre família, escola e comunidade contribui, de forma significativa, para o melhor desenvolvimento dos alunos, como elementos centrais do processo de ensino aprendizagem (Figueiredo et al., 2010).

Através de ações focalizadas, pautadas nas concepções acerca da saúde, bem como no processo de educação em saúde e no desenvolvimento do trabalho docente, é possível uma parceria entre a Saúde e a Educação. Esse trabalho conjunto pode ajudar a ultrapassar relações históricas, as quais, no passado, muitas vezes, controlaram e reprimiram as atitudes e os comportamentos de crianças e adolescentes. Um exemplo recente de atuação estratégica conjunta é relatado por Santiago et al. (2012), a propósito de uma ação concertada da equipe da Estratégia Saúde, a qual se traduziu na concretização do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE, enquanto base contextual do nosso estudo empírico, a apresentar e analisar posteriormente.

2.3. Intervenção Educativa Em Saúde E Pedagogia Da Problemática

A intervenção educativa realizada nas escolas, no âmbito da saúde, tem-se revelado complexa e multidimensional, implicando equipas de profissionais, preparados para uma efetiva ação educativa. Para Gazzinelli, Gazzinelli, Reis e Penna (2005) houve um desenvolvimento surpreendente no campo de estudo da intervenção educativa em saúde, devido ao surgimento e aplicação de novas metodologias, utilizando-se as contribuições dos estudos de Antropologia da Saúde e das Ciências Sociais contemporâneas.

Assim, o Projeto Político Pedagógico (PPP) de cada escola deve conter temas transversais como Educação em Saúde, o que é oficialmente obrigatório desde 1971. Contudo, uma pesquisa recente, realizada em Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro, aponta que, em 57 PPP existentes, apenas 26 abordam a temática, deixando claro que, em muitas escolas, tal ainda não é uma realidade (Oliveira & Prata, 2013). O mesmo tem acontecido com a Estratégia de Escolas Promotoras de saúde (EEPS), que surgiu no final da década de 80, com o propósito de promoção da saúde, através de atividades intersetoriais, com uma atuação concertada, após o levantamento das necessidades e vulnerabilidades, em cada comunidade escolar (Gavidia, 2001).

Não obstante as ações efetuadas, nem sempre ocorrem intervenções educativas eficazes, devido à continuação de práticas desadequadas, baseadas em modelos teóricos ultrapassados, as quais evidenciam um desfasamento entre a teoria e a prática. Em muitos casos, as intervenções ficam presas a diretrizes tradicionais, próprias de aprendizagens passivas. Em contraste, os discursos oficiais (legislação, currículos) utilizam novos referenciais teóricos, que estão disponíveis para os educadores e pesquisadores, adequados a aprendizagens ativas e colaborativas, que têm em conta os conhecimentos prévios e contextuais dos alunos, relativamente à doença e à sua prevenção. Assim, é necessário seguir novos rumos pedagógicos, que alcancem as interfaces no processo de saúde e adoecimento dos sujeitos, levando-se em consideração as suas vivências e um conjunto de crenças e valores individuais e coletivos (Gavidia, 2001; 2002; Monteiro & Bizzo, 2013; Silva et al., 2010). Consequentemente, a Educação em Saúde deve:

“Partir de uma necessária articulação entre representações sociais e experiências da doença. A representação social apresenta um limite que se situa na generalidade do seu nível de análise-aspecto que pode ser superado, incluindo a dimensão da experiência individual e coletiva dos sujeitos com a doença” (Gazzinelli et al., 2005, p.5).

Na prática educativa em saúde revela-se essencial, então, uma **pedagogia da problematização**, como é afirmado na citação a seguir.

“É indiscutível que a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é a mais adequada à prática educativa em saúde. Além de promover a valorização do saber do educando e instrumentalizando-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita efetivação do direito da clientela às informações, de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo que este exerça um trabalho criativo. Estas características e consequências convergem para uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividade estando em concordância com os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde” (Pereira, 2003, p. 1533).

O termo “pedagogia da problematização” foi utilizado primeiramente, no Brasil, por Paulo Freire (1996), aplicado à educação popular. A partir da leitura do mundo de cada sujeito, é possível problematizar, mudar e transformar a vida em comunidade, uma vez que todo o homem é um “ser inacabado”, pelo que todas as possibilidades de realização se abrem, num movimento de “ser mais”, inscrito na tecitura social (Fernandes & Backes, 2010). A aprendizagem dos educandos torna-se, desta maneira, mais ativa e dinâmica, alicerçada na realidade quotidiana que lhes é próxima, de forma a agirem sobre essa mesma realidade. O processo de aprendizagem é desenvolvido em colaboração entre educandos e educadores como é afirmado na citação que se inclui a seguir.

“(...) modelos mais flexíveis e contextuais, em que os conhecimentos sejam construídos conjuntamente a partir das vivências e experiências dos educandos e educadores. As diretrizes pedagógicas que norteiam as ações dessa nova prática do ensino poderão estar centradas na Metodologia da Problematização, a qual considera a aprendizagem a partir da realidade dos educandos com a finalidade de apreendê-la e compreendê-la, apoiar o processo de construção do conhecimento e transformá-la. Sendo assim, a realidade do educando é percebida não como um fim em si mesma, mas como subsídio para o encaminhamento de novas propostas ante os problemas apresentados, possibilitando interação entre ensino, teoria e prática, buscando soluções específicas e originais para diferentes situações, integrando educação, trabalho e comunidade, sob uma perspectiva crítico-reflexiva” (Schaurich, Cabral & Almeida, 2007, pp. 322-323).

Este processo de ação e (re) criação implica, na pedagogia da problematização, um diálogo e ação que levem à transformação da realidade social, tendo como agentes homens e mulheres, enquanto seres históricos, que lutam contra a acomodação. Na opinião de Freire (1996), é preciso ultrapassar a resignação e o fatalismo, que muitos educadores resumem na expressão “não é possível mudar o sistema”, para alcançar a emancipação.

Nesta perspectiva, a problematização da relação entre o ser humano e o Mundo concretiza-se a partir da pesquisa-problematização, questionando verdades instaladas e procurando outros caminhos, “numa formação para a humanização, para a autonomia e emancipação” (Bach & Carvalho, 2012, p.3). No que se refere à problemática do nosso estudo, a transformação do sujeito ocorre através da compreensão de que a saúde não se alcança apenas nas visitas a médicos especialistas, através de consultas, ou tomando

remédios, ou ainda sabendo que os cuidados hospitalares são de grande importância. Efetivamente, é essencial ter a noção do alcance das medidas educativas, empreendidas através de intervenções e diálogos, para uma melhor qualidade de vida (Brasil, 2011).

A finalidade reside em incentivar um processo coletivo de construção de conhecimento, que se comprometa com a formação da identidade e cidadania, potenciando a educação em saúde, ao longo de toda a escolaridade, na assunção de um trabalho colaborativo, a desenvolver nas escolas (Carvalho, 2015). Entende-se que as práticas educacionais devem levar à construção da autonomia dos estudantes, para que estes possam ser sujeitos críticos, capazes de conhecer o seu próprio corpo e a sua saúde em geral, percebendo qualquer alteração. Tal implica levar em consideração que a Educação em Saúde pode contribuir, de forma efetiva, para uma alimentação saudável, prevenção de doenças e acidentes, tanto na escola quanto em casa, o que está na base de mais bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos.

A pedagogia da problematização, assenta, então, na procura de alternativas que possibilitem melhorias no processo sócio educativo, elegendo o aluno como sujeito construtor do seu desenvolvimento. Numa área prioritária como a saúde, e citando Pereira (2003, p. 1533), “a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é a mais adequada à prática educativa em saúde”.

Diante da complexidade desta temática, Schall (2005), uma pesquisadora nesta área, analisa os rumos da Educação em Saúde nas escolas brasileiras, propondo uma atuação integrada entre arte, ciência e literatura, com o objetivo de desenvolver ações que contemplem a saúde como um tema transversal e que sejam apelativas para os alunos.

Por conseguinte, o papel de todos os educadores, e em especial dos professores, é central para o sucesso do Programa Saúde na Escola – PSE (Brasil, 2007), pelo que a formação docente deve ser tomada como um imperativo nesta área.

2.4. A Formação Dos Professores Em Educação Em Saúde

Em contexto escolar, a Educação em Saúde é da responsabilidade de todos os elementos da comunidade (Gomes, 2009), devendo o espaço escolar ser transformado num ambiente de promoção de saúde e prevenção de doenças (WHO, 2003; Zancul & Gomes, 2011). Os educadores convivem, diariamente, com os educandos, seja no Ensino Fundamental ou no Ensino Médio, pelo que a sua atuação é essencial, para uma formação consciente e crítica dos jovens, no que concerne à saúde. Por isso, existe a necessidade de mudanças nos currículos das universidades, a fim de proporcionar uma formação adequada

a esses profissionais (Bach & Carvalho, 2012). A título de exemplo, uma pesquisa, concretizada com professores de Biologia e Ciências, de uma escola pública em Brasília, comprovou que muitos docentes possuem pouca formação, para orientar a Educação em Saúde, na instituição escolar onde trabalham, reconhecendo, no entanto, a sua importância (Zancul & Gomes, 2011).

Por sua vez, uma outra pesquisa, realizada por Cardoso, Reis e Iervolino (2008) sobre as perspectivas dos professores, obteve como resultado que os mesmos têm dificuldade em desvincular a promoção da saúde de hábitos de higiene. O estudo demonstrou, também, alguma dificuldade dos docentes em relacionar o ambiente físico com a saúde e a preferência e interesse dos docentes por temas que estão relacionados com doenças. Diante desses resultados, os autores defendem uma capacitação continuada, para que os professores possam amplificar seus conhecimentos sobre saúde e, assim, abordarem, com mais clareza, os princípios e ações da Escola Promotora de Saúde.

A necessidade de uma formação docente inicial mais abrangente, sobre Educação em Saúde, na qual os saberes científicos, pedagógicos e curriculares incluam temas relacionados com a saúde, vem sendo discutida ao longo dos anos (Precioso, 2004), no entendimento de que a atualização científica e a reflexão sobre a ação são essenciais, para a abordagem pedagógica sobre a saúde, à semelhança dos demais conteúdos curriculares.

Quanto à atualização científica, deverá ser tanto específica da área disciplinar e de atuação profissional de cada docente, como pedagógica. É preciso não esquecer que a frequência da escola é iniciada desde criança, o que requer, dos educadores, um conhecimento profundo das fases do desenvolvimento humano, para que possam contribuir, efetivamente, para a formação dos jovens. Além do mais, o professor deverá inteirar-se dos conhecimentos pré-existentes, quer das disciplinas curriculares quer sobre saúde, através do diálogo e de atividades de diagnóstico, incorporando-as na aquisição de novas aprendizagens (Freire, 1996; Marinho et al., 2015; Meyer et al., 2006).

Neste entendimento, Vigotski (2007, p.94) enfatiza que, em qualquer situação de aprendizado, com a qual a criança se defronta na escola, existe sempre uma história prévia. É importante que os conhecimentos, que advêm de aprendizagens na família e no meio, anteriores à frequência da escolaridade, sejam incorporados na aprendizagem formal disponibilizada pela escola, pois tal é uma condição reconhecida de motivação e do sucesso educativo dos alunos (Canário, 2005; Haboba, 2017; Meyer et al., 2006).

Assim sendo, o professor deve realizar uma prática reflexiva, centrada no aluno. Como comenta Pérez Gomes (2000, p. 373), há várias formas de perceber o ensino: “O docente pode ser visto como investigador na aula, pode entender o ensino como arte, ou o ensino como arte moral, ou o professor como profissional crítico, ou acreditar no ensino

como profissional prático”. Como docente investigador, o professor deverá assumir o papel de profissional crítico, tomando decisões refletidas e sustentadas. Trata-se de um percurso que tem o seu ponto de partida na formação inicial, mas que se estende ao longo de toda a vida profissional, através de formação contínua e de supervisão com colaboração entre pares, em comunidade educativa aprendente (Coimbra, 2012).

Na sua formação inicial e contínua, enquanto “prático reflexivo”, tal como designado por Schön (2000), o docente precisa adquirir e aprofundar capacidades e competências, que lhe permitam problematizar a realidade e orientar os seus alunos, na assimilação de conhecimento significativo, como explicitado a seguir:

“O conceito de reflexão na ação tem por base as conceções de Schön (1983; 1987; 1991), sobre a componente reflexiva da formação profissional, a partir de situações práticas. Schön considerou-a uma reflexão-na-ação, antes, durante e depois da ação. A prática é o eixo do currículo da formação do professor, desencadeando o desenvolvimento de atitudes, capacidades e competências, necessárias a um “conhecimento-na-ação”, possível através da reflexão (Argyris & Schön, 1996). Contrariamente às teorias da racionalidade técnica, nas quais a prática surge no final do desenvolvimento do currículo de formação, no modelo de formação de professores, enquanto profissionais reflexivos, a prática docente é o epicentro da ação, da reflexão e da construção do saber docente” (Coimbra, Martins, Pinto & Serradas, 2015, p. 970).

Entretanto, e apesar da discussão suscitada a propósito da reflexividade prática de metodologias centradas no aluno, não houve, nos últimos anos, mudanças significativas nos currículos do ensino superior, nem na atuação da maioria dos professores brasileiros, visando uma formação mais consciente e crítica dos estudantes, em especial no que diz respeito à Educação em Saúde. Na opinião de Zancul e Gomes (2011, p. 51):

“(...) a Organização Mundial da Saúde tem defendido, em conferências e publicações, a necessidade da formação em Educação em Saúde para os professores do Ensino Básico (WHO, 2001).(...) o educador trabalha diariamente com os alunos de ensino fundamental e médio, sendo essencial sua atuação consciente e crítica na formação dos estudantes. Para isso, o professor tem que estar bem preparado, bem formado pelos cursos de graduação das universidades. (...) A sensibilização e formação do corpo docente têm importância fundamental para que a Educação em Saúde exista de fato e seja bem trabalhada dentro das escolas. Entretanto, os atuais cursos de licenciatura em Ciências Biológicas, de uma maneira geral, têm formado professores sem abordar temas de Educação em Saúde nos seus conteúdos curriculares”.

No início do novo milénio, e no seguimento das recomendações da OMS (WHO, 2001), relativamente à formação em Educação para a Saúde, destinada a todos os professores que lecionam no Ensino Básico, verificou-se mais sensibilização do corpo docente e dos Diretores de Escola. Todavia, tal nem sempre se traduziu em ações concretas, mercê de condicionalismos de horários sobrecarregados e falta de motivação e

tempo, para um verdadeiro trabalho em equipas multidisciplinares (Cardoso et al., 2008; Figueiredo, 2011; Pereira, 2003; Silva et al., 2010).

A formação de professores em Educação em Saúde é algo inovador, que terá de vencer várias barreiras, quer no ensino superior quer nas escolas, tendo por base a relação entre formandos e tutores (na formação inicial) e entre pares e em cursos de formação especializados (na formação contínua). A formação deverá começar pela seleção e fundamentação de metodologias, estratégias e linguagem mais adequadas para cada faixa etária dos alunos. Quanto ao currículo, deverá incluir definições mais claras, sobre como abordar a saúde em contexto de sala de aula (Heboba, 2017). Por sua vez, na ação, deverá ser privilegiada a reflexividade prática, como referenciado anteriormente.

Uma pesquisa realizada por Marta, Lopes, Pereira e Leite (2014), sobre formação profissional, revelou que o **saber docente** e o **saber enfermeiros** se repartem, ambos, entre formação e ação, teoria e prática, alicerçados na troca de informação e conhecimento entre tutores e formandos, em contexto de estágio profissional, prévio à inserção na vida ativa.

Como ressaltam os autores:

“No caso do ensino, o campo da formação é fonte de inovação para os contextos da prática e os tutores enfatizam essa relação formativa invertida em que aprendem inovações com os formandos. No caso da enfermagem, a inovação no campo da formação é uma reclamação (o que quer dizer que se tem a percepção de que não existe) e os tutores adotam uma posição mais assimétrica, expressiva da detenção mais clara, pela sua parte, de uma franja fundamental da formação em que são cruciais e insubstituíveis, e a partir da qual reivindicam inovações no campo da formação” (Marta et al., 2014, p.8).

Apesar das diferenças, naturalmente decorrentes da especificidade de cada profissão e das funções inerentes a desempenhar, interessa que o saber ser docente e o saber ser enfermeiro se complementem colaborativamente, na implementação de ações, no âmbito do Programa Saúde na Escola, visando a formação e o bem-estar dos alunos (Gallo, 2004; Marta et al., 2014; Pérez Gómez, 2000; Schall, 2005).

Esse trabalho, desenvolvido entre profissionais da educação e da saúde, através de um conjunto de ações formais e/ou informais, ancora em uma parceria entre profissionais, a fim de auxiliar a comunidade local na prevenção e até mesmo na cura de doenças. É possível que, após as atividades desenvolvidas, a comunidade tenha condição de refletir criticamente sobre o que é saúde, reivindicando possíveis soluções para os diversos problemas existentes, a fim de ter uma boa saúde e não adoecer (Figueiredo et al. 2010).

Em síntese, trata-se sempre de um trabalho desenvolvido em conjunto, envolvendo profissionais da saúde e da educação, alunos e encarregados de educação, escolas e

famílias, no cumprimento de um mesmo propósito de conhecimento e de melhoria da qualidade de vida, em cada comunidade.

Uma vez concluída a primeira parte do nosso trabalho, relativa ao enquadramento teórico, iniciaremos a segunda parte, referente à metodologia, apresentação e discussão dos resultados do estudo empírico.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA DO ESTUDO

Na segunda parte do trabalho, correspondente a dois capítulos, concernentes à metodologia do estudo e à apresentação e análise dos resultados, é delineado e apresentado o estudo empírico sobre a relação entre as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis, por parte de alunos do Ensino Fundamental, que frequentam uma Escola municipal de Porto Seguro.

Assim, no presente capítulo é feita a descrição e justificação da opção metodológica, apresentando-se as diversas fases da investigação e pormenorizando os instrumentos de recolha de dados, aplicados no estudo, bem a descrição do contexto e dos sujeitos participantes.

3.1. Tipificação Metodológica

A metodologia constitui um conjunto de abordagens, técnicas e processos, utilizados em investigação científica, na formulação e resolução de problemas de aquisição do conhecimento, de forma sistemática (Rodrigues, 2007). Como afirma Minayo (2014, p. 54), “o conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica. O método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade, a partir das perguntas feitas pelo investigador”.

Desta forma, a metodologia engloba o conjunto de etapas e estratégias, aplicadas no decorrer de um estudo empírico, a fim de encontrar respostas a questões, formuladas a propósito de um determinado problema e contexto (Quivy & Campenhoudt, 2005; Sousa, 2009). Atendendo à especificidade de cada estudo, é essencial que o investigador adeque os seus instrumentos de recolha de dados ao contexto situacional em análise.

Assim, nesta como em qualquer pesquisa, ao longo de um percurso refletido e gradual, é preciso definir a pergunta de partida, os objetivos gerais e específicos e a metodologia, atendendo às características do contexto. Para além disso, é fulcral aplicar os instrumentos e demais procedimentos, tendo em conta o tipo de análise dos dados recolhidos (Idem).

3.1.1. Problemática

O Programa Saúde na Escola (PSE) ganhou, desde 2007, data da sua criação, uma amplitude e importância crescentes, mercê da convergência de esforços de duas áreas prioritárias, concretamente a educação e a saúde (Silva et al., 2010).

Tendo por base diretrizes mundiais (WHO, 2003), é valorizada a educação para a saúde e ambientes de aprendizagem saudável e amigável (Carvalho, 2015). As ações intersetoriais, que asseguram a implementação do PSE, nos municípios e nas escolas (Ferreira et al., 2014), focam a prevenção, promoção e atenção à saúde, no cumprimento dos objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2007).

Atualmente, a educação em saúde tem sido reforçada nas escolas, através do Programa Saúde na Escola (PSE), ampliado em 2011 (Brasil, 2011). É evidente o esforço do governo federal, em implementar políticas intersetoriais, promotoras do desenvolvimento de todos os alunos, ao longo da escolaridade, visando a melhoria da qualidade de vida da população. Desta forma, a conjugação de políticas de saúde e educação, direcionadas para crianças, adolescentes, jovens e adultos, que frequentam as escolas públicas brasileiras, apresenta, como finalidade, promover o desenvolvimento pleno de todos os alunos. Assim sendo, é essencial a mobilização colaborativa dos serviços de saúde e da escola, em conjunto com a família e cada comunidade (Gomes, 2009), de maneira a proporcionar o desenvolvimento integral das crianças e jovens.

Neste entendimento, o PSE enuncia o objetivo de contribuir para a efetividade de ações de promoção e prevenção, ampliando a atenção à saúde, na intencionalidade de desenvolvimento integral do aluno. As ações são empreendidas através de programas e projetos intersetoriais, articulados entre saúde e educação, tendo por base a interdisciplinaridade e a transversalidade, com objetivos voltados para o enfrentamento e redução da vulnerabilidade, que tanto compromete o desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens, a frequentar a rede pública de ensino brasileiro.

Globalmente, é importante destacar que as ações do PSE devem estar inseridas nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das escolas e ser elaboradas a partir das estratégias acordadas entre a escola e a Unidade Básica de Saúde (Oliveira & Prata, 2013). É nessa perspectiva que esperamos contribuir para a pesquisa sobre Educação em saúde, aprofundando a problemática no âmbito do PSE, no decurso da investigação.

3.1.2. Pergunta de Partida

Tendo em conta as considerações anteriores, recorda-se a pergunta de partida, enunciada na Introdução:

- **Como podem as ações, desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), contribuir para a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis, de alunos do Ensino Fundamental, no contexto de uma Escola municipal?**

3.1.3. Objetivos do Estudo

Com a finalidade de responder à questão de partida, relembra-se, igualmente, o **objetivo geral**, tal como definido anteriormente:

- **Analisar de que forma as ações desenvolvidas pelo PSE, envolvendo a escola e a ESF, podem originar a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis de alunos dos anos finais do Ensino Fundamental, de uma Escola municipal de Porto Seguro.**

Em conformidade com o objetivo geral, formularam-se alguns objetivos específicos, que se enumeram seguidamente.

- Caracterizar o Programa Saúde na Escola (PSE), na convergência das políticas de saúde e educação, implementado na rede pública de ensino.
- Verificar como se concretiza a comunicação entre a Escola e a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no contexto de uma Escola municipal de Porto Seguro.
- Analisar as percepções dos participantes sobre as ações intersetoriais e interdisciplinares, concretizadas no Programa Saúde na Escola (PSE), no contexto em análise.
- Analisar como as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) podem contribuir para a mudança de comportamento e o reforço de hábitos saudáveis de alunos do Ensino Fundamental, de uma Escola municipal de Porto Seguro.

3.2. Opções E Estratégia Metodológica

A metodologia tem por função facilitar uma aproximação à realidade, a partir de questões colocadas pelo investigador. A validade do processo passa pela fundamentação da opção e estratégia metodológica e dos procedimentos a aplicar, em um determinado contexto. Como reforça Minayo (2014, p.47):

“Defino pesquisa como a atividade básica das ciências na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino. Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisória e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação”.

Assim, a fundamentação teórica é fulcral para o estudo empírico, uma vez que a teoria deverá explicitar o conhecimento científico existente, necessário à nova pesquisa a efetuar. Consequentemente, a investigação tem, como ponto de partida, a revisão bibliográfica respeitante ao tema a ser analisado (Idem).

Tendo em conta a pergunta de partida e os objetivos, geral e específicos, optou-se por uma abordagem de natureza **qualitativa e quantitativa (mista)**, dado que o problema identificado tem a ver com práticas situadas no seio da comunidade escolar, pelo que é necessário contemplar as percepções dos sujeitos participantes (Sousa, 2009).

Em primeiro lugar, trata-se de uma **abordagem qualitativa**, pois interessa observar, registar e analisar práticas que interliguem educação e saúde, considerando as especificidades da problemática e do contexto, e registando as percepções dos participantes no estudo (Chizzotti, 2003; Coutinho, 2008). Por isso, e devido ao estudo ser focalizado num contexto específico, trata-se, também, de um **estudo de caso**.

Na opinião de Richardson et al. (1999, p.91), “a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais”, de que é exemplo a análise de conteúdo. Para Minayo (2014), essa compreensão dos significados deve reportar-se à realidade dos sujeitos, às percepções e crenças. “Analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade” (Idem, p.299).

Segundo Minayo (2014), a análise de conteúdo é um instrumento direcionado para a interpretação de dados qualitativos, a fim de obter respostas a questões complexas. Trata-se de um procedimento de análise de dados que segue um processo indutivo, examinando as partes para alcançar uma verdade universal (Bogdan & Biklen, 1994). Para o aprofundamento da análise de conteúdo concorre a aplicação de um instrumento de análise de comunicação. Uma das autoras mais importantes nesta área (Bardin, 2009, p.38) afirma que:

“A análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnica de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativas ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”.

A análise de conteúdo, tendo por base o recorte semântico do discurso escrito dos participantes, implica a definição de categorias e subcategorias, com contagem de ocorrências, e respetiva análise.

Em segundo lugar, a pesquisa integra, igualmente, uma vertente **quantitativa**, privilegiando a objetividade. Segundo Fonseca (2002 p. 20):

“A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenómeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente”.

É importante realçar que **a metodologia mista**, conjugando a pesquisa qualitativa (nos inquéritos por entrevista, com análise categorial do discurso escrito,) com a pesquisa quantitativa (nos inquéritos por questionário, com o respetivo tratamento estatístico), pode ser vantajosa para a diversidade, aprofundamento e triangulação dos dados obtidos, na investigação realizada, de **estudo de caso**, no que concerne à análise das perceções dos sujeitos participantes, num contexto específico (Günther, 2006; Serapioni, 2000).

3.3. Fontes E Instrumentos De Recolha De Dados

Atendendo às duas vertentes do estudo, apresentadas no item anterior, as fontes e os instrumentos são diversificados, tal como se caracterizam de seguida.

Primeiramente, é de referir, como uma das **fontes**, o Programa Saúde na Escola (PSE), implementado na rede pública, e cuja origem, evolução, objetivos e características constituem o ponto de referência deste trabalho. A respetiva análise foi feita na primeira parte e, posteriormente, retomada, já no estudo empírico, referente à convergência das políticas de saúde e educação, em uma instituição pública, no Ensino Fundamental.

No que concerne à vertente quantitativa, o instrumento utilizado incidiu em um **inquérito por questionário**, com 10 questões de escolha múltipla, de forma a recolher a opinião de 50 alunos inquiridos, do Ensino Fundamental, do 8º e 9º anos.

Quanto à vertente qualitativa, incide na análise descritiva do **Relatório Anual do Programa Saúde na Escola**, escrito pelo técnico de Saúde da unidade de ESF, responsável pelo preenchimento dos formulários fornecidos pela superintendente do Programa no município, digitalizados e registados em uma base de dados do Governo Federal.

Ainda na vertente qualitativa, há a acrescentar duas **entrevistas estruturadas**, à enfermeira responsável pela ESF e à Diretora responsável pelo PSE na escola, atendendo ao contexto da Escola selecionada, do Município de Porto Seguro.

A entrevista, como instrumento de coleta de dados, tem sido uma das estratégias mais utilizadas em trabalhos de campo, caracterizando-se como uma conversa a dois ou entre mais interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, que procura informações sobre o seu objeto de pesquisa. De entre a variedade possível, há desde a entrevista estruturada ou focalizada à semiestruturada, e ainda à aberta ou em profundidade (Minayo, 2014).

“A modalidade de entrevista semiestruturada difere apenas em grau da não estruturada, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada. Mas, nesse caso, a semiestruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador” (Minayo, 2014 p. 267).

No estudo empírico realizado, selecionou-se a **entrevista estruturada**, a fim de facilitar a triangulação entre as duas entrevistas realizadas e ainda com os resultados obtidos nos restantes instrumentos de recolha de dados. Nas entrevistas será concretizada uma análise de conteúdo de cariz categorial, explicitada anteriormente. A utilização da categorização permite reduzir as dificuldades inerentes à complexidade, visto que possibilita identificar, ordenar e atribuir sentidos ao texto e ao discurso (Bardin, 2009; Stake, 2009).

Desta forma, a utilização conjunta de diferentes fontes, instrumentos e técnicas de recolha e análise de dados tem por objetivo alcançar resultados mais fiáveis, quanto às ações intersetoriais e interdisciplinares, concretizadas no Programa Saúde na Escola – PSE, em uma Escola municipal, e ao seu contributo para a mudança de comportamento e o reforço de hábitos saudáveis dos alunos participantes, do Ensino Fundamental.

3.4. Contextualização Do Estudo

Atualmente, o Município de Porto Seguro - BA atende, por meio do Programa Saúde na Escola, o quantitativo de 16.142 alunos, matriculados desde a Educação Infantil até ao Ensino Fundamental II e Educação de Jovens e Adultos – EJA. No total, contempla 29 escolas, assistidas por 31 equipas de Saúde da Família, as quais desenvolvem as seguintes ações pactuadas: verificação e atualização do cartão vacinal, avaliação antropométrica, avaliação da saúde bucal e avaliação da acuidade visual (Município Porto Seguro, 2017).

A Escola onde decorreu o nosso estudo abriu, oficialmente, no início do ano letivo de 1997, encontrando-se localizada no Município de Porto Seguro/BA. A instituição funciona

num prédio com dezesseis salas, uma biblioteca, um ginásio de esporte, um pátio coberto, uma cantina, quatro almoxarifado, quatro sanitários para alunos e três banheiros para funcionários, duas cozinhas, uma sala com sanitário para a diretoria, duas salas para técnicos, uma sala para os professores com sanitários feminino e masculino, uma secretaria, um auditório, uma guarita com sanitário para porteiro, um sanitário para portadores de necessidades especiais, uma sala de multimídia, com diversos equipamentos tecnológicos, uma sala multifuncional, uma sala de inclusão digital, um laboratório de ciências e uma área para recreação (Porto Seguro, 2012).

A população que frequenta a escola é heterogênea, incluindo, para além de pré-adolescentes, adolescentes jovens e adultos. A Escola oferece classes do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental, Educação de jovens e adultos (1º e 2º seguimentos, 3º e 4º seguimentos), duas turmas do TOPA, e o Programa Mais Educação, que atende, aproximadamente, 120 alunos em turnos opostos.

O local onde está localizada a escola é um bairro, em vizinhança comum de outro, o que possibilita atender a população dos dois bairros. Nesta comunidade, prevalece uma população economicamente desfavorecida, vinda do extremo sul da Bahia, que vive de empregos precários, gerados pelo comércio local e turismo (Idem).

3.5. Sujeitos Participantes

A população de discentes da Escola perfaz um total aproximado de 1.400 alunos, tendo cada turma, em média, cerca de 35 alunos.

A escolha dos participantes englobou 50 alunos do 8.º e 9.º ano do Ensino Fundamental, selecionados aleatoriamente, que responderam a um inquérito por questionário (vertente quantitativa).

O estudo incluiu também, como sujeitos participantes, a Diretora da Escola, pelo seu conhecimento do Programa Saúde na Escola, e, em acréscimo, uma enfermeira responsável pela ESF, tendo-lhes sido aplicado um inquérito por entrevista (vertente qualitativa).

O trabalho de investigação, cujos resultados se apresentam no capítulo seguinte, reporta-se ao primeiro semestre do ano letivo de 2017.

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Apresenta-se, de seguida, a análise dos dados do estudo empírico, o qual conjuga a pesquisa qualitativa com a quantitativa. Os dados, que foram recolhidos por entrevista estruturada à Diretora e à Enfermeira do PSF e por inquérito por questionário, aplicado aos cinquenta alunos, serão apresentados e discutidos com base na revisão da literatura, realizada nos capítulos anteriores, na primeira parte do presente trabalho. A pesquisa tem por finalidade analisar de que forma as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola podem contribuir para a mudança de comportamentos e a prática de hábitos saudáveis dos alunos, a frequentar os anos finais do Ensino Fundamental.

4.1. Análise Das Entrevistas Sobre O Programa Saúde Na Escola

Uma das vertentes da pesquisa considerou o ponto de vista da Diretora e da enfermeira do PSE, no contexto da escola em estudo. As categorias de análise foram definidas com base no guião da entrevista (ver Apêndices) e as subcategorias decorrem das unidades de registo, as quais são constituídas pelo recorte semântico das respostas dos entrevistados (Stake, 2009; Tuckman, 2000). Dos Apêndices consta, ainda, a transcrição da fala dos entrevistados, com exclusão de expressões próprias da linguagem oral, quando estas não apresentem significado relevante, quanto às questões formuladas.

4.1.1. Identificação das entrevistadas

Iniciamos a análise das entrevistas com a identificação e caracterização dos entrevistados. A tabela a seguir contém a área de atuação das profissionais, a Diretora e a Enfermeira, as suas habilitações e funções, e o tempo de trabalho na função atual.

Tabela 1 - Identificação das entrevistadas

	Cargo/ Profissão atual	Funções	Tempo de trabalho na função atual	Conhecimento/ Participação no Programa Saúde na Escola
Dir.	Diretora/ Socióloga Pedagoga	Orientar o planeamento, acompanhar a aprendizagem dos alunos, gerir toda a escola.	05anos	Conhecimento e integração na Escola
Enf.	Enfermeira	Fazer mediação entre professor e aluno, levando a educação em saúde ao conhecimento e aprendizagem, para uma melhor reflexão e compreensão da sua saúde.	03 anos	Conhecimento e participação

A função que a Diretora executa, de liderança e organização de todas as atividades que se desenvolvem na instituição educativa em análise, é privilegiada, pela visão global que possibilita, neste caso em relação ao Programa Saúde na Escola, e concretamente no decorrer do ano de 2017.

No item a seguir, a análise categorial possibilitará o confronto de opiniões, entre a Diretora e a Enfermeira, relativamente à ação desenvolvida no âmbito do PSE.

4.1.2. Análise categorial das Entrevistas

Iniciamos, então, a análise categorial, com a primeira categoria, **“O Programa Saúde na Escola durante o ano letivo de 2017”**. A contabilização das ocorrências, das respectivas subcategorias, inclui-se na tabela seguinte.

Tabela 2 - O Programa Saúde na Escola durante o ano letivo de 2017

Categoria	Subcategorias	Oc.	
		Dir.	Enf.
1. O Programa Saúde na Escola durante o ano letivo de 2017	Programa Saúde na Escola integrado no PPP da Escola	3	0
	PSE como bom Programa em geral	2	1
	PSE menos atuante na Escola em 2017	4	2
	PSE sem calendarização e organização em 2017	7	2
	PSE prejudicou em 2017 a calendarização escolar e o ensino e aprendizagem	3	0
	Diminuição da ação do PSE na Escola devido a mudanças governamentais	2	0
	Aproximação das famílias ao posto de saúde devido ao PSE	2	1
	Enumeração de ações intersetoriais do PSE na Escola em 2017	5	6

Legenda: Dir. – Diretora; Enf. – Enfermeira; Oc. – Ocorrência(s).

Quanto à primeira categoria, **“O Programa Saúde na Escola durante o ano letivo de 2017”**, a Diretora começou por referenciar a integração do Programano Projeto Político Pedagógico da Escola (3 ocorrências) e a apreciação do mesmo, que considera um bom “Programa em geral” (2), contudo “menos atuante na Escola em 2017” (4), devido ao facto de se apresentar “sem calendarização e organização” (7). Em acréscimo, a Diretora afirma que o PSE, no ano letivo em análise, “prejudicou (...) a calendarização escolar e o ensino e aprendizagem” (3), apresentando como possível justificação a “diminuição da ação do PSE

na Escola devido a mudanças governamentais” (2). Todavia, em contraste, reconhece “a aproximação das famílias ao posto de saúde devido ao PSE” e, no decurso da entrevista, enumera algumas das “ações intersetoriais do PSE na Escola em 2017” (5).

Por seu turno, e confirmando os constrangimentos que ocorreram em 2017, relativamente ao PSE, a Enfermeira destaca também o “PSE como bom Programa em geral” (1 ocorrência), porém explicitando que o mesmo foi “menos atuante na Escola em 2017” (2), “sem calendarização e organização” (2), com alguma aproximação das famílias ao posto de saúde (1). Similarmente, enumera as “ações intersetoriais”, efetuadas em 2017 na Escola (6).

No que concerne à enumeração de ações, a Enfermeira relata que, em 2017, foram realizadas ações para detectar a ranseníase, tendo sido identificados certos sinais, em alguns alunos, que foram encaminhados para a referência do Município, para uma avaliação médica detalhada. Outros discentes foram tratados com albendazol, com a autorização dos pais. Houve ainda ações voltadas para a acuidade visual, o que permitiu diagnosticar 43 alunos com dificuldades visuais, tendo estes sido encaminhados para o oftalmologista. O mesmo procedimento foi cumprido, quanto à acuidade auditiva, pelo que alguns alunos foram direcionados para a fonoaudióloga. No seu discurso, a Enfermeira acrescenta que as ações de odontologia não foram realizadas, por falta do profissional na ESF.

Em geral, constata-se que as duas profissionais entrevistadas são concordantes na relevância do PSE, apesar de ambas referenciarem constrangimentos na sua concretização, no que respeita ao ano de 2017.

Como comentam as entrevistadas:

Dir: “(...) hoje o Programa Saúde na Escola está em nosso projeto político pedagógico, nós já colocamos no projeto, pois ele já está acontecendo há uns três anos aqui, esse ano foi um pouco, por que é assim, esse programa não é um programa ruim, é um programa bom, traz bastante esclarecimento para os alunos”.

Enf: “Se essas ações forem feitas de acordo com o que é preconizado (...) o programa (...) (do PSE) pode mudar muita coisa nas famílias”.

De acordo com os textos transcritos, as entrevistadas reforçam a importância atribuída à concretização do PSE, em qualquer escola e no contexto em análise, em particular. Contudo, triangulando as respostas, constata-se a ausência de um trabalho conjunto, a começar pela calendarização atempada, o que prejudicou o trabalho desenvolvido, no âmbito do PSE, no decurso do ano de 2017. Esta falta de planificação e de diálogo pode ser comprovada no excerto que se inclui:

Dir: “(...) quando eu coloco que ele (PSE) meio que atrapalha o processo de desenvolvimento, porque a gente tem que separar o que é da função da

escola do que é de função de outras instituições. Parece que tudo vem para a escola, é saúde na escola, é turismo na escola e assim a escola vai perdendo um pouco a função que ela tem, vai abarcando o programa dos outros e, às vezes, ela vai perdendo um pouco a função e deixa de dar conta daquilo que é dela, para dar conta do que é dos outros, mas é um programa interessante”.

Além disso, a Diretora confirma que a chegada demasiado tardia do PSE à Escola, em 2017, sem planificação fundamentada e divulgada, constituiu um constrangimento ao processo de ensino e aprendizagem:

Dir: *“A (coordenadora) é uma pessoa extremamente competente, ela nos avisa com antecedência, nos convida para as reuniões, mas este ano ficou assim. De repente, estávamos na quarta unidade realizando provas de avaliação e aí chegou o pessoal da saúde na escola, para aplicar a questão dos testes visuais, das palestras, faltou cronograma organizado para que a escola se organizasse desde o início. E assim eu fiquei bastante irritada, porque atrapalhou o desenvolvimento da escola: tinha que tirar o aluno da escola no momento em que o professor estava dando revisão, tinha que tirar o aluno da sala de aula (...) os meninos ficam mais agitados”.*

Para além da Diretora, os constrangimentos são, igualmente, mencionados pela Enfermeira do PSE:

Enf: *“Esse ano de 2017, para mim, não teve calendário, foi jogada a data e eu tive que ir e insistir com a diretora e tudo com a vice, para poder entrar. Não foi organização, não foi estipulado, coisa que não foi do meu agrado, que eu gosto de tudo organizadinho.”*

Não obstante os constrangimentos relatados, e o atraso no arranque do Programa, a Enfermeira do PSE comprova a realização de ações que implicaram um diagnóstico inicial, e ainda a informação e aproximação das famílias e dos alunos ao posto de saúde:

Enf: *“Em 2017 foi a... o programa da hanseníase das manchas (...) foi oferecido albendazol dose única, com termo de consentimento da família (...). E também teve a ação agora no final do ano sobre a acuidade visual e auditiva. Na acuidade visual identificamos 43 alunos com dificuldade visual, alguns gravíssimos, e encaminhamos também para o oftalmo e a acuidade auditiva foi encaminhada para a fonoaudióloga”.*

Assim sendo, a enumeração das ações desenvolvidas pelo PSE, na Escola em análise, com posterior encaminhamento, confirma quer a necessidade de um trabalho conjunto, desenvolvido entre profissionais de saúde e educação, de forma organizada e coesa, como o interesse voltado para as ações de saúde na escola, que informam o aluno e

a sua família, previnem e tratam, demonstrando a importância da intersectorialização, enquanto ferramenta de grande valor para o êxito das ações empreendidas.

Estes resultados são concordantes com a revisão da literatura, pois, na opinião dos autores Figueiredo et al. (2010), é importante o envolvimento da comunidade educativa e dos pais, relativamente ao sucesso das ações de saúde na Escola. É possível que, após as atividades desenvolvidas, a comunidade tenha condições de refletir criticamente sobre o que é saúde, reivindicando possíveis soluções, para os diversos problemas existentes, a fim de ter uma boa saúde e não adoecer.

Passando à segunda categoria, “**Concretização e avaliação das ações do PSE**”, os resultados constam da tabela que se segue:

Tabela 3 - Concretização e avaliação das ações do PSE

Categoria	Subcategorias	Oc.	
		Dir.	Enf.
2. Concretização e avaliação das ações do PSE	Concretização prejudicada por falta de planificação conjunta entre PSE e Secretaria da Educação	2	2
	Falta de planificação conjunta impeditiva da interdisciplinaridade PSE-ação pedagógica	3	5
	Essencial a previsão de ações, com planificação anual ou pelo menos mensal	2	2
	Falta de trabalho conjunto do PSE com Diretora da Escola e professores	4	3
	Chegada sem informação à Escola, o que originou situação de intromissão e falta de diálogo	3	6
	Dificuldades de integração das atividades do PSE no calendário escolar a decorrer	7	5
	Falta de encontros entre PSE e Escola, para avaliação dos resultados das ações	2	1

Legenda: Dir. – Diretora; Enf. – Enfermeira; Oc. – Ocorrência(s).

Na segunda categoria, “**Concretização e avaliação das ações do PSE**”, as duas entrevistadas são concordantes nos fatores de constrangimento à efetiva realização das ações do PSE.

Ambas as entrevistadas mencionam que a concretização das ações foi prejudicada, devido à falta de planificação conjunta entre PSE e Secretaria da Educação (Dir. e Enf. 2 ocorrências). Essa “falta de planificação conjunta” foi impeditiva da interdisciplinaridade do PSE, na ação pedagógica (Dir. 3, Enf. 5). Por isso, identificam como essencial “a previsão de ações, com planificação anual ou pelo menos mensal” (Dir. e Enf. 2), devido à “falta de trabalho conjunto” entre PSE e Diretora e professores (Dir. 4, Enf. 3), o qual se traduziu, desde o início, pela “chegada sem informação à Escola, o que originou situação de

intromissão e falta de diálogo” (Dir. 3, Enf. 6). Este constrangimento é particularmente sentido pela Enfermeira, que apresenta o dobro de ocorrências em relação à Diretora, pelas constantes dificuldades experienciadas. O mesmo sucede com as “dificuldades de integração das atividades do PSE no calendário escolar a decorrer” (Dir. 7, Enf. 5), mas de forma inversa, pois a Diretora é quem mais refere o problema de gerir o calendário escolar, sobretudo sem informação e planificação conjunta e atempada das ações do PSE. Por último, as duas profissionais explicitam que não foram realizados encontros/reuniões entre ESF e escola, para “avaliação dos resultados das ações”, realizadas pelo programa (Dir. 2, Enf. 1); no entanto, a Enfermeira afirma que se concretizaram reuniões com a responsável pelo PSE do Município.

Em geral, as duas profissionais entrevistadas estão de acordo que, no ano letivo de 2017, as ações realizadas pelo PSE foram prejudicadas por falta de reuniões de planificação e avaliação do PSE com a Escola, como pode ser comprovado em trechos da entrevista que se incluem.

Dir: *“Olha, pelo menos que eu me lembre, enquanto sou gestora desde 2014 não (...) Talvez, ou se aconteceu não fui convocada, para avaliação do programa nós nunca fomos chamados, só somos chamados para dizer que tal data vai ter o programa que o pessoal do posto virá aqui. Pelo menos, aqui conosco, não possa ser como com outros diretores, porém comigo, gestora do Paulo Souto, nunca sentaram para saber se o programa foi positivo ou negativo”.*

Enf: *“Não existe nenhum, vai ter ainda o primeiro. Isso foi feito com a coordenadora Rayana, a coordenadora do Município do programa, mas junto com a escola não, nunca tive reunião junto com escola”.*

Segundo as duas entrevistadas, e como já abordado, não houve reuniões entre Escola e ESF para avaliação do PSE, mas houve reunião do PSF com a responsável pelo programa do município. A falta de trabalho conjunto prejudicou a intersectorialização preconizada pelo programa e uma atuação mais consistente, no contexto escolar.

Enf: *“Eu nunca fui apresentada à diretora, nem da tarde, a única que eu conheço, que é paciente minha, é a Fabiana, e a coordenadora Sara é da parte da manhã (...) A coordenadora da parte da tarde eu não conheço. A Mônica eu já vi, já fez aquela apresentação assim – oi tudo, também e tal – nunca sentei para conversar, não”.*

Dir: *“Existe a comunicação, porém não existe suporte, a unidade de saúde muitas vezes não tem suporte para lidar com a questão de um aluno passar mal”.*

Os trechos da entrevista acima relatam, claramente, como a comunicação entre a Escola e a ESF precisa melhorar, a fim de superar as lacunas existentes, pois é essencial para que as ações do PSE possam ser mais efetivas.

Estes resultados evidenciam a importância da comunicação em contexto escolar. Como afirmam os autores Rocha (2008) e Gomes (2009), esta estratégia, aplicada em trabalho conjunto entre a Escola e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem vindo a possibilitar a troca de informações e a planificação e concretização de atividades relativas à saúde dos estudantes, interligando escola, família e comunidade.

No que concerne à terceira categoria, “**Prevenção, atuação e formação no âmbito do PSE**”, os resultados podem ser observados na tabela que se segue:

Tabela 4 - Prevenção, atuação e formação no âmbito do PSE

Categoria	Subcategorias	Oc.	
		Dir.	Enf.
3. Prevenção, atuação e formação no âmbito do PSE	Encaminhamento dos alunos para o posto de Saúde	2	2
	Agendamento de consultas de oftalmologia e Dermatologia	1	1
	Faltou a doação de óculos à semelhança de 2016	1	0
	Faltou realizar palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis, álcool e drogas	1	1
	Atualização da caderneta de vacinas deveria ser na Escola mas tal não acontece	3	2
	Não foi realizada formação para os professores	2	1
	Formação realizada pela Secretaria da Educação	1	0

Legenda: Dir. – Diretora; Enf. – Enfermeira; Oc. – Ocorrência(s).

Quanto à terceira categoria analisada, “**Prevenção, atuação e formação no âmbito do PSE**”, a Diretora e a Enfermeira relatam que é realizado o “encaminhamento dos alunos para o posto de saúde” (Dir. e Enf. 2 ocorrências). A mesma concordância surge no que se refere ao “agendamento de consultas de oftalmologia e dermatologia” (Dir. e Enf. 1). Em relação ao agendamento dessas consultas, a Diretora acrescenta que a Escola não tem acompanhado o que acontece posteriormente. A Diretora afirma ainda que, em 2017, não houve doação de óculos pelo programa (1), o que não é sequer mencionado pela Enfermeira (0). Pode ser ressaltada, também, a falta de palestras sobre DSTs e, ainda, sobre álcool e drogas, havendo concordância entre as duas profissionais. A Diretora afirma que só foram realizadas essas palestras em 2016.

Sobre a “atualização da caderneta de vacinas”, mais uma vez a Diretora e a Enfermeira apresentam opiniões similares, pois ambas entendem que deveria ser efetuada na Escola, o que não sucede (Dir.3 e Enf. 2). A enfermeira afirma que deveria ser realizado na Escola, mas que isso não acontece, apenas quando os alunos vão ao posto de saúde. Quanto à “formação para os professores”, a mesma não se concretizou no ano letivo em análise (Dir.2 e Enf. 1). Por sua vez, a enfermeira acrescenta que essa capacitação vem sendo realizada com os agentes de saúde e também para os enfermeiros. A “formação realizada pela Secretaria da Educação” foi registada somente pela Diretora (Dir.1 e Enf. 0).

Seguidamente, incluem-se algumas transcrições exemplificativas das percepções das entrevistadas:

DIR: *“O que acontece é o seguinte, durante o processo, quando elas descobrem que tem algum problema, o aluno é encaminhado para o posto; até ao momento só sabemos que é encaminhado para o posto, para que de lá eles agendem o oftalmologista ou o dermatologista”.*

DIR: *“A partir daí não temos mais acesso, acesso ao que vai acontecer lá no posto”.*

DIR: *“Em 2016 houve a doação de óculos para os meninos, fizeram exames, foram no centro, fizeram óculos, mas em 2017 não teve. Em 2016 foi muito mais organizado tive mais resultados, pra você ter uma idéia o programa esse ano veio para a escola e iniciaram em novembro”.*

DIR: *“São realizados encaminhamentos pro PSF, porém a escola não tem acompanhado esses processos juntamente com a família do aluno, com isso não tem como saber o que está acontecendo”.*

ENF: *“Não, nos pretendemos fazer, mas ainda não foi feito nenhuma. Gravidez na adolescência, drogas, abusos(..)”.*

DIR: *“Teve uma vez só, foi uma única vez que veio em 2016 e nem em 2017 não teve”.*

Conforme a entrevista, a enfermeira afirma que, no ano letivo em questão, não houve ações através de palestras voltadas para a saúde dos alunos, mas confirma que está no cronograma do próximo ano. Como já foi comentado antes, não houve um cronograma, o que dificultou o agendamento para a realização das ações. A importância da planificação e divulgação das ações, no âmbito da saúde, é fulcral, como é afirmado na revisão da literatura. Segundo os autores Bach e Carvalho (2012) e Carvalho (2015), a finalidade reside em incentivar um processo coletivo de construção de conhecimento comprometido com a formação da identidade e cidadania. Diante disso, é essencial a divulgação à comunidade

educativa, o que poderia ser feito através de palestras abertas a professores, funcionários, pais e encarregados de educação.

DIR: *“Na unidade de saúde. Não sei, por que a escola na questão da vacina trabalha a questão da conscientização no caso dos adolescentes, que é o caso do Paulo Souto, eles vêm aqui fazer essa conscientização, que os meninos precisam ir ao posto para tomar as vacinas, mas agente não tem acesso ao cartão de vacina, até porque a escola não exige o cartão. A única coisa que a escola exige do aluno, em documentação, é o cartão do SUS”.*

ENF: *“Deveria ser na escola, né, nós fomos no primeiro dia, nós pedimos as cadernetas, mas alguns alunos trouxeram, outros não, e aí ficou perdido essa situação. Mas nós fizemos o apelo para eles poderem estar indo perto de sua casa para atualizar o HPV, né, a meningite, a febre amarela e aí deixamos essa parte também para o próximo ano, para estar visualizando quem já foi, beleza, dar os parabéns e quem não foi para aplicar nesse momento que estaremos lá”.*

Diante desses relatos, podemos concluir que a maior dificuldade é a de trabalhar com a intersetorialização, como mostra parte da transcrição das entrevistas. Tal vem dificultando que o PSE tenha o sucesso desejado. Desta forma, o trabalho intersetorial e interdisciplinar é parte essencial do programa, devendo, pois, ser realizado com maior responsabilidade, quanto à planificação, divulgação e concretização nas escolas.

De acordo com a revisão da literatura, relembra-se que o trabalho na instituição escolar deve ser colaborativo e não individual (Brasil, 2007; Santiago et. al., 2012).

ENF: *“Tem dado para os agentes, tem dado para as enfermeiras. A secretaria de educação é que agente ainda não assimilou a proposta, não assimilou o conteúdo, benefício de ajudar a escola, porque agente não está indo na escola para atrapalhar as aulas, para atrapalhar o cronograma de provas e tudo ou então para poder chegar lá e dar trabalho para eles, como eles imaginam”.*

DIR: *“Não, quem fez foi uma instituição que não é da saúde, que deu uma palestra para os professores que convidou. Os professores foram, que foi do balé, foi em parceria com a Secretaria de Educação, esta sim, tem-se preocupado mais com isso, (a Secretaria) fez a palestra, que foi feita em parceria, mas foi feita em formação em saúde”.*

Podemos concluir que há uma evidente falta de alinhamento nos papéis de cada Secretaria. De facto, mesmo aderindo ao programa, todos trabalham de forma individual e isolada, prejudicando o bom andamento do programa e, com isso, deixando de atender aqueles que seriam beneficiados.

Estes resultados vão ao encontro da ênfase na revisão da literatura, pois, como repetido diversas vezes (Cardoso et. al, 2008; Figueiredo, 2011), o trabalho na instituição escolar deve ser colaborativo e não individual. A realização de ações não planeadas em conjunto vem, efetivamente, reforçar a urgência de uma formação contínua, inovadora e sistemática de professores em Educação em Saúde, a qual terá de vencer várias barreiras, quer no ensino superior quer nas escolas, tendo por base a relação entre formandos e tutores (Heboba, 2017).

Quanto à quarta categoria, “**Envolvimento das famílias no PSE**”, os resultados encontram-se incluídos na tabela seguinte:

Tabela 5 - Envolvimento das famílias no PSE

Categoria	Subcategorias	Oc.	
		Dir.	Enf.
4. Envolvimento das famílias no PSE	Bom envolvimento dos Pais na resposta às solicitações da Escola e do posto de saúde	5	2
	Falta de informação e diálogo na família para resolver problemas graves dos adolescentes e dos pais	0	5
	Algumas dificuldades nas consultas dos alunos coincidentes com a carga horária dos pais	2	0
	Realização de tratamentos e consultas por alunos menores e maiores de idade	2	2
	O PSE contribuiu para mudar o comportamento e desenvolver hábitos saudáveis dos alunos no seu meio familiar e escolar	5	1

Legenda: Dir. – Diretora; Enf. – Enfermeira; Oc. – Ocorrência(s).

Analisando os resultados da quarta categoria, **Envolvimento das famílias no PSE**, e relativamente ao bom envolvimento dos pais com a escola e o PSF, a Enfermeira relata que ainda não dá para avaliar a intervenção, acrescentando que tem uma proposta para o próximo ano, a qual vai entrar com o NASF e envolver a família no processo (5 ocorrências). Por sua vez, a Diretora afirma que os pais são próximos e que assinam as autorizações. No entanto, muitos não têm disponibilidade para levar os filhos às consultas marcadas, devido ao horário de trabalho, mas, quando a escola ou o posto os convocam, eles cumprem (2). A Enfermeira registou, enquanto realizava as ações, que há uma carência grande de informações, que atribui a uma provável falta de diálogo com os pais (5). É ainda destacada, pela Diretora, a dificuldade em conciliar o horário de trabalho dos pais com as consultas que são agendadas pelo PSF (2).

Concernente às consultas, é necessário que os alunos tenham um acompanhante e seria melhor se fossem os pais. Esse é um problema apontado, ao qual deve ser dada muita atenção, para que os envolvidos possam, de alguma forma, solucioná-lo (2). A Diretora relata que há uma contribuição do PSE para mudar estes comportamentos, afirmando que as ações desenvolvidas vêm consciencializando alunos e pais, poiso tratamento, iniciado nas ações que foram desenvolvidas na escola, teve continuidade no PSF (5). A Enfermeira acrescenta que são necessárias algumas mudanças na escola, principalmente na questão da limpeza, pois não há como cobrar o que não se oferece. Todavia, é de referir que o PSE é uma ferramenta de trabalho e que, se as ações forem feitas de acordo com o que é preconizado, as mesmas podem e vão mudar muita coisa, na vida dos alunos e dos seus familiares (1).

DIR: *“Os pais são muitos próximos, eles sempre assinam as autorizações, agora o que a gente tem apos, como por exemplo, se o aluno tem que ser encaminhado ao dermatologista ou ao oftalmologista ai temos uma certa dificuldade para os pais levarem esse aluno para as consultas, quando tem psicológico ou emocionais, por conta da carga horária de trabalho dos pais, mas se a gente convida e chama, se o posto chama, chamamos eles aqui e avisamos que o posto encaminhou e eles vêm. Eles têm respondido muito bem”.*

ENF: *“Ainda não dá pra avaliar o que ainda não foi feito, mas depois que começar o negócio vai ferver, porque eu vou entrar com o NASF e o NASF vai ter a psicóloga, vai ter assistente social, vai ter a nutricionista, vai ter fisioterapeuta, né, então é uma equipe multidisciplinar que vai atuar comigo também lá dentro”.*

Os relatos acima, das entrevistadas, mostram que há muito a fazer para alcançar o que é preconizado pelo PSE. E comprova que já existe uma proposta de trabalho para o próximo ano, que envolve, de alguma forma, as famílias neste contexto. Através da equipe multidisciplinar do NASF, muitas ações poderão ser desenvolvidas e, com isso, muitas famílias poderão ser beneficiadas. Esses relatos estão de acordo com a opinião de alguns autores (Figueiredo et al.,2010), que foram citados na revisão de literatura, que destacam a importância da família e da comunidade, no processo da educação em saúde.

Como explicitado anteriormente, as ações de saúde previstas no Programa Saúde na Escola articulam a educação e a saúde. Numa relação de proximidade, em visitas regulares de técnicos de saúde à escola, a cada educando do Ensino Fundamental é disponibilizada informação e são efetuadas avaliações clínicas, oftalmológicas, auditivas, psicossociais e de saúde e higiene bucal. Além disso, é de realçar a vertente educativa,

frequentemente com uma forte componente lúdica, de forma a atrair a atenção e motivar a participação dos alunos, através de apresentações teatrais, palestras e debates (Idem).

ENF: *“Observamos a carência dos alunos, a carência da escola, até dos professores, tem muitas alunas que já foram abusadas, tem alunas que é... como é que se diz estão com problemas emocionais, aquela fase de adolescência, de puberdade para adolescência que não sabem o que querem em vida, não sabem o que pensar, então tem tantos problemas... Brigas, a gravidez na adolescência, elas já começam o namoro, não um namoro sadio, mas já começam o namoro na vida sexual”.*

DIR: *“Aí temos uma certa dificuldade para os pais levarem esse aluno às consultas, quando tem problemas psicológicos ou emocionais, por conta da carga horária de trabalho dos pais”.*

Essas observações foram feitas após ações desenvolvidas do PSE na escola. A Enfermeira relata que há uma carência desses alunos, etambém da escola, para resolver problemas graves, como de fato acontece. A Diretora amplia essa observação, relatando que, quando é necessário que os pais de um aluno o acompanhem a uma consulta, há dificuldade, devido ao trabalho do mesmo. No entanto, esclarece que, quando são solicitados pela escola e pelo PSF, os pais têm respondido bem. A centralidade do envolvimento dos pais é concordante com Gomes (2009), que relata a importância da escola, ESF e família, num trabalho conjunto que passa pela recolha e troca de informações.

Na realidade, é necessário um acompanhante para cada consulta, solicitada pelo PSE. Esse é um problema que foi observado e que, de facto, se deve procurar resolver o mais breve possível, pois todo o trabalho ficará perdido se não for concluída essa etapa, de suma importância para o aluno e o êxito do PSE. Por isso, a Enfermeira percebe o NASF como uma ferramenta muito útil para o programa. O NASF é composto por diversos profissionais dinâmicos, que atuam em várias áreas da saúde, no âmbito do PSF, trazendo mais resolutividade às ações desenvolvidas (Brasil, 2011, cf. Anexo I).

DIR: *“Olha, vou falar da escola do chão onde estou. Aqui reflete na conscientização dos meninos na questão de usar preservativo, na questão do tratamento odontológico, alunos que iniciaram o tratamento e têm ido fazer, às vezes por conta própria. Aqueles que são maiores vão às consultas, os pais marcam e eles vão então, na questão da conscientização tem sido bacana, em relação a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e à questão de acompanhamento de vacinas. São importantes, elas só precisam ser mais bem estruturadas”.*

ENF: *“Se essas ações forem feitas de acordo com o que é preconizado, elas realmente podem mudar, vão mudar, e o programa será bem inserido, bem aceito pela educação em si geral. Pode mudar muita coisa nas famílias. Os alunos vão ter o conhecimento de se relacionar, vão ter o conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez na adolescência. Então provavelmente não vão querer viver uma doença, não vão querer viver uma gravidez na adolescência, vai ter também o apoio é sobre a inclusão, do NASF sobre o perigo das drogas né, então também os direitos do adolescente que a minha assistente social pode tá falando, quais são os direitos deles? Têm direitos a várias coisas né, e deveres também”.*

De acordo como discurso transcrito, é evidente que as duas entrevistadas concordam que o PSE contribui para a mudança de comportamento e também para introduzir hábitos saudáveis. Em contra partida, as duas relatam que é preciso alinhamento no cronograma das ações oferecidas, para que sejam efetivas e possam gerar resultados esperados. Neste entendimento, a Enfermeira relata que deve haver mais empenho da escola, a qual, segundo esta profissional, parece que ainda não assimilou o benefício do PSE.

Neste sentido, o PSE revela-se um programa que, através das ações desenvolvidas, pode mudar a saúde dos alunos, pois agrega um olhar multiprofissional e intersetorial. De facto, planificando e alinhando as ações na escola, tal pode mudar comportamentos e, com isso, pode melhorar a saúde dos alunos e das suas famílias. A intersetorialização é uma proposta do PSE que motiva para a mudança, empreendida num percurso mais ou menos longo. Uma pesquisa realizada por Ferreira et al.(2014) relata que os gestores estão passando por um processo de aprendizagem, para concretizar mudanças no modelo antigo de gestão e fazer ajustes, a fim de fortalecer esse processo. Trabalhar de forma intersetorial é algo novo, que requer capacitações contínuas, ao longo do tempo.

Por último, e quanto à quinta e última categoria de análise, **“O Programa Saúde na Escola no futuro”**, os resultados das ocorrências podem ser observados na tabela.

Tabela 6 - O Programa Saúde na Escola no futuro

Categoria	Subcategorias	Oc.	
		Dir.	Enf.
5. O Programa Saúde na Escola no futuro	Importância do PSE para o desenvolvimento dos Alunos	1	5
	Planificação para mais eficácia das ações do PSE no futuro	3	5
	Parceria efetiva entre o PSE e a Escola, com um plano e ações conjuntas	4	4
	Mudança com Entrada do NASF e equipa alargada e multidisciplinar	0	3
	Mudança da limpeza e higiene da Escola e aquisição de hábitos de higiene por alguns alunos	0	5
	Consciencialização sobre a gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e drogas	0	3
	Organização do cronograma anual para tranquilizar Diretores e professores e promover a saúde	0	2

Legenda: Dir. – Diretora; Enf. – Enfermeira; Oc. – Ocorrência(s).

No que concerne a quinta e última categoria em análise, **Programa Saúde na Escola no futuro**, a Diretora descreve a importância do Programa para o desenvolvimento dos alunos (01 ocorrência). Ademais, defende uma melhor planificação para uma maior eficácia das ações no futuro (03), relatando ainda a necessidade de uma parceria efetiva entre Escola e PSE, com um plano e ações conjuntas, como é de facto preconizado pelo programa (04).

Por sua vez, a Enfermeira destaca a importância das ações do PSE na escola e focaliza algumas delas (05). É de realçar que compartilha o mesmo ponto de vista da Diretora, na questão da planificação das ações no futuro, para uma melhor eficácia (05). Concorde, também, que é necessária uma parceria efetiva e planos conjuntos entre escola e PSE (04).

No entanto, a Enfermeira vai mais além, em suas observações, Em geral, evidencia as mudanças que podem ocorrer com a entrada do NASF, pois a equipe estará mais alargada e multidisciplinar, sendo, consequentemente, mais resolutiva em suas ações (03). Refere ainda, em seus relatos, que a escola precisa melhorar a limpeza e a higiene. Entre os exemplos mencionados, descreve que encontrou salas e banheiros sujos e cheios de poeira, sendo preciso dar bons exemplos, para que sejam adquiridos hábitos de higiene, por alguns dos alunos (05). Evidencia, também a importância da consciencialização sobre a gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e drogas (03), defendendo a organização de um cronograma anual, para que os diretores e profissionais de saúde possam estar tranquilos e promover a saúde dos alunos (02).

Como afirmam as entrevistadas:

DIR: *“Pois é um programa importante, você sabe da relevância dele, que vai contribuir para a saúde dos seus alunos (...).”*

ENF: *“Se essas ações forem feitas de acordo com o que é preconizado, elas realmente podem mudar, vão mudar. E o programa será bem inserido, bem aceite pela educação em geral, pode mudar muitas coisas nas famílias”.*

Tanto a Diretora como a Enfermeira consideram que o PSE é importante e que, na escola em questão, a consciencialização dos alunos estão acontecendo gradativamente, sobre como prevenir doenças, devido às ações implementadas. Além disso, houve preconizações das ações realizadas e essa planificação foi seguida, para o êxito do programa. Desta maneira, comprova-se a necessidade de construção de caminhos intersetoriais, para que as ações do PSE possam ser verdadeiramente efetivadas. Na realidade, as parcerias são importantes, para ajudar no diagnóstico da realidade local e apontar prováveis ações (Brasil, 2009a).

DIR: *“Planejamento. É preciso que, de facto, haja parceria entre a saúde e a escola, porque não é você chegar, comunicar à direção, convidar o diretor para uma reunião. Apartir daí, nós vamos implantar, vamos vir aqui na escola, olha professora, este mês nós vamos realizar o programa saúde na escola aqui. Quais são as prioridades da sua escola?, o que é que vocês estão desenvolvendo?, em qual momento a gente pode(...).”*

ENF: *“O que dá para ficar mais eficaz é a organização do cronograma anual. Organizando o cronograma já fica tranquilo para os diretores e já fica tranquilo para o posto de saúde e equipe de saúde”.*

As duas participantes relatam, em suas entrevistas, que o planejamento é necessário para que não haja constrangimentos, e os trabalhos tanto do posto quanto da escola não venham a ser prejudicados, para que o programa possa, efetivamente, cumprir os objetivos.

DIR: *“Planejamento em parceria, uma parceria de facto. Seria avisar estou indo, você teria condição de me receber, como posso receber, nós precisamos de tal a tal período a realizar. Ficamos sem muito espaço, mas não podemos dizer que não dá, pois é um programa importante. Você sabe da relevância dele, que vai contribuir para seus alunos. Então a gente recebe, mas é preciso que haja comunicação, estou indo em qual momento, você pode receber, essas ações estão em seu planejamento pedagógico”.*

ENF: *“Logo após esse cronograma, as ações serão desenvolvidas, os professores, os diretores vão ver a melhor curiosidade e interesse dos alunos pela presença da saúde lá dentro, lá dentro da escola ”.*

Diante desses relatos, percebemos que as parcerias entre escola e PSF são produtivas e essenciais. Como explicita a Diretora, é necessário saber em que momento a escola pode receber o programa e quais são os maiores problemas enfrentados na escola. Desta forma, juntos é possível fazer um diagnóstico e indicar possíveis ações. Aqui entra também a importância da transversalidade, pois a educação em saúde constitui um tema transversal e é importante a participação de todos os professores, envolvidos na formação dos educandos. Todos deverão participar em atividades que tenham o propósito de mais reflexão, prevenção e conscientização, a respeito de questões pertinentes sobre a saúde dos alunos (Gavidia, 2001).

A fim de atingir estes propósitos, é fulcral que o NASF, enquanto equipe multidisciplinar continue a atuar, juntamente com a equipe do PSF, dando apoio necessário. O trabalho dessa equipe é fundamental para a resolutividade do programa, dado que, como a Enfermeira relata com clareza, há problemas na instituição escolar, que é crucial solucionar:

ENF: *“A gente reparou também na deficiência da limpeza da escola, tudo muito, muito sujo. Eu fiquei assim porque eu conheci a escola no início e já fiz palestra no início. Há 17 anos atrás não era assim, né, aí eu perguntei à vice diretora o que acontecia, porque era dessa forma. Ela disse que as funcionárias que ela tem são doentes, são funcionárias que vêm de uma licença(...). Vai mudar isso tudo porque agente vai fazer relatório(...)”.*

Uma situação, levantada por diversas vezes pela Enfermeira, é a questão da limpeza, com salas de aulas cheias de poeira e banheiros sujos. Conforme a transcrição acima, é um problema de RH (Recursos Humanos), que precisa ser resolvido, pois é preciso dar o exemplo, para que haja mudanças. Ser gestora de uma escola é muito árduo e, se quiser ter êxito, é necessário trabalhar em parceria e demonstrar a real necessidade e empenho de cada setor, principalmente quanto ao quadro de servidores, para o bom andamento do serviço. Isso é importante, pois a limpeza é essencial para a saúde, fazendo parte da mudança de hábitos, atitudes e comportamentos individuais e coletivos, como afirmam os investigadores Zancul e Gomes (2011).

Mais uma vez, é destacada a centralidade da responsabilidade de cada um, pois os alunos têm direitos, mas igualmente deveres:

ENF: *“Os alunos vão ter o conhecimento de se relacionar, vão ter o conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez na*

adolescência. Então, provavelmente, não vão querer viver uma doença, não vão querer viver uma gravidez na adolescência. Vão ter também o apoio sobre a inclusão, do NASF sobre o perigo das drogas, né. Então também os direitos do adolescente, que a minha assistente social pode estar falando, quais são os direitos deles? Têm direitos a várias coisas, né. E os deveres também”.

O conhecimento e a consciencialização são necessários, como afirma a entrevistada. Trata-se de um trabalho em que os frutos são colhidos a longo prazo. É importante essa reflexão da Enfermeira, pois o conhecimento gera mudanças, mas traz também responsabilidades, pois, sabendo dos seus direitos, também os alunos aprendem qual o seu dever, o que é de suma importância, para o crescimento de qualquer criança e jovem.

ENF: *“Logo após esse cronograma as ações serão desenvolvidas. Os professores, os diretores vão ver a melhor a curiosidade, o interesse dos alunos pela presença da saúde lá dentro da escola e, provavelmente, também podem estar querendo mudar alguns hábitos, também, né. É porque você vem numa escola que não tinha iniciado”.*

Em geral, é evidente a relevância que o programa tem adquirido na vida dos alunos e das suas famílias. Por isso, as planificações e os cronogramas devem ser alinhados com uma parceria mais organizada, que favoreça tanto a escola quanto o PSE, para que as ações possam, de facto, ser realizadas com maior êxito. Esse foi o ponto de vista das duas entrevistadas. No entanto, ambas entendem que há muito por fazer, para que os objetivos do programa venham a ser cumpridos e para que, dentro desse processo, os resultados esperados possam beneficiar a comunidade, tanto a nível individual como coletivo.

Neste sentido, o PSE veio, então, dar resposta a uma área prioritária, atuando no contexto da escola em análise, em educação em saúde, trabalhando na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Santiago et al., 2012), constituindo, no seu conjunto, uma ação prioritária, reconhecida por todos os participantes no presente estudo.

Com um melhor alinhamento do cronograma e uma melhor comunicação entre saúde e educação, o PSE, implementado na escola pública em questão, poderá ter êxito na melhoria da saúde e da qualidade de vida dos alunos e das suas famílias, contribuindo para o bem estar da comunidade.

Assim sendo, e atendendo à importância da opinião dos alunos, em todo este processo, no subcapítulo seguinte será realizada a apresentação e a análise dos resultados do inquérito por questionário, aplicado aos alunos. Desta maneira, triangulando diversas fontes de informação, será possível enriquecer a análise, relativamente à ação do PSE, no contexto de uma escola do Ensino Fundamental.

4.2. Inquérito Por Questionário Aos Alunos

Apresenta-se a análise dos resultados do inquérito por questionário aos alunos, após tratamento estatístico dos dados. O primeiro inquérito por questionário (cf. Apêndices) foi preenchido por 50 alunos do Ensino Fundamental, do 8.º e 9.º anos. No inquérito por questionário predominam questões de resposta fechada, com uma única questão aberta, utilizando uma escala de Likert adaptada.

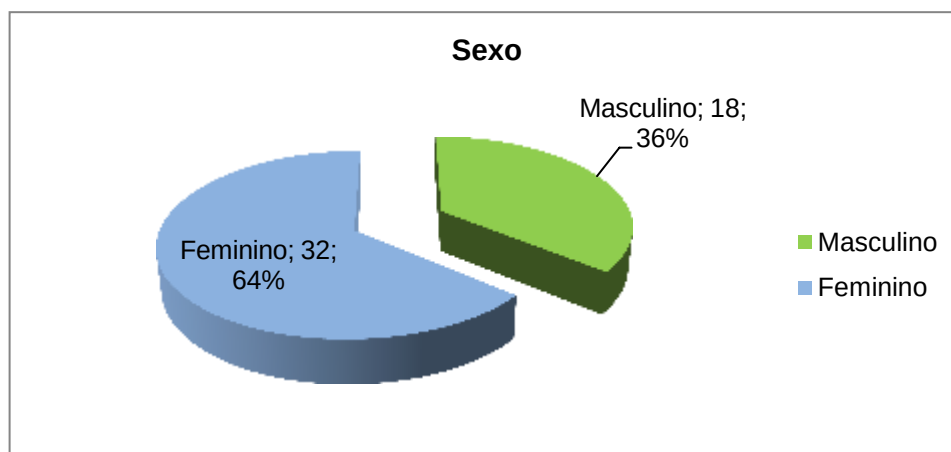
4.2.1. Caracterização dos alunos

A análise dos dados pessoais dos alunos, que responderam ao inquérito, permitiu observar que, quanto à variável sexo, 64% da amostra é do sexo feminino e 36% do sexo masculino.

Tabela 7 – Sexo dos alunos

	Quantidade	%
Masculino	18	36%
Feminino	32	64%

Gráfico 1 – Sexo dos alunos



Em relação à variável sexo, a mesma está de acordo com a média nacional no Brasil. Uma pesquisa, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que 55% da população é do sexo feminino, o mesmo acontecendo num

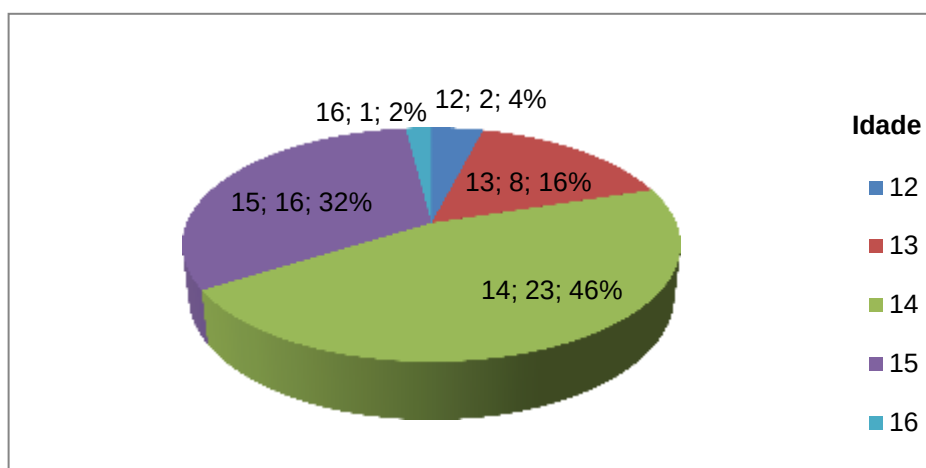
estudo de Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD), quanto a alunos (as) a frequentarem o Ensino Fundamental (IBGE, 2012). Uma pesquisa, também realizada pelo IBGE, demonstrou que a média de frequência escolar no Ensino Médio é 63,2% masculina e 73,5% feminina, o que corrobora os dados do gráfico acima (IBGE, 2016).

A seguir, apresentam-se os resultados, em tabela e em gráfico, relativos à idade dos alunos inquiridos.

Tabela 8 – Idade dos alunos

Idade	Quantidade	%
12 anos	2	4%
13 anos	8	16%
14 anos	23	46%
15 anos	16	32%
16 anos	1	2%

Gráfico 2 – Idade dos alunos



Quanto à variável idade, a média mais frequente, nos estudantes inquiridos, é de 14 anos, com 46%, seguindo-se os alunos com 15 anos, com 32%. O valor máximo é de 16 anos e o mínimo de 12, o que revela uma concentração entre os 13 e 15 anos, na escola em análise.

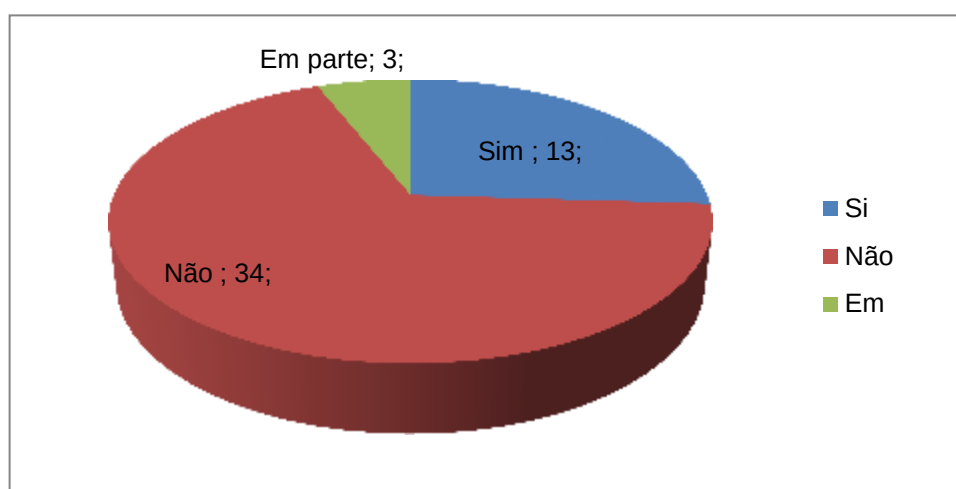
4.2.1. Percepções dos alunos sobre o Programa Saúde na Escola (PSE)

Em relação à questão dois, “Já participou em ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE)?”, os resultados constam da tabela e do gráfico a seguir.

Tabela 9 – Participação em ações do (PSE)

	Quantidade	%
Sim	13	26%
Não	34	68%
Em parte	3	6%

Gráfico 3 – Participação em Ações do (PSE)



A tabela e o gráfico apresentam-nos um conjunto de respostas, que se explicita, por ordem decrescente: 68% dos alunos não participaram, 26%, sim, já participaram e 6% participaram em parte. Nenhum aluno, que respondeu sim, identificou as ações.

Em concordância com as respostas dos alunos, conclui-se que o predomínio do “não”, no contexto escolar em análise, evidencia uma realidade a merecer a atenção de todos os educadores, de forma a superar os constrangimentos à participação dos alunos.

Triangulando estes dados com as entrevistas à Diretora e Enfermeira, podemos concluir que, também na opinião de ambas, é essencial aumentar o interesse e a participação dos alunos, e respectivas famílias. Estas opiniões vão ao encontro das afirmações de alguns investigadores, citados na revisão da literatura (Gomes, 2009; Rocha,

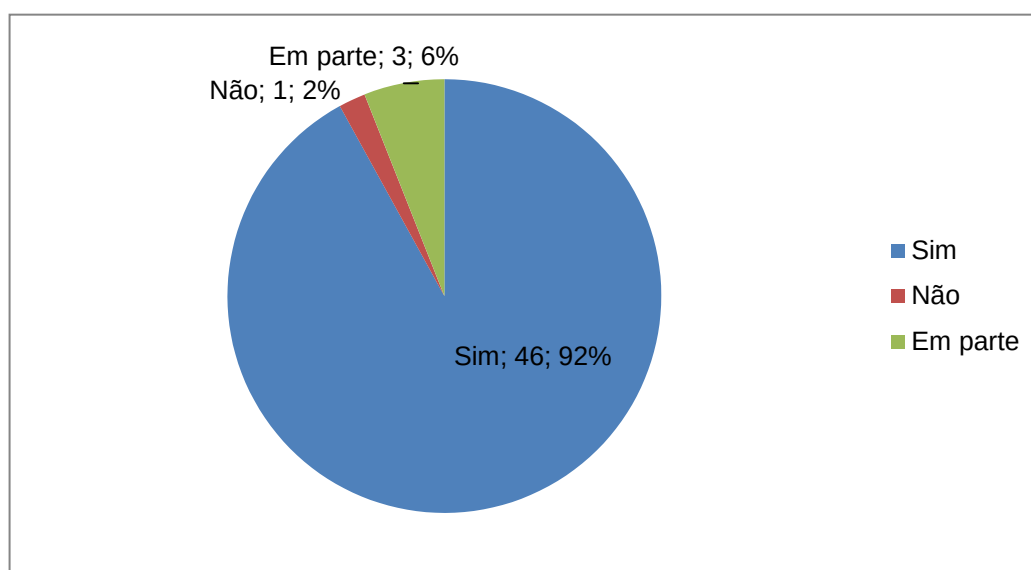
2008), sobre a importância da comunicação entre escola, família e unidade de saúde, para a planificação e concretização de ações do Programa Saúde na Escola.

Quanto à questão três, sobre a importância da avaliação oftalmológica, para detetar deficiências nos olhos, que poderão dificultar a aprendizagem, os resultados constam da tabela e do gráfico seguintes.

Tabela 10 - Importância da avaliação oftalmológica

	Quantidade	%
Sim	46	92%
Não	1	2%
Em Parte	3	6%

Gráfico 4 – Importância da avaliação oftalmológica



Mesmo que a maioria dos discentes não tenha participado em nenhuma ação oftalmológica, o gráfico anterior aponta que 92% dos alunos, que responderam ao questionário, considera a avaliação oftalmológica importante, pois qualquer grau de dificuldade visual pode comprometer, de alguma forma, o aprendizado.

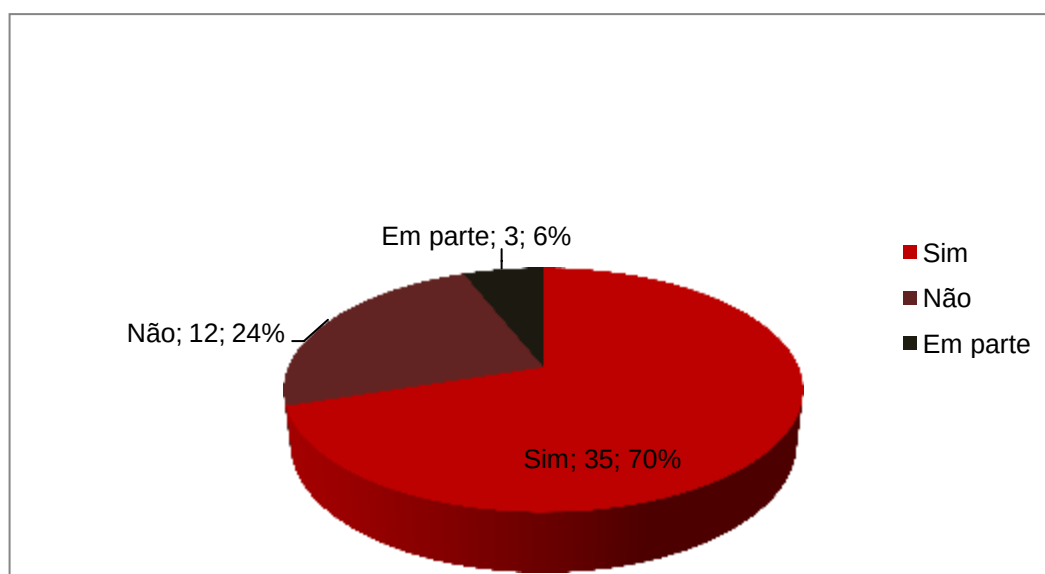
Estes resultados são importantes, porque refletem a centralidade de reforçar a educação em saúde, a fim de alcançar mais qualidade de vida e das aprendizagens em sala de aula (Melo, 2010).

No que concerne à questão quatro, sobre as ações de higiene bucal, desenvolvidas na escola, e a respectiva contribuição para melhorar comportamentos e promover hábitos saudáveis, os resultados constam da tabela e do gráfico que se incluem.

Tabela 11 – Promoção de hábitos saudáveis através de ações de higiene bucal na escola

	Quantidade	%
Sim	35	70%
Não	12	24%
Em Parte	3	6%

Gráfico 5 – Promoção de hábitos saudáveis através de ações de higiene bucal na escola



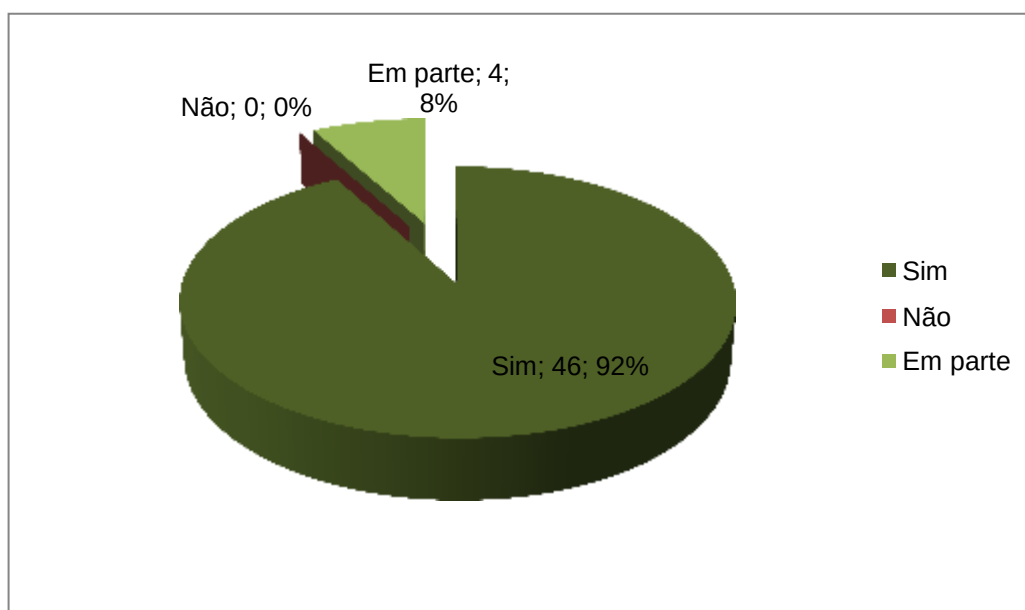
Observando o gráfico, constata-se que 70% dos alunos considera que as ações de higiene bucal contribuem para a mudança de comportamentos e promovem hábitos saudáveis. Esse resultado é coincidente com o que afirmam alguns especialistas (Rocha, 2008; Gomes, 2009), sem esquecer que o sorriso melhora a auto estima das pessoas em geral e dos alunos participantes no estudo.

Quanto à questão cinco, sobre a importância em manter as vacinas atualizadas, para ter uma vida mais saudável, seguem-se os resultados, na tabela e no gráfico seguintes.

Tabela 12 - Manter as vacinas atualizadas para uma vida mais saudável

	Quantidade	%
Sim	46	92%
Não	0	0%
Em Parte	4	8%

Gráfico 6 – Manter as vacinas atualizadas para uma vida mais saudável



A vacinação é de grande importância para prevenir doenças, a nível local enacional, sendo uma estratégia imprescindível na prevenção. O gráfico acima evidencia que um total de 92% dos alunos, respondentes ao inquérito por questionário, considera que manter as vacinas atualizadas é importante, a fim de ter uma vida saudável. Nas entrevistas realizadas, à Diretora e à Enfermeira, essa opinião é consensual.

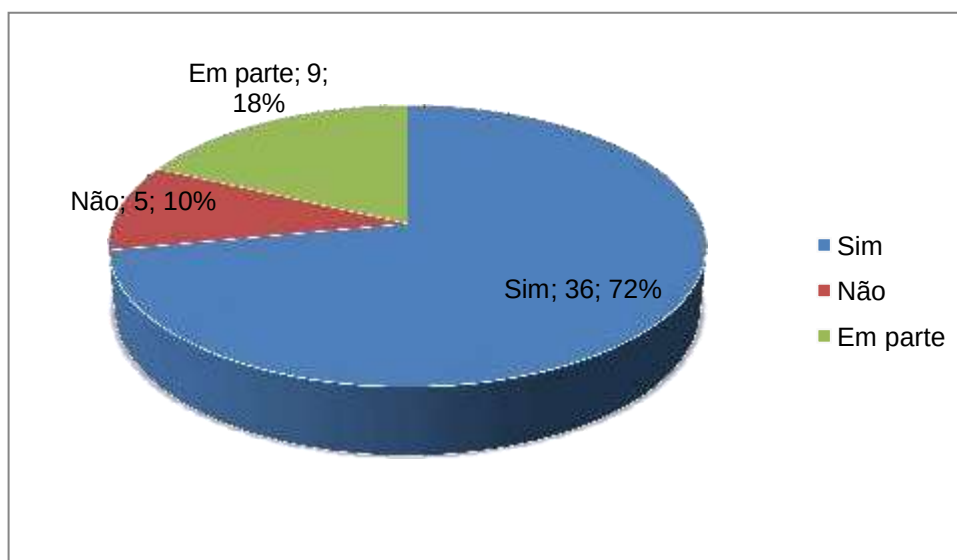
Esse é um exemplo de como a gestão da intersectorialização pode ajudar a prevenir doenças, neste caso através da vacinação, e da necessidade da consciencialização da sua importância, pelos estudantes e respetivas famílias (Rosa & Labate, 2005).

Passando à questão seis, que pretendia saber a frequência de palestras na escola, sobre doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool, seguem os dados na tabela e no gráfico seguintes.

Tabela 13 - Frequência de palestras na escola sobre doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool

	Quantidade	%
Sim	36	72%
Não	5	10%
Em Parte	9	18%

Gráfico 7 – Frequência de palestras na escola sobre doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool



As palestras revelaram-se um instrumento importante de divulgação e consciencialização, pois foram abordados temas importantes para o público adolescente, como doenças sexualmente transmissíveis, droga e álcool. Globalmente, e como registado no gráfico e nas tabelas anteriores, os alunos afirmam, maioritariamente (72%), que na escola foram efetuadas palestras, cumprindo, assim, um dos eixos do programa Educação em saúde.

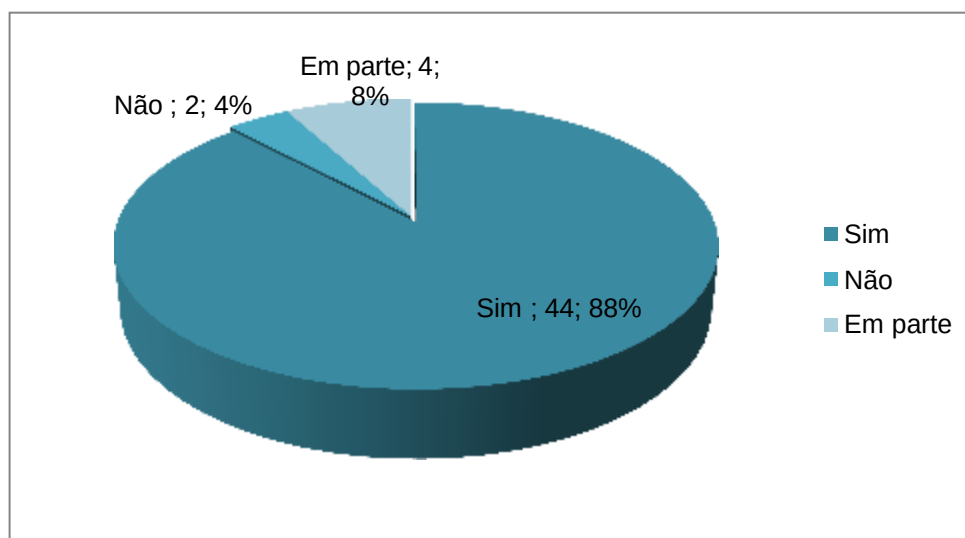
Relembra-se que Precioso (2004) e Hemoba, (2017) ressaltam que há urgência de mais formação docente em Educação em saúde, para os professores poderem contribuir mais, para o reforço de palestras e outras estratégias de divulgação e prevenção.

Passando à questão sete, a propósito do benefício da atividade física para a melhoria da saúde e qualidade de vida, os dados podem ser consultados na tabela e no gráfico seguintes.

Tabela 14 - Benefício da atividade física para melhoria da saúde e qualidade de vida

	Quantidade	%
Sim	44	88%
Não	2	4%
Em Parte	4	8%

Gráfico 8 – Benefício da atividade física para melhoria da saúde e qualidade de vida



A atividade física é, comprovadamente, de grande importância para a saúde de crianças, jovens e adultos, melhorando, assim, a qualidade do seu bem-estar. No gráfico, 44 alunos, representando 88%, são concordantes quanto aos benefícios da atividade física.

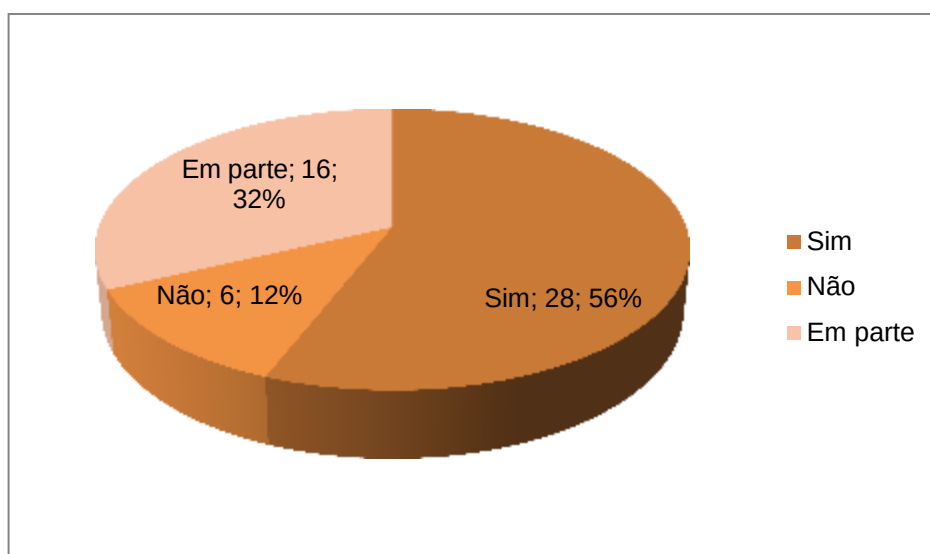
Como explicitado na revisão da literatura e como previsto na legislação vigente (Brasil, 2011), a organização do NASF reúne equipes profissionais multidisciplinares, englobando um profissional e/ou professor de Educação Física. Efetivamente, um educador físico, trabalhando junto da equipe de saúde, pode ajudar a melhorar a qualidade de vida dos alunos, como os próprios discentes percebem.

Em relação à questão oito, respeitante à promoção da alimentação saudável através da merenda escolar, seguem-se, na tabela e no gráfico, os resultados obtidos.

Tabela 15 - Promoção da alimentação saudável através da merenda escolar

	Quantidade	%
Sim	28	56%
Não	6	12%
Em Parte	16	32%

Gráfico 9 – Promoção da alimentação saudável através da merenda escolar



De acordo com as respostas dos alunos, estes percebem que a alimentação faz parte das necessidades básicas, a fim de as pessoas se manterem saudáveis. Na generalidade, 56% dos alunos, que participaram no inquérito, responderam que a escola promove essa alimentação, através da merenda escolar.

De facto, as escolas devem ter em atenção as problemáticas sociais, das quais uma das mais importantes é a alimentação, dadas as carências alimentares de muitos alunos brasileiros, que ou vão para a escola logo de manhã sem comer, ou não têm uma alimentação saudável e equilibrada.

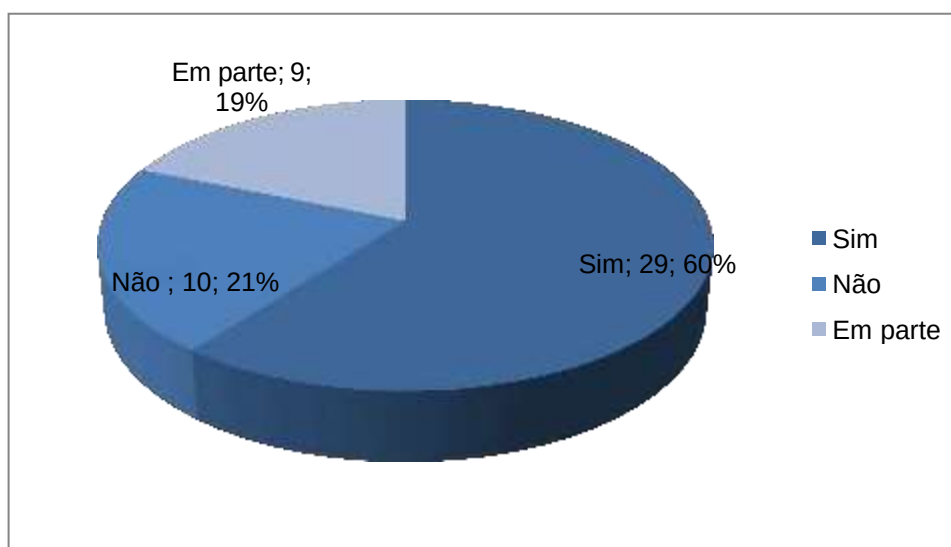
Neste contexto, a Educação para a Saúde deve motivar e gerar mudanças de comportamento, que beneficiem as crianças e jovens em idade escolar (Sarreta, 2009; Gavidia, 2001).

Na questão nove, sobre a contribuição da Unidade de Saúde para a promoção da saúde, através das atividades desenvolvidas na escola, os resultados podem ser observados na tabela e no gráfico que se seguem.

Tabela 16 - Contribuição da Unidade de Saúde com atividades na escola

	Quantidade	%
Sim	29	60%
Não	10	21%
Em Parte	9	19%

Gráfico 10 - Contribuição da Unidade de Saúde com atividades na escola



Os dados obtidos confirmam que a maioria dos alunos (60%) percebe a contribuição da Unidade de Saúde como positiva, através de atividades desenvolvidas regularmente na escola, dinamizadas pela Unidade de Saúde.

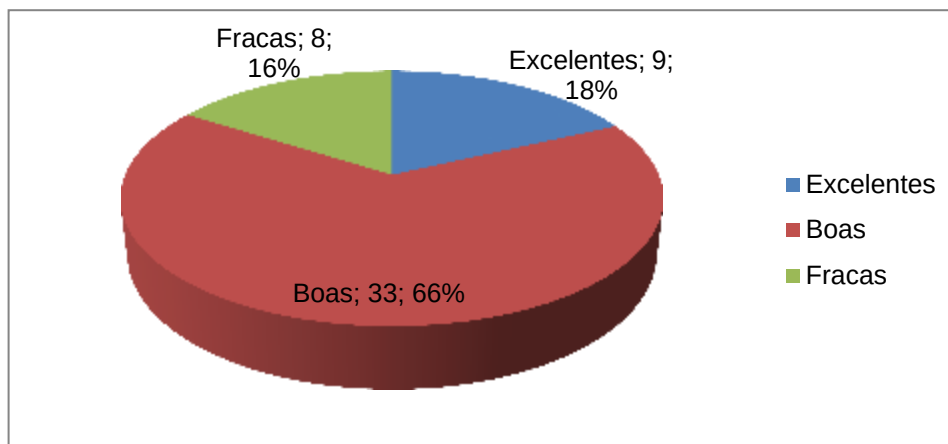
Relembra-se que, nas entrevistas, tanto a Enfermeira como a Diretora convergem com a opinião dos alunos, pois ambas destacam a importância de atividades a concretizar na escola, promotoras de mais saúde. A Unidade de Saúde da Família é o elo entre a Saúde, a Educação e a Família, sendo necessário um trabalho conjunto para desenvolver ações eficazes, a serem realizadas na escola (Rocha 2008).

Quanto à última questão, que pretendia saber qual a avaliação dos alunos inquiridos, no que respeita às atividades de Educação em Saúde, realizadas no presente ano na escola, os dados obtidos estão contidos na tabela e no gráfico.

Tabela 17 - Avaliação das atividades anuais de Educação em Saúde

	Quantidade	%
Excelentes	9	18%
Boas	33	66%
Fracas	8	16%

Gráfico 11 - Avaliação das atividades anuais de Educação em Saúde



O gráfico acima demonstra o quanto a falta de alinhamento e diálogo entre a educação e a saúde, no ano em questão, contribuiu para que as ações desenvolvidas não tivessem o êxito esperado. Cerca de 66% dos alunos, que responderam ao inquérito por questionário, avaliaram as atividades de Educação em Saúde, realizadas na escola, como boas e só 18% entende que foram excelentes, demonstrando, assim, a necessidade de uma melhor abordagem e alinhamento, para que as ações desenvolvidas venham a fazer a diferença e alcançar os resultados esperados.

Mais uma vez, é reiterada a importância de um trabalho conjunto entre Escola, Família e os serviços de Saúde, como reforçam os profissionais entrevistados, concretamente a Diretora e a Enfermeira, que os investigadores citados na revisão da literatura (Figueiredo et al., 2010).

CONCLUSÕES

“Os temas de saúde, devido à sua transversalidade, não devem estar circunscritos em uma única disciplina, mas sim, devem apresentar um caráter globalizador, se relacionando com as diversas disciplinas e contribuindo para a consecução dos objetivos da educação obrigatória (...) todos os professores envolvidos na formação dos estudantes participem de atividades que tenham como objetivo o desenvolvimento de atitudes e reflexão a respeito das questões relativas à saúde”.

Gavidia (2001, p. 65)

Atualmente, o Brasil tem vindo a reforçar, como medida basilar da política educativa, a promoção da saúde em contexto escolar, visando melhorar, a nível nacional, a saúde e o bem-estar de crianças e jovens. A exequibilidade desta intervenção tem por base a mobilização e conjugação dos serviços de saúde, a escola e a família, numa perspetiva de formação, prevenção e mais qualidade de vida.

Assim, e por referência ao Sistema Único de Saúde (SUS), surge o Programa Saúde na Escola (Brasil, 2007), inscrito no Programa Saúde da Família (PSF), tendo por referencial os princípios e diretrizes do SUS. A intervenção nas instituições educativas brasileiras focaliza aspetos de saúde básicos, cruciais para a consolidação de uma política intersectorial dos Ministérios da Saúde e da Educação e a construção de uma efetiva cultura de saúde, individual e coletiva, que potencie o desenvolvimento integral de crianças e jovens.

Nesta última década, a saúde escolar, no Brasil, tem vindo a acompanhar os avanços técnico-científicos nesta área, a nível mundial, ultrapassando “o discurso tradicional, de lógica biomédica, para uma concepção ligada à promoção da saúde na escola” (Carvalho, 2015, p. 1210), aplicada, com caráter globalizador, nas diversas disciplinas curriculares, desde o Ensino Fundamental, como supracitado em epígrafe (Gavidia, 2001).

Desta forma, na revisão da literatura, foi sintetizada a evolução das políticas governamentais e do conceito de saúde. Em transversalidade, e no enquadramento de ações de promoção da saúde nas escolas, foi perspetivada a atuação de equipas multiprofissionais, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, sobretudo, no Programa Saúde na Escola (PSE), no Ensino Fundamental, cerne do estudo efetuado.

Na intervenção educativa foi ainda abordada a formação contínua dos professores, em Educação em Saúde, de maneira a alcançar mais eficácia do PSE.

Assim sendo, inicia-se a sistematização das conclusões do estudo realizado, recordando, mais uma vez, a pergunta de partida, que direcionou a pesquisa empreendida:

Como podem as ações, desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), contribuir para a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis, de alunos do Ensino Fundamental, no contexto de uma Escola municipal?

No entendimento de que a Escola, desde os primeiros anos de escolaridade, é o lugar de aprendizagem formal, pelas crianças e jovens, de conhecimentos básicos essenciais, nos quais se integra, inquestionavelmente, a Educação para a Saúde, apresentam-se, de seguida, as conclusões do estudo efetuado em uma Escola pública.

A recolha de dados, através de inquérito por entrevista e por questionário, e consequente análise dos mesmos, possibilitou constatar que, no ano em questão, houve alguns condicionalismos e lacunas, quanto ao desenvolvimento das ações do Programa, sobretudo devido à falta de planeamento, o que desencadeou alguns problemas, entre Escola e Unidade de Saúde. Efetivamente, a não planificação das ações prejudicou o calendário escolar e, consequentemente, a efetividade das ações, por falta de divulgação das mesmas. É importante destacar que as ações desenvolvidas, no âmbito do PSE, devem estar inseridas nos documentos estruturantes da Escola, entre os quais o PPP, e serem delineadas a partir das estratégias acordadas entre a Escola e Unidade Básica de Saúde. Tal significa que é preciso mais tempo e trabalho colaborativo, entre todos os intervenientes.

Todavia, cumpre realçar que as ações desenvolvidas foram bem aceites pelos alunos. Estes, ao responderem ao inquérito por questionário, confirmaram que as ações do Programa são de grande relevância para mudanças de comportamento e prática de hábitos saudáveis, mas que precisam de ser mais dinâmicas e lúdicas. Além disso, todos os participantes reconheceram que a falta de trabalho intersetorial limitou as ações desenvolvidas. Em consequência, foram planeadas mudanças para o próximo ano letivo, envolvendo trabalho intersetorial, com planificação atempada do calendário, mais comunicação entre a Escola e a Unidade de Saúde e a inclusão do NASF, como um apoio à Escola e à família dos educandos. Dessa forma, torna-se necessário que as ações desenvolvidas pelo PSE sejam organizadas antecipadamente, para que haja maior adesão dos alunos, tornando possível uma avaliação da eficácia das ações implementadas e subsequente reformulação, sempre que necessário.

Ademais, é de ressaltar que a Educação em Saúde é um tema transversal a todas as áreas curriculares. Em conformidade, tanto a Escola e a comunidade educativa, como a Família e a Unidade de Saúde devem ser mais atuantes e dinâmicos, para que haja êxito nas ações que o PSE desenvolve, a fim de contribuir para a mudança de hábitos dos alunos, interligando o contexto escolar e o meio familiar e social.

Conclusão geral

Globalmente, a pesquisa, um estudo de caso focalizado numa Escola municipal, cumpriu os objetivos definidos, e possibilitou comprovar que a Educação em Saúde, e em especial o Programa Saúde na Escola, são percebidos, por profissionais da Educação e da Saúde, bem como pelos alunos, como uma **aprendizagem essencial e transversal** a todas as disciplinas e áreas curriculares do Ensino Fundamental. Os participantes consideram que o Programa proporciona, aos alunos, mais saúde e bem-estar, com influência na qualidade das aprendizagens e no sucesso escolar. Contudo, as ações desenvolvidas somente podem contribuir para a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis pelos alunos, se forem planificadas em **trabalho colaborativo entre os profissionais de Saúde**, e em **diálogo construtivo entre Escola e família**, o que nem sempre sucede. Efetivamente, o planejamento e trabalho atempados, tendo por base o diálogo, a reflexão e a crítica construtiva, por vezes não aconteceram, no contexto da Escola municipal em análise, o que prejudicou a aplicação do Programa Saúde na Escola (PSE).

Ademais, a pesquisa destacou a **urgência de mais formação docente, inicial e contínua**, sobre Educação em Saúde. Como explicitado na revisão da literatura (Marta et al., 2014; Zancul & Gomes, 2011), a falta de formação docente tem vindo a revelar-se um condicionalismo da eficácia da aplicação do Programa Saúde na Escola, no Brasil.

Limitações e Potencialidades do estudo

Como **limitações do estudo** é de referir que a pesquisa apenas abarcou uma única escola, pelo que as conclusões não podem ser objeto de simples generalização (Sousa, 2009). Além disso, e a fim de limitar a extensão, a recolha de dados não englobou as perceções dos pais e encarregados de educação.

Como **potencialidades**, é de destacar, primeiramente, que a abordagem qualitativa e quantitativa enriqueceu, a partir dos dados recolhidos, a análise efetuada. Em segundo lugar, a divulgação dos resultados na Escola, como previsto, poderá suscitar a reflexão da comunidade educativa e a introdução de melhorias, quanto ao Programa Saúde na Escola.

Percursos futuros

No futuro, seria importante realizar um estudo sobre as perceções de todos os envolvidos no Programa Saúde na Escola, incluindo, desta vez, os pais e encarregados de educação. Outro estudo a concretizar poderia incidir sobre formação docente, inicial e

contínua, pois é prioritário, no Brasil, um maior investimento em formação em Educação e Saúde. Só assim será possível que o saber e o saber-fazer, em Educação e Saúde, se complementem, de maneira a empreender um trabalho mais colaborativo, reflexivo e responsável, quanto à implementação de ações do Programa Saúde na Escola, visando a formação, a saúde e o bem-estar dos alunos e das suas famílias, desde o Ensino Fundamental, e continuando ao longo da escolaridade.

O êxito do Programa Saúde na Escola reside, então, em equipes e ações intersetoriais e interdisciplinares, de parceria e cooperação entre Saúde e Educação, que possibilitem alcançar objetivos comuns de consciencialização, prevenção e melhoria da saúde dos alunos, no contexto de cada instituição escolar e respetiva comunidade.

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, M., & Assunção, R. (2004, jan/fev). Atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). *Social cognition models and health behaviour: a structured review. Psychology & Health*, 15(2), 173-189.
- Armstrong, D. (2009). *Origins of the Problem of Health-related Behaviours: A Genealogical Study* *Social Studies Of Science (Sage Publications, Ltd.)*, 39, 909-926. DOI: 10.1177/0306312709104258
- Bach, M., & Carvalho, M. (2012). *Metodologia da problematização na formação de docentes, nível médio: práticas e possibilidades*, 1-20. Acedido em 29 de julho de 2018, em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/producoes_pde/artigo_maria_regina_bach.pdf
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13, 623-649. doi:10.1080/08870449808407422
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*: Lisboa: Edições 70.
- Bezerra I., Alves, S., Machado, M., Zioni, F., Antão, J., & Martins, A. (2015). Health Education For Seniors: An Anal in Light of Paulo Freire's Perspective. *Int Archiv Med.*, 8 (28), 1-9. Acedido em 05 de janeiro de 2018, em <http://dx.doi.org/10.3823/1627>
- Bize, R., Johnson, J., & Plotnikoff, R. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive Medicine*, 45, 401-415. doi:10.1016/j.ypmed.2007.07.017
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos* (M. Alvarez, S. Santos, T. Baptista, Trad.). Porto: Porto Editora.
- Brasília, 57 (1), 19 – 25. Acedido em 10 de abril de 2018, <http://www.Scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>.
- Brasil (2014). *Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Minist. da Saúde. Acedido em 04 de abril de 2018, em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
- Brasil (2011). *Caderno de Atenção Básica. Saúde na Escola*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acedido em 4 de abril de 2018, em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf
- Brasil (2011). Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Anexo I. Acedido em 2 de abril de 2018, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html**
- Brasil (2009a). *Caderno de Atenção Básica nº. 24. Saúde na Escola*. Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – FCSEA - Instituto de Educação

Departamento de Atenção Básica. Acedido em 3 de abril de 2018, em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf

Brasil (2009b). *Informe da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Depart. de Atenção Básica. Acedido em 3 de abril de 2018 em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf

Brasil (2007). *Decreto nº. 6.286 de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Acedido em 3 de abril de 2018, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm.

Brasil (2006). *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Acedido em 3 de abril de 2018, em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil (2002). A promoção da saúde no contexto escolar - Informes Técnicos Institucionais. Secretaria de Políticas de Saúde – SPS. *Revista Saúde Pública*, 36 (2), 533-535. Acedido em 6 de dezembro de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11775.pdf>

Brasil (1998). *Parâmetros Curriculares Nacionais. Ciências Naturais*. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. MEC/SEF. Acedido em 5 de abril de 2018, em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ciencias.pdf>.

Brasil (1997a). *Parâmetros Curriculares Nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais*. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. MEC/SEF. Acedido em 6 de abril de 2018, em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>

Brasil (1997b). *Parâmetros Curriculares Nacionais: Saúde* (pp. 245-284). Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. MEC/SEF. Acedido em 6 de abril de 2018, em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>

Brasil (1990). *Lei 8.080 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Acedido em 2 de abril de 2018, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil (1990). *Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília Presidência da República. Acedido em 2 de abril de 2018, em http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

Brasil. (1980). *Educação em Saúde nas Unidades Federadas*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Acedido em 2 de abril de 2018, em

<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>.

- Brasil (1971). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)*, nº 5692/71. Brasília: Ministério da Educação. Acedido em 2 de abril de 2018, em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brug, J. (2006). Order is needed to promote linear or quantum changes in nutrition and physical activity behaviors: a reaction to 'A chaotic view of behavior change' by Resnicow and Vaughan. *International Journal Of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 3-29. doi:10.1186/1479-5868-3-29
- Bruna Pereira Alves Fiorin Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Brasil. Sílvia Maria de Oliveira Pavão Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Brasil. <https://pt.scribd.com/document/286322685/Teoria-do-construtivismo-Teoria-Construtivista-de-Bruner-pdf> - Acedido em 20 dezembro 2021
- Campbell, C. (2003). *Letting Them Die: Why HIV/AIDS Intervention Programs Fail*. Bloomington: Indiana University Press.
- Canário, R. (2005). *O que é a escola? Um "olhar" sociológico*. Porto: Porto Editora.
- CANDEIAS, Nelly M. F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, 31 (2): 209-13, 1997. On-line: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>. Acedido em 23 de setembro de 2021.
- Cardoso, V., Reis, A., & Iervolino, S. (2008). Escolas promotoras de saúde. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18 (2), 107-115. Acedido em 18 de abril de 2018, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n2/01.pdf>
- Carta de Promoção da Saúde (1986, nov.). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá: Ottawa. Acedido em 5 de abril de 2018, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Carvalho, F. (2015). A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 25 (4), 1207-1227. Acedido em 6 de maio de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01207.pdf>
- Chamberlain, K., & Murray, M. (2009). Critical health psychology. In D. Fox, I. Prilleltensky, S. Austin (Eds.), *Critical psychology: An introduction* (2nd ed.) (pp. 144-158). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Chauí, M. (2003). *Ética e Política em Spinoza*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Chizzotti, A. (2003). A Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: Evolução e Desafios. *Revista Portuguesa da Educação*, 16 (2), 221-236. Acedido em 10 de outubro de 2018, em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/374/37416210.pdf>
- CNS - Conselho Nacional de Saúde. (2000). *11ª Conferência Nacional de Saúde: Efetivando*

o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social – Relatório Final. Acedido em 14 de abril de 2018, em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf

Coimbra, M. N., Martins, A., Pinto, I. P., & Serradas, R. (2015). Ser ou não ser professor reflexivo: uma questão de formação e desenvolvimento profissional docente. *Atas do I Seminário Internacional Educação, Territórios e Desenvolvimento Humano*, Universidade Católica Portuguesa, Porto (vol.II, pp.969-980). Acedido em 12 de agosto de 2018, em http://www.fep.porto.ucp.pt/sites/default/files/files/FEP/ATAS_VOL_II.pdf

Coimbra, M. N. (2012). Supervisão e Avaliação Docente. Perceções de Mestrandos de Ciências da Educação. *VII Congresso Ibero-americano de Docência Universitária*. In C. Leite & M. Zabala (Coord.), *Ensino Superior: Inovação e Qualidade na Docência* (pp. 9541-9555). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e Centro de Investigação e Intervenção Educativas. Acedido em 10 de outubro de 2018, em http://www.fpce.up.pt/ciie/cidu/publicacoes/livro_de_textos.pdf

Coutinho, C. P. (2008). A influência das teorias cognitivas na investigação em Tecnologia Educativa: pressupostos teóricos e metodológicos, expectativas e resultados. *Revista Portuguesa de Educação*, 21(1), 101-127. Acedido em 25 de outubro de 2018, em http://www.pucrs.br/famat/viali/tic_literatura/artigos/37421106.pdf

CRUZ, Cristiano Cordeiro - A TEORIA COGNITIVISTA DE AUSUBEL - arquivo del portal de recursos para estudantes. Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação Unicamp. On-line: http://www.robertexto.com/archivo3/a_teorias_ausubel.htm. Acedido em 9 de setembro de 2021.

Drugg, Kátia Issa; Ortiz, Dayse Domene. O desafio da educação: a qualidade total. São Paulo: MaKron Books. 1994.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.

Declaração de Alma-Ata (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro. Acedido em 10 de abril de 2018, em cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf

Dewey, J. (1971). *Experiência e educação*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

Eriksson, M., Hagberg, L., Lindholm, L., Malmgren-Olsson, E., Osterlind, J., & Eliasson, M. (2010). Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Archives Of Internal Medicine*, 170, 1470-1479. doi:10.1001/archinternmed.2010.301

FERNANDES, Patrícia - Literacia em Saúde: Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS (Newest Vital Sign). ISPA – Instituto Universitário; Lisboa, 2012. Online: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2287/1/14921.pdf>. Acedido 09 de Setembro de 2021.

Fernandes, M. C., & Backes, V. M. (2010). Educação em saúde: perspectivas de uma equipe

- da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (4), 567-573. Acedido em 10 de abril de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>
- Ferreira, I. R., Moysés, S. J., França, B.H., Carvalho, M., & Moysés, S. (2014, jan./mar.). Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*, 19 (56), 61-76. Acedido em 17 de abril de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v19n56/v19n56a04.pdf>
- Figueiredo, E. N. (2011). *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. Acedido em 5 de maio de 2018, em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf
- Figueiredo, T. A., Machado, V., & Abreu, M. (2010). A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (2), 397-402. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/12.2%20tulio.pdf>
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC.
- Fortes, P., & Spinetti, S. (2004). O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, 20 (5), 1328 – 1333.
- Freire, P. (2001). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gallo, S. (2004). Transversalidade e Formação de professores. In C. Rivero & S. Gallo (Org.), *A formação de professores na Sociedade do conhecimento* (pp.101 -121). Brasil: Bauru Edusc.
- Gavidia, V. (2002). A construção do conceito de transversalidade. In: M. Nieves Álvarez et al (Org.), *Valores e temas transversais no currículo* (pp. 15-30). Porto Alegre: Artmed.
- Gavidia, V. (2001, nov./dec.). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Rev Esp Salud Pública*, 75(6), 505-515. Acedido em 17 de maio de 2018, em http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol75/vol75_6/RS756C_505.pdf
- Gazzinelli, M.F., Gazzinelli, A., Reis, D., & Penna, C. M. (2005, jan./fev.). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 200-206. Acedido em 4 de maio de 2018, em http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_conhecimentos.pdf
- Gill, D. L., Chang, Y., Murphy, K. M., Speed, K. M., Hammond, C. C., Rodriguez, E. A., & ... Shang, Y. (2011). Quality of life assessment for physical activity and health promotion. *Applied Research In Quality Of Life*, 6, 181-200. doi:10.1007/s11482-010-9126-2

- Gomes, J. P. (2009). As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32 (1), 84-91. Acedido em 6 de junho de 2018, em revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/download/5229/3858
- GONZALEZ, Bárbara e RIBEIRO, J. Pais Ribeiro - Comportamentos de Saúde e Dimensões de Personalidade em Jovens Estudantes Universitárias. *Rer. Psic. Saúde & Doenças* v.5 n.1 Lisboa jul. 2004. On-line: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862004000100008&script=sci_artt_ext acedido em setembro de 2021.
- Günther, H. (2006, maio-agosto). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (2), 201-210. Acedido em 24 de novembro de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>
- Haboba, L. (2017). *A Formação do Pedagogo na perspectiva da Educação em Saúde. Dissertação de Mestrado*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Acedido em 18 de março de 2018, em http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_194_lucia_aba.pdf
- Hennessy, C., Moriarty, D., Zack, M., Scherr, P., & Brackbill, R. (1994). Measuring healthrelated quality of life for public health surveillance. *Public Health Reports*, 109, 665-672.
- IBGE, Pesquisa Nacional de Amostra de Domicilio - PNAD (2012). Acedido em 9 de abril de 2019, em: <http://www.Terra.com.br/brasil.mulheres> – representam -51,5 - da população-brasileira.
- IBGE, pesquisa Nacional de Amostra de Domicilio PNAD (2016). Acedido em 12 de abril de 2019, Em: <http://www.biblioteca IBGE.com.br>.
- Johnson, B., Scott-Sheldon, L., & Carey, M. (2010). Meta-synthesis of health behavior change meta-analyses. *American Journal Of Public Health*, 100, 2193-2198. doi:10.2105/AJPH.2008.155200
- Kelley-Gillespie, N. (2009). An integrated conceptual model of quality of life for older adults based on a synthesis of the literature. *Applied Research In Quality Of Life*, 4, 259-282. doi:10.1007/s11482-009-9075-9
- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services, Government of Canada.
- LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia-Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Ação. Coimbra, Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-4399-9.
- Marinho, J. C., Silva, J. A., & Ferreira, M. (2015, abr./ jun.). A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, 22(2), 429-443. Acedido em 6 de maio de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n2/0104-5970-hcsm-2014005000025.pdf>

- Marta, M., Lopes, A., Pereira, F., & Leite, M. (2014). A relevância profissional da formação de professores e enfermeiros no ensino superior: uma análise a partir das identidades dos formadores. *Revista Lusófona de Educação*, 27, 75-91. Acedido em 18 de maio de 2018, em <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4831>
- Martelli, P. (2001). Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: caracterização do modelo assistencial. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Recife, Fiocruz. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.
- Martins, M. C. (2005). A promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 22, 42-46. Acedido em 18 de junho de 2018, em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%c3%a7%c3%a3o%20da%20sa%c3%bade.pdf>
- Mello, J. (2010). Desenvolvimento de atividades práticas experimentais no ensino de Biologia: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Ensino das Ciências. Brasília: Universidade de Brasília.
- Mendes, R., Bógus, C. M., & Akerman, M. (2004, jan./ abr.). Agendas Urbanas intersetórias em quatro cidades de S. Paulo. *Saúde e Sociedade*, 13 (1), 47-55.
- Meyer, D.E, Mello, D.F., Valadão, M., & Ayres, J. (2006). 'Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade, *Cadernos Saúde Pública*, 22 (6), 1335-1342. Acedido em 6 de junho de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/22.pdf>
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: A meta-regression. *Health Psychology*, 28, 690-701. doi:10.1037/a0016136
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Mokdad, A., Marks, J., Stroup, D., & Gerberding, J. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 291, 1238- 1245.
- Monteiro, P., & Bizzo, N. (2013, abr./ jun.). A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22 (2), 411- 427.
- Moreno, M. (1997). Temas transversais: um ensino voltado para o futuro. In M. D. Busquets et al.(Org.), *Temas transversais em educação* (pp. 19-59).São Paulo: Ática.
- Município Porto Seguro (2017). Secretária Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Básica. Alfredo Dutra.
- Noar, S., & Zimmerman, R. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275-290.

Oliveira, D. P., & Prata, R. V. (2013, nov.). Saúde uma Questão Escolar – abordagem do Projeto Político-Pedagógico. *Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências –IX ENPEC* (pp. 1-8). Águas de Lindóia, SP. Acedido em 14 de maio de 2018, em <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R0914-1.pdf>

OMS (2006). *The WHO Child Growth Standards – 0 a 5 anos*: Acedido em 28 de julho de 2018, em <http://www.who.int/childgrowth/en>.

OMS (1995). *Perfil nutricional*. Acedido em 10 de junho de 2018, em <https://www.unilestemg.br>volume 3-artigo-4-rng.pdf>.

OMS – WHO (1948). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Acedido em 5 de junho de 2018, em html: [www.direitoshumanos.usp.br/oms – organização - mundial - da - saúde](http://www.direitoshumanos.usp.br/oms-organizacao-mundial-da-saude).

OMS (1986) – As metas da saúde para todos. Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento.

Pereira, A. (2003, set-out). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas Ciências da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 19 (5),1527-1534. Acedido em 7 de abril de 2018, em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/350637/mod_resource/content/1/Pereira-%20tend%C3%A2ncias%20pedag%C3%B3gicas.pdf

Pérez Gómez, A.I. (2000). A função e formação do professor ano ensino para a compreensão: diferentes perspectivas. In J. Sacristán& A. Pérez Gómez (Org.), *Compreender e transformar o ensino* (4ª ed., pp. 353-379). Porto Alegre: Artmed.

Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade de Minho. *Revista Electrónica Enseñanza de lãs Ciencias*, 3, (2),161-170.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.110

Porto Seguro (2012). Projeto Político Pedagógico. Escola Municipal Governador Paulo Souto.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (J. Marques, M. Mendes & M. Carvalho, Trad., 4.ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde* (1 a ed.). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. L. P. (2005). O importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF 36. Fundação Merck Sherp & Dohme.

Richardson, J. R., et al. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.

Rocha, G.(2008). *Reflexões sobre currículo*. Rio de Janeiro:Vozes.

Rodrigues, Manuel; Pereira, Anabela; Barroso, Teresa (2005) – *Educação para a Saúde*.

RUSSEL, Nacy (1996) – Manual de educação para a saúde. Lisboa: DGS.

- Rohleder, P. (2012). *Critical Issues in Clinical & Health Psychology*. London: Sage Publications.
- Rosa W., & Labate, R. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino Americanade Enfermagem*, 13 (6), 1027- 34. Acedido em 3 de março de 2018, em <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Resnicow, K., & Page, S. E. (2008). Embracing Chaos and Complexity: A Quantum Change for Public Health. *American Journal Of Public Health*, 98, 1382-1389.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67. doi:10.1006/ceps.1999.1020
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49, 186-193. doi:10.1037/a0012753
- Reeves, M., & Rafferty, A. (2005). Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. *Archives Of Internal Medicine*, 165, 854-857.
- Sarreta, F., & Bertani, I. (2009). O pólo de educação permanente em saúde e a construção de estratégias coletivas para a formação dos trabalhadores no SUS. *Serviço Social e Realidade, Franca*, 14(2),177-195.
- Santiago, L., Rodrigues, M., Oliveira, A., & Moreira, T. (2012). Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (6), 1026-1029. Acedido em 6 de dezembro de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a20v65n6.pdf>
- Santos, A. S., Teodoro, A., & Queiroz, S. (2016). Educação em saúde: um mapeamento dos estudos produzidos no Brasil e em Portugal (2000-2013). *Revista Lusófona de Educação*, 33, 9-22. Acedido em 5 de abril de 2018, em revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/5690/3588
- Schall, V.T. (2005). Educação em saúde no contexto brasileiro: influências sócio-históricas e tendências atuais. *Educação em Foco*, 1(1), 41-58. Acedido em 18 de junho de 2018, em <http://www.fiocruz.br/piafi/virginiatorresschall>.
- Schaurich, D., Cabral, F., & Almeida, M. (2007). Metodologia da Problemática no Ensino de Enfermagem: Uma Reflexão do vivido no PROFAE / RS. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11 (2), 318 - 324. Acedido em 20 de agosto de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a21>
- Schön, A. D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Scliar, M. (2007). Conceito de saúde: perspectiva histórica. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. Acedido 10 de abril de 2018, em <http://www.Scielo.br/physis/v17> –

n1./v.17n/a03 pdf Resumo.

- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciências Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192. Acedido em 24 de novembro de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>
- Silva, C., Meneghim, M. C., Pereira, A. C., & Mialhe, F. (2010). Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2539-2550. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>
- Smith, B., Tang, K., & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21, 340-345.
- Sousa, A. (2009). *Investigação em Educação* (2ª ed.). Lisboa: Livros Horizonte.
- Souza, I., & Jacobina, R. (2009, out./dez.). Educação em Saúde e suas versões na História Brasileira. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 33 (4), 618-627. Acedido em 4 de abril de 2018, em http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/293/pdf_106
- Stake, R. (2009). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- STANHOPE, Márcia; Lancato, Jeanette – Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa, Lusociência, 1999.ISBN.972-8383-05-3.Qualidade na educação na perspectiva da inclusão Quality education in the perspective of inclusion
- Thacker, S., Stroup, D., Carande-Kulis, V., Marks, J., Roy, K., & Gerberding, J. (2006). Measuring the public's health. *Public Health Reports*, 121, 14-22.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Koestner, R. (2008). Reflections on self-determination theory. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49, 257-262. doi:10.1037/a0012804
- Vasconcelos, C., & Pache, D. (2008). Sistema Único de Saúde. In G. Campos, M. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. Carvalho (Org.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 45-67). Rio de Janeiro: Hucitec.
- Vigotski, L. (2007). *A formação social da mente* (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes
- WHO (2003). *Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being: An important Responsibility of a Health-Promoting and Child-Friendly School*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 7 de maio de 2018, em http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_childfriendly_03_v2.pdf?ua=1
- WHO (2001). *Local action: creating Health Promoting Schools*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 7 de maio de 2018, em http://www.who.int/school_youth_health/resources/information_series/en/

World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization. Acedido em 14 de Dezembro, 2021, em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>

Zancul, M.S., & Gomes, P. (2011, abril). A formação de Licenciados em Ciências Biológicas para trabalhar temas de Educação em Saúde na escola. *REMPEC - Revista Ensino, Saúde e Ambiente*, 4 (1), 49-61. Acedido em 6 de junho de 2018, em <http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/viewFile/100>

APÊNDICES

APÊNDICE 1. GUIÃO DE INQUÉRITO POR ENTREVISTA

Esta entrevista faz parte de uma pesquisa de Mestrado em Ciências da Educação, da Universidade Lusófona de Lisboa, e tem por objetivo analisar como as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola podem contribuir para a mudança de comportamentos e a prática de hábitos saudáveis dos alunos, dos anos finais do Ensino Fundamental. Os dados serão mantidos em sigilo e somente utilizados nesta pesquisa. Muito obrigada pela sua atenção e participação.

Lóide Seles Marques

Habilitações académicas: _____

Habilitações profissionais: _____

Ano (e disciplina(s) que leciona: _____

Cargo(s) que desempenha: _____

Sexo: _____ Idade: _____

1. Quais foram as ações intersetoriais e interdisciplinares, desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) presente ano letivo?
2. Como são definidas as prioridades e calendarização das ações do PSE?
3. São marcados encontros periódicos para avaliação dos resultados das ações do PSE na Escola? Se sim, como decorrem esses encontros?
4. No caso de as ações do PSE, voltadas para a acuidade visual e a saúde bucal, mostrarem necessidade de consultas especializadas, como é realizado o encaminhamento do aluno?

5. No âmbito do PSE, são realizadas na Escola palestras sobre temas como doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool? Se sim, com que frequência e qual a adesão dos alunos e das famílias?
6. A atualização da caderneta de vacinas é realizada na Escola ou na Unidade de Saúde? Porquê?
7. Como se concretiza a comunicação entre a Escola e a equipa de Estratégia de Saúde da Família (ESF)?
8. Tem sido realizada formação sobre educação em saúde, para os professores? Se sim, como qualifica essa formação?
9. Como avalia o envolvimento das famílias no Programa Saúde na Escola (PSE)?
10. De que forma as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) contribuíram para a mudança de comportamento e o desenvolvimento de hábitos saudáveis dos alunos, no seu meio familiar e escolar?
11. Na sua opinião, o que seria necessário mudar ou reformular, para tornar as ações do PSE mais eficazes, na Escola municipal em análise?

APÊNDICE 2. INQUÉRITO POR ENTREVISTA À DIRETORA SOBRE O PSE

1. Quais foram às ações intersetoriais e interdisciplinares, desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) presente ano letivo?

R: Primeiro vou falar um pouco sobre o programa saúde na escola: A escola ela às vezes enquanto instituição, agente pensa, vamos pensar na escola como instituição qual o papel da escola? Se agente for ver o que está instituído é ensinar a ler e escrever. Esses programas eles vão chegando na escola, eles tomam meio que o espaço acadêmico da escola, ele toma um pouco do que seria a função da escola, que seria ensinar a ler e escrever de forma bem, que o aluno pudesse ser capaz de fazer o uso social dessa leitura e dessa escrita. Então os programas, vai chegando um programa, chegando outro programa vai meio que desestruturando, é a minha visão enquanto que diretora da escola, enquanto professora vai desestruturando, porque não um planejamento. Eles não veem no início do ano letivo pra dizer, para que agente coloque esses programas dentro do planejamento anual, por exemplo, hoje o programa saúde na escola está em nosso projeto político pedagógico, nos já colocamos em no projeto, pois ele já esta acontecendo há uns três anos aqui, esse ano foi um pouco, por que é assim, esse programa não é um programa ruim é um programa bom, traz bastante esclarecimento para os alunos, quando eu coloco que ele meio que atrapalha o processo de desenvolvimento, porque agente tem que separar o que de

função da escola do que é de função de outras instituições e parece que tudo vem para a escola, tudo vem para a escola, saúde na escola, é turismo na escola e assim a escola vai perdendo um pouco a função que ela tem, ela vai abarcando o programa dos outros e às vezes ela vai perdendo um pouco a função e deixa de dar conta daquilo que é dela para dar conta do que é dos outros, mas é um programa interessante, esse ano aqui na escola teve poucas ações né, não foi tão efetivo como em anos anteriores no ano de 2016 mesmo foi bastante positivo, tiveram bastantes ações, teve palestras, teve aplicação de flúor, teve a questão do comprimido para verminose que foi aplicado também, a questão do cuidado visual dos meninos, fez o teste visual dos meninos, o teste de rancêníase que é interessante, muito interessante por às vezes né os pais não tem esclarecimento então não tem como, eles muitas vezes não tem tempo, tem uma carga horária de trabalho muito extensa principalmente agente que mora em Porto Seguro e por isso não tem condições de levar os filhos no posto, não tem esse acompanhamento, o programa ele aproxima os alunos do posto de saúde, porque eles indicam o aluno quando descobre algum problema de saúde então esse ano foi menos. Esse ano foi menos atuante, por conta dessa questão de mudança governamental mesmo, porque o ano passado já estava tudo estruturado, agente já tinha colocado em nosso projeto político, já sabíamos mais ou menos a data que ele ia começar as ações. A Raiane é uma pessoa extremamente competente ela nos avisa com antecedência, nos convida para as reuniões, mais este ano ficou assim, de repente estávamos na quarta unidade realizando é, provas, avaliação e aí chegou o pessoal da saúde na escola para aplicar a questão dos testes visuais, das palestras, faltou cronograma organizado para que a escola se organizasse desde o início. E assim eu fiquei bastante irritada, porque atrapalhou o desenvolvimento da escola, tinha que tirar o aluno da escola no momento em que o professor estava dando revisão, tinha que tirar o aluno da sala de aula, e assim outras pessoas dentro da escola os meninos ficam mais agitados.

2. Como são definidas as prioridades e calendarização das ações do PSE?

R: Olha na minha opinião como pessoa, como socióloga que agente analisa bastante essa questão social, penso que ele deveria ser iniciado junto com as aulas o programa saúde na escola o cronograma dele deve ser realizado junto com o pessoal da saúde precisa organizar-se para sentar com a secretaria de educação para colocar no calendário da secretaria que nós temos um calendário, portanto esse calendário precisa está organizado, se não datas fixas pelo menos uma previsão tipo assim de tal a mês vai acontecer o programa saúde na escola, então a escola se organizaria não colocaria projetos extras.

3. São marcados encontros periódicos para avaliação dos resultados das ações do PSE na Escola? Se sim, como decorrem esses encontros?

R: Olha pelo menos que eu me lembre enquanto sou gestora desde 2014 não. Talvez ou se aconteceu não fui convocada, para avaliação do programa nós nunca fomos chamados, só somos chamados para dizer que tal data vai ter o programa que o pessoal do posto virá aqui. Pelo menos aqui conosco não possa ser que com outros diretores porém comigo gestora do Paulo Souto nunca sentaram para saber se o programa foi positivo ou negativo. Agente fica assim às vezes pensando que estamos aqui para realizar o trabalho que é do outro, fazer o papel que é do outro e não fazer um papel em conjunto eu não sinto muito esse papel em conjunto essa interdisciplinaridade, porque, por exemplo, se agente tivesse uma previsão e soubesse quando vai começar esse programa agente poderia se organizar para o professor já colocar no planejamento para aquele período ele trabalhar com doenças sexualmente transmissíveis, ele vai trabalhar com a questão da importância da visão com alguma coisa relacionada ao que o programa ia desenvolver, mas pega os meninos de surpresa.

4. No caso de as ações do PSE, voltadas para a acuidade visual e a saúde bucal, mostrarem necessidade de consultas especializadas, como é realizado o encaminhamento do aluno?

R: O que acontece é o seguinte, durante o processo que elas descobrem que tem algum problema o aluno é encaminhado para o posto até o momento só sabemos que é encaminha para o posto para que de lá eles agendem o oftalmologista ou o dermatologista, a partir daí não temos mais acesso, acesso ao que vai acontecer Lá no posto. Em 2016 houve a doação de óculos para os meninos fizeram exames foram no centro fizeram óculos, mas em 2017 não teve. Em 2016 foi muito mais organizado tive mais resultados, pra você ter uma ideia o programa esse ano veio para a escola e iniciaram em novembro.

5. No âmbito do PSE, são realizadas na Escola palestras sobre temas como doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool? Se sim, com que frequência e qual a adesão dos alunos e das famílias?

R: Teve um a vez só, foi uma única vez que veio em 2016 e nem em 2017 não teve.

6. A atualização da caderneta de vacinas é realizada na Escola ou na Unidade de Saúde? Porquê?

R: Na unidade de saúde. Não sei, por que a escola na questão da vacina trabalha a questão da conscientização no caso dos adolescentes, que é o caso do Paulo Souto eles vêm aqui fazer essa conscientização que os meninos precisam ir ao posto para tomar as vacinas, mas agente não tem acesso ao cartão de vacina até porque a escola não exige o cartão. A única coisa que a escola exige do aluno em documentação é o cartão do SUS.

7. Como se concretiza a comunicação entre a Escola e a equipa de Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

R: Não, levamos mais na UPA, chamamos o SAMU e levamos para a UPA. Existe a comunicação, porém não existe suporte, a unidade de saúde muitas vezes não tem suporte para lhe dar com a questão de um aluno passar mal. Por exemplo: Tivemos esse final de ano de 03 alunos desmaiarem na escola ai levamos para unidade aqui ai falou: leva para UPA. Então não adianta levar para aí, já levamos direto para UPA, por às vezes só tem o enfermeiro, ela faz o primeiro atendimento, primeiros socorros e encaminha para UPA, nesse caso preferimos ter essa comunicação com a UPA. Agora já em caso de funcionário passar mal ta com a pressão alta, ai levamos, já aconteceu à mesma coisa elas aferiram a pressão e mandaram para a UPA.

8. Tem sido realizada formação sobre educação em saúde, para os professores? Se sim, como qualifica essa formação?

R: Não. Quem fez foi uma instituição que não é da saúde que deu uma palestra pros professores que convidou e os professores foram que foi do balé, foi em parceria com a secretaria de educação esta sim tem se preocupado mais com isso, ela fez a palestra que foi feito em parceria mais foi feito em formação em saúde.

9. Como avalia o envolvimento das famílias no Programa Saúde na Escola (PSE)?

R: Os pais são muitos próximos eles sempre assinam as autorizações, agora o que a gente tem o pós, como por exemplo, se o aluno tem que ser encaminhado ao dermatologista ao oftalmologista ai temos uma certa dificuldade para os pais levarem esse aluno para as consultas, quando tem psicológico ou emocionais por conta da carga horária de trabalho dos

pais, mais se a gente convida e chama, se o posto chama, chamamos eles aqui e avisamos que o posto encaminhou ele veem. Eles têm respondido muito bem

10. De que forma as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) contribuíram para a mudança de comportamento e o desenvolvimento de hábitos saudáveis dos alunos, no seu meio familiar e escolar?

R: Olha vou falar da escola do chão onde estou, aqui reflete na concentração dos meninos na questão de usar preservativo, na questão do tratamento odontológico, alunos que iniciaram o tratamento e tem ido fazer, as vezes por conta própria aqueles que são maiores vão as consultas, os pais marcam e eles vão, então na questão da concentração tem sido bacana, em relação a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e a questão de acompanhamento de vacinas. São importantes, elas só precisam ser mais bem estruturadas.

11. Na sua opinião, o quê seria necessário mudar ou reformular, para tornar as ações do PSE mais eficazes, na Escola municipal em análise?

R: Planejamento. É preciso que de fato haja parceria entre a saúde e a escola, porque não é você chegar, comunicou a direção convidar o diretor para uma reunião e a partir dali nos vamos implantar, vamos vir aqui na escola, olha professora este mês nos vamos realizar o programa saúde na escola aqui, quais são as prioridades da sua escola?, o que é que vocês estão desenvolvendo?, em qual momento a gente pode, elas veem mais a gente sabe que é obrigada a receber. Planejamento em parceria, uma parceria de fato. Seria avisar estou indo você teria condição de mim receber como posso me receber, nos precisamos de tal a tal período a realizar. Ficamos sem muito espaço, não podemos dizer que não vai, pois é um programa importante, você sabe da relevância dele que vai contribuir com seus alunos então a gente recebe, mais é preciso que estou indo em que momento você pode receber, em qual momento isto aqui esta em seu planejamento pedagógico.

APÊNDICE 3. INQUÉRITO POR ENTREVISTA À ENFERMEIRA SOBRE O PSE

1. Quais foram as ações intersetoriais e interdisciplinares, desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) presente ano letivo?

R: Em 2017 foi a... o programa da hanseníase das manchas que nos avaliamos as crianças sala por sala, identificamos algumas alterações e encaminhamos para referência os outros que as manchas eram subestimadas para verminose ou dermatites foi oferecido albendazol dose única com termo de consentimento da família né, dos pais. E também teve a ação agora no final do ano sobre a acuidade visual e auditiva, onde na acuidade visual identificamos 43 alunos com dificuldade visual, alguns gravíssimos e encaminhamos também para o oftalmo e o acuidade auditiva foi encaminhado para a fonoaudióloga. E estamos aguardando o próximo ano para executar as outras ações. Não teve nenhuma ação de dentista, pois estamos sem dentista.

2. Como são definidas as prioridades e calendarização das ações do PSE?

R: Esse ano de 2017 pra mim não teve calendário, foi jogado a data e eu tive que ir e insistir com a diretora e tudo com a vice, para poder entrar. Não foi organização, não foi estipulado, coisa que não foi do meu agrado que eu gosto de tudo organizadinho, isso prejudicou a minha agenda no posto, prejudicou, todas as vezes que eu sair daqui deixei de atender quem estava agendado naquela data, e aí fez outro tumulto, e para 2018 a proposta é com a coordenadora do município que faz parte do PSE ela que é a responsável é a Rayana, então isso solicitei, a minha equipe solicitou para agente fazer uma reunião logo no início do ano, com os diretores os vices, até o apoio pedagógico que é a psicóloga (ela é a psicopedagoga) entra junto também para pode agente estipular o mês, a semana a atividade que vai ser desenvolvida naquele período e aí já fazer o cronograma do ano inteiro, é assim que eu gosto de trabalhar, mais em 2017 não foi.

3. São marcados encontros periódicos para avaliação dos resultados das ações do PSE na Escola? Se sim, como decorrem esses encontros?

R: Não existe nenhum, vai ter ainda o primeiro. Isso foi feito com a coordenação Rayana, a coordenadora Rayana a coordenadora do município do programa, mais junto com a escola não, nunca tive reunião junto com escola.

4. No caso de as ações do PSE, voltadas para a acuidade visual e a saúde bucal, mostrarem necessidade de consultas especializadas, como é realizado o encaminhamento do aluno?

R: Quando o aluno vem encaminhado pela escola recebe o atendimento e se for necessário encaminha para o especialista.

5. No âmbito do PSE, são realizadas na Escola palestras sobre temas como doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool? Se sim, com que frequência e qual a adesão dos alunos e das famílias?

R: Não, nos pretendemos fazer, mas ainda não foi feito nenhuma. Gravidez na adolescência, drogas... abusos...

6. A atualização da caderneta de vacinas é realizada na Escola ou na Unidade de Saúde? Porquê ?

R: Deveria ser na escola né, nos fomos no primeiro dia nos pedimos as cadernetas, mas alguns alunos trouxeram outros não e ai ficou perdido essa situação, mas nos fizemos o apelo pra ele poderem ta indo perto de sua casa para atualizar o HPV né a meningite, a febre amarela e ai deixamos essa parte também para o próximo ano pra tá visualizando quem já foi beleza dá os parabéns e quem não foi para aplicar nesse momento que estaremos lá.

7. Como se concretiza a comunicação entre a Escola e a equipa de Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

R: Eu nunca fui apresentada a diretora, nem da tarde, a única que eu conheço que é paciente minha é a Fabiana e a coordenadora Sara é a parte da manhã, a parte da tarde eu não conheço, a Mônica eu já vi já fez aquela apresentação assim: oi tudo também e tal, nunca sentei para conversar não.

8. Tem sido realizada formação sobre educação em saúde, para os professores? Se sim, como qualifica essa formação?

R: Tem dado para os agentes, tem dado para as enfermeiras. A secretaria de educação é que agente ainda não assimilou a proposta, não assimilou o conteúdo, benefício de ajudar a escola, porque agente não esta indo na escola para atrapalhar as aulas, pra atrapalhar o cronograma de provas e tudo ou então para poder chegar lá e dar trabalho pra eles como eles imaginam, porque chega com as papeladas, tem termos de consentimentos que os pais tem que assinar, tem questionários que tem que levar pra casa para trazer, se você tem mancha ou não né, esse questionariozinho foi entregue pra eles levarem e eles mesmo fazerem um desenhinho onde eles tem a manchas para agente poder olhar direto naquele local, é muito legal a proposta, muito legal, muito bonita essa identificação precoce dos agravos, mas a secretaria de educação, alguns colégios já se adequaram e outros parece que os maiores que tem mais quantidade de alunos tem mais trabalho a desenvolver ainda não se adequou não se interessou. Então a minha equipe esse ano ficou apreensiva porque nos fomos recebidos assim como te falei não foi organizado desde o inicio do ano então foi de supetão, ai agente acaba chegando e eles sem saber o que é que ia acontecer naquele dia “o que é que esse povo ta fazendo aqui”, eles não foi foram informados, então teve esse desgaste aí. Dessa forma meus agentes e eu também achou muito ruim que eu não gosto de ser intromissor na situação, mais tinha que ir lá fazer, fomos por causa da nossa coordenadora municipal, mais ela já sabe que a partir de agora em 2018 ela vai ter que fazer as coisas tudo no seu devido tempo né e observamos a carência dos alunos, a carência da escola, até dos professores tem muitas alunas que já foram abusadas, tem alunas que é... como é que diz estão com problemas emocionais aquela fase de adolescência, de puberdade para adolescência que não sabe o que quer da vida, não sabe o que pensar então tem tantos problemas, brigas a gravidez na adolescência ela já começam o namoro, não um namoro sadio, mas já começam o namoro na vida sexual, o namoro delas já é beijar e sexo coisa que não precisaria isso, sem o preparo então muito crua na mente delas acha que, não sei poder que aquilo lá vai valorizar elas de algum jeito lá, então a gente viu um despreparo desses alunos que talvez os pais não conversem, nos observamos as carências delas, nos observamos os comportamentos de família que é jogado para dentro da escola, abusos que acontecem na família que vem pra dentro da escola também, notei muita coisa para se fazer e os professores não sabem resolver.

9. Como avalia o envolvimento das famílias no Programa Saúde na Escola (PSE)?

R: Ainda não dá pra avaliar que ainda não foi feito, mais depois que começar o negocio vai ferver porque eu vou entrar com o NASF e o NASF ela vai ter a psicóloga, vai ter assistente

social ele vai ter a nutricionista vai ter é fisioterapeuta né então é uma equipe multidisciplinar que vai atuar comigo também lá dentro. A proposta é essa é mudar a gente reparou também a deficiência da limpeza da escola, muito suja, muito, muito eu fiquei assim porque eu conheci a escola no início e já fiz palestra no início há 17 anos atrás não era assim né aí eu perguntei a vice diretora o que acontecia porque era dessa forma ela que as funcionárias que ela tem são doentes são funcionárias que vem de uma licença que não sei o que e que não aguenta fazer e que o secretário não manda uma pessoa ou quantidades suficientes e pessoas saudáveis aí falei mais isso tem que ser conversado e mudado porque a sua escola tá mostrando pros alunos que pode ser suja que na casa deles pode ser igual aqui, o banheiro dessa forma, as salas dessa forma. Ela falou da deficiência que ela tem da dificuldade, eu falei se agente entrar lá na sua escola agente vai mudar isso tudo porque agente vai fazer relatório e vai mandar pro secretário de educação que agente tá fazendo um trabalho de saúde como que eu vou fazer vacina se as suas salas são todas sujas? Todas cheias de poeira? E aí por aí em diante vai.

10. De que forma as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) contribuíram para a mudança de comportamento e o desenvolvimento de hábitos saudáveis dos alunos, no seu meio familiar e escolar?

R: É o que acabei de dizer é o exemplo né você não pode cobrar do aluno vir com a roupa com o uniforme limpo se a sua escola está suja, se a sala de aula dele está, se o banheiro dele tá imundo né tem poeira pra tudo que é lado, então não pode cobrar do aluno uma coisa que não se faz agente primeiro tem que dar o exemplo ensina pra depois você ir cobrando. Se essas ações forem feitas de acordo com o que é preconizado ela realmente pode mudar, vai mudar, e o programa será bem inserido, bem aceito pela educação em si geral, pode mudar muita coisa nas famílias. Os alunos vão ter o conhecimento de se relacionar, vai ter o conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez na adolescência então provavelmente não vão querer viver uma doença, não vão querer viver uma gravidez na adolescência vai ter também o apoio é sobre a inclusão, do NASF sobre o perigo das drogas né, então também os direitos do adolescente que a minha assistente social pode tá falando, quais são os direitos deles? Tem direitos a várias coisas né, e os deveres também.

11. Na sua opinião, o que seria necessário mudar ou reformular, para tornar as ações do PSE mais eficazes, na Escola municipal em análise?

R: O que dá pra ficar mais eficaz é a organização do cronograma anual, organizando o cronograma já fica tranquilo para os diretores e já fica tranquilo para o posto de saúde a equipe de saúde. Logo após esse cronograma as ações serão desenvolvidas os professores os diretores vão ver a melhor a curiosidade o interesse dos alunos pela presença da saúde lá dentro e provavelmente também pode está querendo mudar alguns hábitos também né. É porque você ver numa escola que não tinha tá iniciando, tá capengando, se você for fazer uma entrevista Alessandra.

APÊNDICE 4. INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO AOS ALUNOS

Este questionário faz parte de uma pesquisa de Mestrado em Ciências da Educação, da Universidade Lusófona de Lisboa, e tem por objetivo analisar como as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola podem contribuir para a mudança de comportamento e a prática de hábitos saudáveis dos alunos, dos anos finais do Ensino Fundamental. Os dados serão mantidos em sigilo e somente utilizados nesta pesquisa. Muito obrigada pela sua atenção e participação. Lóide Seles Marques

1. Dados pessoais

Complete com os seus dados pessoais.

Sexo: _____ Idade: _____

Ano e série que frequenta _____

*Assinale com um X **uma** resposta: Sim, Não ou Em parte.*

2. Já participou em ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE)?

() Sim () Não () Em parte

Se respondeu Sim, indique quais. _____

3. Considera importante a avaliação oftalmológica, para detetar deficiências nos olhos, que poderão dificultar a aprendizagem?

() Sim () Não () Em parte

4. Considera que as ações de higiene bucal, desenvolvidas na Escola, têm contribuído para melhorar comportamentos e promover hábitos saudáveis?

() Sim () Não () Em parte

5. Considera importante manter as vacinas atualizadas, para ter uma vida mais saudável?

() Sim () Não () Em parte

6. Na Escola há palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool?

() Sim () Não () Em parte

7. Considera a atividade física necessária, para melhorar a saúde e a qualidade de vida?

() Sim () Não () Em parte

8. A Escola promove uma alimentação saudável, através da merenda escolar?

() Sim () Não () Em parte

9. Considera que a Unidade de Saúde tem contribuído para a promoção da saúde, através das atividades que são desenvolvidas na Escola?

() Sim () Não () Em parte

10. Como avalia as atividades de Educação em Saúde, realizadas este ano na sua Escola?

() Excelentes () Boas () Fracas