

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

WELLINGTON LINS DE SOUZA

**POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA EM ESCOLAS DE ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA ESTADUAL
DE PERNAMBUCO**

**RECIFE
2023**

WELLINGTON LINS DE SOUZA

**POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA EM ESCOLAS DE ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA ESTADUAL
DE PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação
da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial
à obtenção do título de Doutor em Educação.

Linha de pesquisa: Política Educacional, Planejamento e Gestão da Educação

Orientador: Vilde Gomes de Menezes

RECIFE
2023

Catálogo na fonte
Bibliotecário Bruno Márcio Gouveia, CRB-4/1788

S729p

Souza, Wellington Lins de
Políticas de educação em saúde : avaliação do Programa Saúde na Escola
em escolas de ensino médio da rede pública estadual de Pernambuco /
Wellington Lins de Souza. – 2023.
151 f.

Orientador: Prof. Vilde Gomes de Menezes.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de
Educação. Programa de Pós-graduação em Educação, 2023.
Inclui Referências, anexos e apêndices.

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Educação para a saúde. I.
Souza, Vilde Gomes de Menezes (Orientador). II. .Título.

613 (23. ed.)

UFPE (CE2023-074)

WELLINGTON LINS DE SOUZA

**POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA EM ESCOLAS DE ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA ESTADUAL
DE PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da
Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em Educação.

Aprovada em: 20/06/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Vilde Gomes de Menezes (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Alice Miriam Happ Botler
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Ana Lúcia Félix dos Santos
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Marcos André Nunes Costa
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof. Luciano Flávio da Silva Leonídio
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Mário Rui Coelho Teixeira
Universidade de Évora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, minha crença numa força superior que rege os rumos deste plano de existência e de outros planos. Dedico à minha família (meus pais Arnilson e Josefa, meu irmão Willington, minha esposa Aline e demais parentes que são rede de apoio).

Dedico aos/às meus/minhas companheiros/as de luta educacional, que dentro ou fora da sala de aula, enfrentaram e enfrentam o imenso desafio de ajudar dignamente no tracejar da caminhada discente em meio ao surgimento e continuidade da pandemia do novo Coronavírus. Tudo isso sem sucumbir às incompetências, desmandos e/ou desrespeitos de diversas naturezas que permeiam a atuação docente há tempo. Saúde a todos nós, meus/minhas amigos/as.

Dedico este trabalho àqueles que ficaram pelo caminho da vida encarnada durante o ápice da pandemia do novo Coronavírus e aos seus familiares e amigos. Nesse ensejo dedico este trabalho também aos cientistas que possibilitaram o desenvolvimento e popularização da internet (WWW) e das tecnologias digitais (parte importante deste curso e desta pesquisa foi realizada de forma on-line) e aos cientistas e profissionais da saúde que possibilitaram o desenvolvimento e a popularização das vacinas anti-Covid-19.

Por fim, dedico este trabalho ao meu filho Pedro de Brito Lins, que desde 01/05/2022 (na verdade desde nove meses antes) encheu minha vida de sono, sensações, saúde e sentido. A você, meu filho, todo esforço da construção e finalização deste trabalho. Espero que os achados aqui discutidos possam melhorar sua vida de alguma forma. Educação e(m) Saúde para você!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela possibilidade de iniciar, construir e concluir esse ciclo com saúde. Sem a proteção Divina e dos bons espíritos nada disso seria possível. Minha pura e humilde gratidão.

Agradeço aos meus pais – Josefa e Arnilson – pelo apoio incondicional desde sempre. Cada esforço, cada autoanulação para que eu tivesse a condição mínima de sair do interior do estado e tentasse melhorar de vida num local com mais oportunidades. Vocês venceram na vida e eu nunca poderei retribuir o tanto que fizeram por mim. Gratidão.

Agradeço ao meu irmão, Willington, pela referência que é. Honestidade, esforço, dedicação...tento, desde que me tornei professor profissional, seguir ao menos parte do que ele fez em sua trajetória. Gratidão!

A Aline, minha esposa, pelo companheirismo, carinho, ensinamentos e dedicação de todas as formas possíveis. Seus esforços diários também estão presentes neste documento de tese. A parceria como professora (ela é a parte inteligente da casa) também surtiu efeito. Sou muito agradecido a você!

Agradeço aos profissionais dos diversos setores que compõem o Sistema Municipal de Educação do Ipojuca, aqui simbolizados pelas pessoas das professoras Silvia Helena e Ieda Mariano, diretora de ensino do município (à época) e diretora de gestão educacional, respectivamente. O investimento desburocratizado e a acreditação em mim permitiram que todo o trajeto desta pesquisa pudesse realmente ser trilhado. Parabênzulo pela competência, alteridade e empatia. Gratidão!

Aos meus/minhas colegas, companheiros/as e amigos/as da Escola Técnica Estadual Antônio Arruda de Farias, aqui simbolizados pelas pessoas dos professores Rubens Karman, Rosana Bastos, Sônia Cruz e pelos meus queridíssimos amigos e amigas Edmar Medeiros, Thayse Júlia, Pricylla Maria, André Belarmino e Geraldo Lima. Especialmente neste período de curso e pesquisa vocês foram apoio, sorrisos e leveza. Gratidão eterna.

Agradeço aos colegas de turma de curso, pelas parcerias e ensinamentos. Aos professores do curso e aos professores presentes nos ritos de qualificação e defesa de tese, pela nobríssima arte de nos guiar e incentivar na construção do conhecimento. Ao caro professor Doutor Vilde Gomes de Menezes pelo acolhimento, oportunidade, autonomia e ensinamentos e aos amigos de laboratório, aqui simbolizados pelas pessoas de Carlos Silvan, Zé de Almeida

e Nildson Elias, pela força, parceria, ensinamentos, oportunidades e resenhas. Tamos juntos para além daqui.

Agradeço aos demais colegas, amigos e parentes, que mesmo distante fisicamente, sempre foram fonte de inspiração e coisa boa.

Por fim, agradeço ao meu filho Pedro de Brito Lins por, mesmo sem ainda saber, ser fonte de alegria, motivação e vida.

Se tenho que agradecer a tanta gente (com certeza esqueci de alguém) é porque sou uma pessoa rica!

RESUMO

O conceito de saúde envolve as questões biológicas e os determinantes sociais do indivíduo, confundindo-se com as próprias definições de educação. Assim, o entrelace entre esses dois grandes campos de saberes e práticas da sociedade configura-se como a Educação em Saúde. Essa abordagem busca dar subsídios ao indivíduo de forma a torná-lo autônomo e capaz de gerir sua própria saúde. Sob esta perspectiva, naturalmente a escola configura-se como o lócus principal para a tematização da Educação em Saúde aos educandos. Tangente a isso, experiências internacionais demonstram que o trato educacional da saúde é capaz de incidir positivamente sobre o rendimento escolar e os as competências socioemocionais dos alunos. Em 2007, o Governo Federal do Brasil criou o Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceira interministerial com vista a facilitar o gerenciamento e a execução de ações de Educação em Saúde nas escolas públicas. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar as ações de Educação em Saúde presentes em escolas da rede pública estadual de ensino médio do estado de Pernambuco. Para isso, as coordenadorias estadual e municipal do PSE e 41 gestores escolares, professores e estudantes de 14 cidades localizadas em diferentes regiões do estado foram entrevistados sobre o PSE, suas percepções e ações de Educação em Saúde nas escolas, utilizando a técnica de similitude lexical e de categorização hierárquica descendente como instrumentos para o tratamento e interpretação dos dados coletados, ancorados na análise de conteúdo. Os resultados mostraram que nenhuma das escolas pesquisadas recebeu ações do PSE, denotando que o programa possui baixo índice de cobertura e incerteza sobre sua efetividade, tendo a própria escola malgrado o papel de suprir a lacuna deixada pela ausência do PSE. Por conseguinte, as ações de Educação em Saúde realizadas se deram por meio de parcerias e de iniciativas dos professores. Assim, é necessário repensar a dinâmica do PSE em sua relação com a rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco.

Palavras-chave: política pública; educação; saúde; educação em saúde; Pernambuco

ABSTRACT

The concept of health involves biological issues and the individual's social determinants, intertwining with the very definitions of education. Thus, the interweaving between these two great fields of knowledge and practices in society is configured as health education. This approach seeks to provide subsidies to the individual in order to make him autonomous and capable of managing his own health. From this perspective, naturally the school is configured as the main locus for the thematization of health education to students. Tangent to this, international experiences show that the educational approach to health is capable of positively influencing students' school performance and socio-emotional skills. In 2007, the federal government of Brazil created the Health at School Program (PSE), an inter-ministerial partnership with a view to facilitating the management and implementation of health education actions in public schools. Thus, the objective of this research was to analyze the health education actions present in state public high schools in the state of Pernambuco. For this, the PSE state and municipal coordinators and 41 school managers, teachers and students from 14 cities located in different regions of the state were interviewed about the PSE, their perceptions and health education actions in schools, using the lexical similarity technique and descending hierarchical categorization as instruments for the treatment and interpretation of collected data, anchored in content analysis. The results showed that none of the schools surveyed received PSE actions, denoting that the program has a low coverage rate and uncertainty about its effectiveness, with the school itself failing to fill the gap left by the absence of the PSE. Consequently, the health education actions carried out took place through partnerships and teachers' initiatives. Thus, it is necessary to rethink the dynamics of the PSE in its relationship with the state public high school network in Pernambuco.

Keywords: public policy; education; health; health education; Pernambuco

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo sequencial da episteme científica humana.....	26
Figura 2 -	Modelo conceitual para aprendizagem em saúde.....	28
Figura 3 -	Exemplo de organização do fazer escolar numa “Escola Promotora de Saúde”	36
Figura 4 -	Gerências Regionais de Educação.....	47
Figura 5 -	Mapa de cidades visitadas para coleta de dados.....	61
Figura 6 -	Dendrograma produzido a partir das respostas de gestores, professores e alunos para a pergunta geral 1.....	70
Figura 7 -	Dendrograma produzido a partir das respostas de gestores, professores e alunos para a pergunta geral 2.....	72
Figura 8 -	Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de gestores, professores e alunos para a pergunta geral 3.....	73
Figura 9 -	Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de gestores para pergunta específica.....	74
Figura 10-	Gráfico produzido a partir da junção das repostas de gestores para pergunta específica.....	75
Figura 11-	Gráfico produzido a partir da junção das repostas de gestores para pergunta específica.....	76
Figura 12-	Gráfico produzido a partir da junção das repostas de gestores para pergunta específica.....	77
Figura 13-	Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de professores para pergunta específica.....	77
Figura 14-	Gráfico a partir da junção das repostas de professores para pergunta específica.....	78
Figura 15-	Gráfico produzido a partir da junção das repostas de professores para pergunta específica.....	79
Figura 16-	Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de alunos para pergunta específica.....	80
Figura 17-	Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de alunos para pergunta específica.....	82

Figura 18-	Gráfico produzido a partir da junção das repostas de alunos para pergunta específica.....	83
------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número total e percentual de ações do PSE realizadas em Pernambuco no ano de 2020.....	45
Tabela 2 -	Percentual de cobertura das ações do PSE em Pernambuco no ano de 2020.....	46
Tabela 3 -	Quantidade de escolas atendidas e natureza das ações do PSE realizadas no ciclo 2021/2022 nos municípios das escolas visitadas.....	67
Tabela 4 -	Respostas de alunos para pergunta específica.....	81
Tabela 5 -	Dados gerais dos gestores entrevistados.....	144
Tabela 6 -	Dados gerais dos professores entrevistados.....	103
Tabela 7 -	Dados gerais dos alunos entrevistados.....	145

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CAQDAS	<i>Computer Aided Qualitative Data Analysis Software</i>
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EREM	Escola de Referência em Ensino Médio
ETE	Escola Técnica Estadual
GRE	Gerência Regional de Educação
IDEPE	Índice de Desenvolvimento da Educação de Pernambuco
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PROGEPE	Programa de Formação Continuada de Gestores Escolares de Pernambuco
PSE	Programa Saúde na Escola
RMR	Região Metropolitana do Recife
SAEPE	Sistema de Avaliação Educacional de Pernambuco
SARS-CoV-2	novo Coronavírus

SEE	Secretaria de Educação e Esportes
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 <i>Minha trajetória e a aproximação com o estudo da Educação em Saúde.....</i>	<i>16</i>
1.2 <i>Situando a Educação em Saúde.....</i>	<i>17</i>
1.1 OBJETIVOS.....	21
1.1.2 <i>Geral:.....</i>	<i>21</i>
1.1.3 <i>Específicos.....</i>	<i>22</i>
2 REFERENCIAL TEÓRICO: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DE SUA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA, POLÍTICA E SOCIAL.....	23
2.1 <i>O conceito educativo de saúde num entrelace histórico-filosófico.....</i>	<i>23</i>
2.3 <i>Experiências internacionais propondo modelos e entendimentos sobre a Educação em Saúde na escola.....</i>	<i>30</i>
2.3.1 <i>Escolas Promotoras de Saúde: uma proposta estruturada de Política Pública de Educação em Saúde.....</i>	<i>34</i>
2.4 <i>A trajetória da Educação em Saúde nas escolas do Brasil.....</i>	<i>36</i>
2.4 <i>O Programa Saúde na Escola: uma política necessária, mas inacabada.....</i>	<i>40</i>
2.5 <i>O perfil de Educação em Saúde nas escolas de Pernambuco e suas influências.....</i>	<i>44</i>
2.6 <i>A relação entre as políticas públicas e a Educação em Saúde na escola.....</i>	<i>49</i>
2.6.1 <i>A dinâmica escolar e sua importância para o fazer da Educação em Saúde.....</i>	<i>51</i>
2.6.2 <i>A gestão escolar como catalizadora das ações de Educação em Saúde.....</i>	<i>53</i>
2.6.3 <i>Democracia e (in)justiça na escola: elementos estruturantes da Educação em Saúde.....</i>	<i>55</i>
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	58
3.1 <i>Característica e delimitação do estudo.....</i>	<i>58</i>
3.2 <i>Características e a escolha dos sujeitos da pesquisa.....</i>	<i>58</i>
3.3 <i>Os instrumentos de coleta de dados.....</i>	<i>60</i>
3.4 <i>O passo a passo no proceder da coleta de dados.....</i>	<i>61</i>
3.5 <i>Tratamento, análise e interpretação dos dados coletados: o uso do Iramuteq e a análise de conteúdo.....</i>	<i>63</i>
3.6 <i>Possíveis riscos e o cuidado com os sujeitos de pesquisa.....</i>	<i>65</i>
4 OS RESULTADOS E O INÍCIO DO TRANSCURSO DISCUSSIVO	67
5 APROFUNDANDO A DISCUSSÃO E O EXERCÍCIO DE ENTENDER A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA.....	84
5.1 <i>A presença e a efetividade do Programa Saúde na Escola nas escolas pesquisadas.....</i>	<i>84</i>
5.2 <i>A Nova Gestão Pública em suas repercussões no fazer do Programa Saúde na Escola na rede pública estadual de ensino de Pernambuco.....</i>	<i>88</i>
5.3 <i>O desafio da intersetorialidade “Saúde” x “Educação” e o poder fragmentador.....</i>	<i>93</i>
5.4 <i>Educação em Saúde dentro do fazer escolar.....</i>	<i>97</i>
5.5 <i>O debate sobre saúde mental como necessidade na Educação em Saúde na escola.....</i>	<i>107</i>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS EM RECORTES DISCUSSIVOS E APONTAMENTOS REFLEXIVOS.....	112
REFERÊNCIAS.....	115
ANEXOS	126
ANEXO A - Parecer Consubstanciado CEP 5140898.....	127
APÊNDICES.....	130
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (para maiores de 18 anos)...	131
APÊNDICE B – Termo de Assentimento.....	133
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (para os responsáveis por menores de 18 anos).....	135
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o gestor escolar.....	137
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com o professor escolar	138
APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com o aluno do 3º ano do ensino médio	139
APÊNDICE G – Roteiro de entrevista com a coordenadoria estadual do programa saúde na escola..	140
APÊNDICE H – Roteiro de entrevista com a coordenadoria municipal do programa saúde na escola.	141
APÊNDICE I – Tabela 5: Dados gerais dos gestores entrevistados.....	142
APÊNDICE J – Tabela 7 - Dados gerais dos estudantes entrevistados	143
APÊNDICE K – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos gestores para a pergunta “No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?”	144
APÊNDICE L – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos professores para a pergunta “No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?”	145
APÊNDICE M – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos alunos para a pergunta “No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?”	146
APÊNDICE N – Dendrograma bruto produzido a partir das respostas dos gestores, professores e alunos para a pergunta “No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?”	147
APÊNDICE O – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos gestores para a pergunta “Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”	148
APÊNDICE P – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos professores para a pergunta “Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”	149
APÊNDICE Q – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos alunos para a pergunta “Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”	150
APÊNDICE R – Dendrograma bruto produzido a partir das respostas dos gestores, professores e alunos para a pergunta “Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”	151

1 INTRODUÇÃO

1.1 Minha trajetória e a aproximação com o estudo da Educação em Saúde

Sou filho de um pernambucano e uma paraibana. Meu pai cursou, segundo suas memórias, o ensino fundamental até o que, hoje, chamamos de 7º ano dos anos finais. Minha mãe foi bem menos “audaciosa”¹ nessa trajetória, frequentando a escola até chegar, no que conhecemos hoje, como 5º ano do ensino fundamental nos anos iniciais.

Quando passei a me “entender como gente”, meus pais já estavam nas profissões que viriam a exercer até suas aposentadorias. Ele como marceneiro autônomo, ela como assistente de serviços gerais num hospital público. Além disso, suas trajetórias de vida me ensinaram (e ensinam até hoje. Lembro que, ainda criança, reparava na atuação profissional do meu pai algumas situações insalubres, mas entendidas à época como normais, como o trato com tintas, serras, pó de madeira, solventes, cola e vernizes sem uso de nenhum equipamento de proteção individual. Não por acaso (acho) meu pai sofreu infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral aos 42 anos, mas sobreviveu e vive hoje para contar a história. Minha mãe, por força de fiscalização sindical, utilizava proteção individual, fato importante mediante a periculosidade das ações que ela realizava.

A vida pessoal deles também foi e é uma escola de Educação em Saúde para mim. Hábitos, costumes...tudo convergiu para a reflexão também sobre as minhas próprias ações. Um exemplo bem claro vem de um hábito alimentar da minha mãe. Quando criança, ela tomava muito caldo de cana na região canavieira onde cresceu. Para completar o cardápio, comia quantos pães-doces tivesse acesso (o dinheiro era curto, para não falar escasso). O fato é que esse hábito deve ter contribuído diretamente para que ela desenvolvesse diabetes mellitus tipo 2. A alimentação rica em sal e gordura (a mais acessível ao pobre) também foi fator importante para que os dois também desenvolvessem hipertensão arterial sistêmica. Sobre isso, o comentário de minha mãe exprime bem a importância da educação intencional e não intencional na saúde das pessoas: “eu não tinha noção nenhuma de como tudo aquilo poderia prejudicar minha saúde”.

Sobre mim, posso dizer que a educação voltada à saúde sempre me interessou. É importante pontuar, contudo, que minha compreensão sobre o conceito amplo de saúde é mais

¹ Ambos tiveram que trabalhar desde muito cedo, ainda no final da infância/início da adolescência. Ela como empregada doméstica e ele como ajudante de padeiro. Estudar na escola, então, era foi um ato de audácia frente à realidade posta.

recente. Minha própria fala sobre as observações acerca da atuação profissional dos meus pais aponta apenas as questões biológicas envolvidas na saúde. O comportamento de consumo excessivo de caldo de cana por parte da minha mãe, por exemplo, é resultado das condições sociais à qual ela estava inserida à época. Eram poucos os alimentos e as informações disponíveis, características que foram determinantes na saúde dela.

A graduação em educação física pela Universidade Federal de Pernambuco aproximou-me ainda mais da temática, mas dessa vez com o viés preventivo. Por ter sido uma graduação plena (bacharelado e licenciatura no mesmo currículo) o contato com as disciplinas voltadas à licenciatura ampliou a minha percepção sobre o quanto os determinantes sociais da vida de um indivíduo incidem sobre sua saúde. Ainda durante essa trajetória, iniciei minha atuação com a educação física escolar. Primeiro com o estágio curricular e posteriormente como estagiário remunerado. Ambas as experiências foram o início da busca por uma escola mais “saúdável”. Busco até hoje essa característica onde trabalho, sempre na tentativa de não só envolver o componente curricular ao qual sou responsável no trato com os alunos, mas de também incitar o corpo docente e o corpo gestor do local a perceber a saúde numa perspectiva mais ampla e de forma transdisciplinar.

Me inquieta também a escassez de discussões sobre a temática nas formações continuadas, nas discussões do projeto pedagógico, nos planejamentos conjuntos, nas atividades multidisciplinares propostas pela escola e na própria inoperância do poder público em tematizar a faceta educacional formal da saúde nas escolas. Afinal, quem de nós não é afetado pelo seu próprio estado de saúde e pelo estado de saúde das pessoas próximas? A pandemia do novo Coronavírus escancarou a necessidade dessa discussão desde a fase mais jovem do ser humano social que somos. Essas inquietações profissionais, curiosidades pessoais e necessidades humanitárias me levaram a embarcar na contribuição *stricto sensu* que essa tese de pesquisa se propõe a entregar sobre a temática.

1.2 Situando a Educação em Saúde

Falar sobre Educação em Saúde na escola exige esforço conceitual diversificado, uma vez que a temática é imbricada por diversas e complexas dimensões práticas e teóricas relacionadas aos indivíduos e aos seus contextos sociais, além das próprias variáveis cultural, política e filosófica que entornam todo este complexo (SALCI et al., 2013). Para tal, inicialmente é necessário delimitar o conceito de educação, de saúde e de Educação em Saúde em suas diferentes interpretações, além de elencar possibilidades de como estes conceitos

podem ser relacionados à educação intencional nas escolas. Ainda assim, é possível inferir desde já que tratar sobre Educação em Saúde na escola é tratar sobre tudo o que compõe a mediação de uma educação ampla e de possibilidades.

A educação - ou a prática educativa - é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e funcionamento de todas as sociedades (LIBÂNEO, 1990). O mesmo autor destaca que a prática educativa pode acontecer em diversos locais, como no convívio familiar, no trabalho, nos ciclos sociais, em veículos de comunicação em massa e na escola, entre outros. Educar, portanto, é um termo amplo e polissêmico, construído por interações intencionais (formais e não formais) e não intencionais (informais). No Brasil, o direito à educação formal é assegurado pela Constituição Federal de 1988, pela Lei Nº 8069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Lei nº 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN, que priorizam o acesso e a permanência do aluno na escola, com o objetivo de formá-lo para o exercício da cidadania, preparação para o trabalho e participação social. Especificamente tratando sobre uma das manifestações da educação intencional – a educação formal - a escola, há tempos, mantém o *status quo* dessa tarefa (LIBÂNEO, 1990).

A saúde, por sua vez, é definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2010) desde 1946 como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente determinado frente às ausências de afecções e enfermidades. A Carta de Ottawa, promulgada em 1978, chamou a atenção para a, até então, nova perspectiva de percepção de saúde humana² (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Tempo depois, ainda sob o bojo dessa discussão, a OMS, em sinergia com a Organização das Nações Unidas (ONU), destacou a importância dos determinantes sociais como adjuvantes na saúde dos indivíduos.

A saúde é determinada por circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e os sistemas criados para lidar com estas fases. Essas circunstâncias, por sua vez, são moldadas por um conjunto mais amplo de forças: economia, políticas sociais e política (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p.1).

Posteriormente, em 2012, novo debate sobre a Carta de Ottawa, publicado pela OMS, elencou detalhes sobre as áreas de ação para a promoção da saúde, sendo estas o desenvolvimento de habilidades pessoais, os serviços de reorientação em saúde, a criação de ambientes de suporte para as ações, a construção de políticas públicas saudáveis e o

² O conceito de saúde passa a englobar a capacidade do indivíduo de ter controle nas condições e na melhora da própria saúde.

fortalecimento da comunidade nas ações de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). A partir disso, entende-se que o aprendizado em saúde é, por essência, um aprendizado educacional mediado por políticas públicas e por nuances sociais específicas, uma vez que o fazer política pública e a necessidade do incrementar social nessas políticas passaram a ser, oficialmente, basilares no conceito de saúde.

Seguindo a linearidade do que foi abordado, a Educação em Saúde necessita, então, de uma abordagem oficial e incisiva e o *locus* principal para isso parece ser a escola. A escola é reconhecidamente o ambiente onde crianças, adolescentes – e até indivíduos adultos - passam grande parte de seu tempo diário em processo de aprendizagem formal, fato potencializado pelo acréscimo do tempo escolar promovido pelas chamadas escolas de tempo integral. Dessa forma, a escola assume papel *sine qua non* na aquisição, incorporação e subjetivação de conhecimentos e atitudes inerentes aos diversos componentes da sociedade humana, entre eles a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; ROCHA et al., 2011).

Configurando a escola como ambiente propício ao aprendizado de comportamentos saudáveis e sobre comportamentos de risco à saúde num modelo de desenvolvimento social (MIDFORD et al., 2017; LEE et al., 2018), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Iniciativa Global de Saúde Escolar (ligada à OMS) alicerçaram, desde a década de 1990, o conceito de “Escolas Promotoras de Saúde”, tratando a abordagem com substancial discussão. É importante destacar que as escolas são diversificadas em público e ambiente, e que estes componentes variam em níveis, sofrendo forte influência de determinantes físicos, sociais, políticos, de métodos de ensino e de conexões intra e intercomunitárias. (BASSET-GUNTER et al., 2016). O modelo de “Escola Promotora de Saúde” será discutido mais à frente.

O principal objetivo das políticas de Educação em Saúde na escola, então, seria o de promover a saúde psicológica (educação socioemocional) e física dos estudantes, a fim de ajudar a desenvolver as habilidades ao longo da vida, incluindo a comunicação, a autoconfiança e a autoestima. Acredita-se que isto pode ajudar os alunos a terem autonomia durante a adolescência e que também os tornaria cidadãos ativos (CHOLEVAS; LOUCAIDES, 2011) e críticos, emulando os preceitos educacionais Freireanos. Contudo, as diferentes variáveis envolvidas na tematização da Educação em Saúde na escola não permitem a determinação de uma “tipologia Weberiana”³ ou até mesmo dificulta a construção de uma trilha estruturalista⁴ aplicadas a essa discussão.

³ Delimitar os tipos de ação social e de dominação, descritos por Weber em sua obra.

⁴ Encontrar estruturas gerais a partir do estudo de partes dela.

Em complemento, diversos estudos (CHOLEVAS; LOUCAIDES, 2011; BASSET-GUNTER et al., 2016; MIDFORD et al., 2017; INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION, 2018; CHESTER et al., 2019) asseveram uma associação positiva entre o rendimento escolar quantitativo e a presença de discussões sobre saúde no fazer pedagógico. Somado a isto, o perfil de mudança das doenças, o despertar para a prevenção e o aumento do custo dos cuidados em saúde tem levado ao aumento do interesse no ensino da Educação em Saúde nos países ocidentais (COLQUHOUN, 1990). Outras experiências internacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRUSELIUS-JENSEN; RENWICK; AAGAARD-HANSEN, 2016) e a própria LDBEN - ao afirmar que a educação é direito do cidadão e que esta deve torná-lo crítico - asseveram a introdução da educação crítica em saúde como uma ferramenta que deve estar disponível e transversal no fazer escolar.

As políticas públicas que tratem da Educação em Saúde na escola, portanto, configuram-se como elementos catalisadores e essenciais para a construção de um ambiente crítico. Assim, pesquisadores tem à frente um grande campo para investigar processos e resultados de implementação e construção de comunidades escolares saudáveis, inferindo sobre as melhores ferramentas de mensuração para os objetos interseccionais entre as diferentes experiências (BASSET-GUNTER et al., 2016). Logo, além da própria formação dos profissionais envolvidos com a educação intencional, as políticas governamentais em si, a dinâmica escolar, a gestão da escola e o próprio perfil do aluno ganham destaque na formatação de um cenário de favorecimento do trato da saúde numa perspectiva mais ampla, democrática e humana.

A partir de então urge a discussão sobre a saúde no ambiente escolar formal sob esse prisma: o da tangência entre as forças de controle internos - a micropolítica escolar – e os documentos estatais norteadores. Esta discussão, no Brasil, toma caráter de criticidade direta, levando em consideração que a política pública voltada à Educação em Saúde na escola é composta por elemento único - o decreto de nº 6.286/2007, que cria o Programa Saúde na Escola (PSE) e seus desdobramentos - este pertencente ao escopo da Educação em Saúde.

Neste bojo, embora o PSE configure importante avanço no estudo da Educação em Saúde nas escolas, a literatura específica indica que o programa ainda parece ser pouco efetivo e com baixa cobertura, configurando uma realidade que transita no sentido contrário ao que González (2015) destacou como a busca da “proteção completa” do educando dentro do caminho evolutivo das políticas públicas de educação no Brasil. Vale destacar também que o PSE, embora intersetorial, majoritariamente trafega no sentido “da saúde” – dos órgãos tidos

como componentes da saúde nacional - para a “educação” (BRASIL, 2007; MACIEL et al., 2010; ALVES et al., 2020).

Nesse sentido, em Pernambuco, especificamente, acredita-se então que algumas escolas de ensino médio não recebem ações do PSE, mesmo destacando-se por seus bons resultados em avaliações educacionais de larga escala implementadas na rede educacional pública de ensino médio: o Sistema de Avaliação da Educação Básica – SAEB e o Sistema de Avaliação da Educação Básica de Pernambuco – SAEPE, com destaque para os resultados apontados no Índice de Desenvolvimento da Educação de Pernambuco - IDEPE. Essa crença baseia-se na tendência nacional de ações do PSE em escolas das redes públicas estaduais de ensino médio, que ilustra pouquíssimas evidências sobre, mesmo em escolas destaque. Apesar da lacuna esperada e seguindo a perspectiva do perfil de Educação em Saúde (Educação Crítica em Saúde) em muitas escolas pelo mundo, espera-se que se as escolas de destaque em Pernambuco desenvolvam ação/ações temáticas a esse âmbito, mesmo por iniciativa da comunidade escolar.

É nessa trajetória que a pesquisa se desenvolveu: mesmo com o Programa Saúde na Escola não atendendo a todas as escolas da rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco, as escolas com maior índice IDEPE são contempladas por ações de Educação em Saúde, sejam elas advindas do PSE ou realizadas pela comunidade escolar. Além disso, por causa da baixa cobertura e capilaridade nas escolas da rede pública estadual – características evidenciadas pelo conhecimento prévio que tenho enquanto professor da referida rede e pela escassez de publicações tratando o PSE em escolas da rede pública estadual – espera-se dificuldades para que o poder público ou mesmo um pesquisador avalie a efetividade do Programa Saúde na Escola na rede de ensino em questão.

Dessa forma, entendendo que existem lacunas de abordagem sobre a Educação em Saúde, que o PSE deveria estar disponível a todas as escolas da rede pública estadual de ensino de Pernambuco e que as próprias decisões da comunidade escolar podem definir a dinâmica da escola no trato à Educação em Saúde, esta pesquisa de tese delimita os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 Geral:

Avaliar as ações de Educação em Saúde em escolas da rede pública estadual de ensino médio do estado de Pernambuco.

1.1.3 Específicos

- Verificar a efetividade do Programa Saúde na Escola nas escolas pesquisadas;
- Discutir as relações de poder presentes na organização e implementação do Programa Saúde na Escola;
- Investigar a concepção sobre e as ações de Educação em Saúde de alunos, professores e gestores nas escolas pesquisadas;
- Correlacionar as ações de Educação em Saúde nas escolas pesquisadas com o Programa Saúde na Escola;
- Discutir as demandas e características internas do trato da Educação em Saúde nas escolas pesquisadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DE SUA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA, POLÍTICA E SOCIAL

2.1 O conceito educativo de saúde num entrelace histórico-filosófico

Antes de tudo é importante compreender que os filósofos clássicos utilizados nesse tópico não direcionaram suas obras diretamente ao estudo da saúde. Nesse sentido, os trechos a seguir tratam de um desafio de entendimento contextual sobre alguns dos mais conceituados paradigmas da filosofia humana e sua relação com o desenrolar histórico do conceito de saúde.

Falar em saúde nos tempos atuais é entendê-la como um arcabouço complexo, composto por variáveis que se entrelaçam e que incidem cotidiana e decisivamente na vida do ser humano. Sendo a saúde um conceito primordialmente dependente da compreensão humana sobre seus determinantes sociais e científicos, Czeresnia (2003) destaca a sobreposição temporal de paradigmas epistemológicos – a *verdade* e as diferentes *verdades*⁵ - notadamente marcante no estudo da temática. Nesse bojo de conhecimentos, a filosofia é peça importante no estudo da saúde, seja por intermédio de filósofos que trataram diretamente a temática⁶, ou por reflexões, como tratou Martins (2004), advindas de trabalhos tangentes à episteme dos diversos pensamentos em saúde embebidos no positivismo, no materialismo histórico, no estruturalismo, na fenomenologia ou noutra corrente teórica.

Como dito, o conceito de saúde é definido com envolvimento de variáveis físicas, mentais e sociais, mas nem sempre foi assim. Os primórdios do entendimento sobre o “estar ou não saudável” traziam a magia, as forças (sobre)naturais e o medo - de cunho religioso - como elementos impositivos ao bem-estar corporal. Antes mesmo do surgimento formal da filosofia o ser humano já se deparava com a busca por uma lógica explicativa.

Na Grécia, berço da filosofia, a posição social do indivíduo, a sazonalidade, o trabalho e o ambiente davam a tônica dos componentes sociais (LOURENÇO et al., 2012). A filosofia seria, por época, a “medicina da alma”. A Idade média trouxe a quebra da lógica grega e a fortificação e consolidação da religiosidade e do teocentrismo como vetores de acesso às condições almejadas como as principais para o ser humano, além do princípio do higienismo físico e do clima de incerteza de métodos e da própria ciência. No Renascimento emergiram as ciências de base e a necessidade das comprovações científicas e do estudo da gênese da matéria e dos agravos ao ser humano. Por fim, na modernidade, o corpo do trabalhador passou a ser

⁵ Nesse caso remete-se ao conceito Platônico de “verdade”, aquela que deve ser buscada como algo literalmente essencial.

⁶ Canguilhem e Foucault, como notórios expoentes.

determinante para o capitalismo pungente e o aumento da industrialização e da produção a ele ligada (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Em adição a essa discussão introdutória, vale destacar que o crescimento espacial e populacional em progressão geométrica das grandes cidades trouxe de forma indelével problemas ligados ao saneamento e às questões biológico-sociais. Por fim, no século XX, observa-se a emergência da chamada “medicina social”, da “saúde coletiva” e das ações de promoção e propagação da saúde, dinamizando a saúde num conceito mais holístico para um sujeito, agora, mais competitivo e individual (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003, p. 357).

O primeiro conceito formal de saúde encontra base epistemológica na sinergia entre a filosofia e a medicina pré-socrática (AIUB, 2005). De uma forma geral, a descoberta do funcionamento do corpo (humos) e da alma - pelo médico e pelo próprio sujeito, respectivamente - era chave para tratamentos e reestabelecimentos. Essa dicotomia corpo e mente difere drasticamente de enunciados onde corpo e mente não se dissociam, possibilidade esta trazida por Freud, Lakan, Espinoza, Nietzsche e Althusser, por exemplo (MARTINS, 2004). Imbuído da lógica filosófica grega da *Areté*⁷, Sócrates buscava conduzir o indivíduo na descoberta dos conhecimentos sobre seu próprio corpo e sobre sua própria alma – a chamada “*Maiêutica*” socrática. A verdade geral, como sublinham Silva e Pagni (2007) estava latente em todo ser humano.

A filosofia de Aurelius Augustinus, o *Santo Agostinho* (354-430), configurou-se como grande expoente no trato de saúde à época. “A verdade está em Deus” - diferente do modo grego de concepção do conhecimento - onde a verdade estaria no homem. Somente com a permissão e o acesso à linguagem divina (que era interior) o homem poderia compreender de fato o que estava acontecendo com seu corpo. Ao afirmar que “*o homem é um ser pensante e seu pensamento não se confundiria com a materialidade do seu corpo*”, Agostinho deixava clara a dicotomia herdada da escola grega sobre o entendimento das mazelas humanas. “Uma alma que serve a um corpo” (OS PENSADORES, 1979). Apesar do *servir* dito por Agostinho, a alma comandaria as ações corporais, sem ser, contudo, modificada por estas. A saúde era obtida pela estabilidade da alma e pela exatidão advinda de Deus e não pela instabilidade do corpo e suas sensações.

A transição para a idade moderna chegou com a quebra do conceito religioso-científico da idade média. O surgimento do estudo da matéria, das ciências de base e de novas tecnologias medicinais, como o microscópio (fundando a base da bacteriologia e da microbiologia)

⁷ Virtude ou excelência intelectual e moral.

acontece em paralelo com o pensamento positivista e pragmático simbolizado pela chamada “*lógica Cartesiana*”. René Descartes (meados do século XVII) busca a afirmação de um conceito moderno à época, tornando os sentidos e sensações como catalisadores do autoconhecimento, combatendo a ciência da idade média, essencialmente aristotélica. Assim, Descartes (OS PENSADORES, 1973) ressaltou a contribuição dos fatores pessoais, sociais e culturais como influenciadores sobre as ideias, buscando o abandono a superstições e fanatismos. O ceticismo sugira com força. O racionalismo moderno de Descartes, que buscava na razão (sobretudo na matemática) os recursos para a recuperação da certeza científica, desencantava das ciências humanas a responsabilidade sobre a atenuação das questões humanas, dentre elas a saúde.

O ceticismo às explicações empíricas sobre os agravos corporais e as dúvidas medicinais sobre as origens e fins de doenças advém dessa lógica. Descartes elencava a “medicina pragmática” como a única natureza de conhecimento eficaz no trato da saúde. Todavia, mesmo divorciando-se dos preceitos aristotélicos, ele ainda concebia a dualidade corpo/mente, mesmo que apresentando explicação mais engenhosa para tal. Deus era a garantia de que “sou uma coisa que pensa” e de que “tenho realmente um corpo” (OS PENSADORES, 1973). Em face às novas descobertas e técnicas positivistas surgem vários estudos na anatomia, fisiologia, epidemiologia e a teoria miasmática⁸ (LOURENÇO et al., 2012). A modernidade traz, por fim, base para o desenvolvimento teórico das ciências sociais, culminando com o desenvolvimento da *medicina social*. A origem das doenças passaria, agora, a ser estudada socialmente.

A dinâmica do conhecimento ao longo do tempo e da evolução intelecto-científica constitui uma referência ao preconizado por John Locke (1621-1704). “A maneira pela qual adquirimos qualquer conhecimento constitui suficiente prova de que ele não é inato” (OS PENSADORES, 1999). A dicotomia corpo/mente ainda é presente em Locke, que traz o conceito de “*experiência social*” (ideia). Segundo o conceito de Locke, somos capazes de juntar conceitos para formar a ideia na mente, sem necessariamente ter vivido a experiência, permitindo, por vezes, um acordo universal entre os homens a cerca de uma verdade. Esse paradigma inclui, por definitivo, o pensamento social nas discussões de saúde, descartando apenas a falseabilidade dedutiva como o caminho a ser seguido. Enunciados singulares deveriam ser observados.

⁸ Creditava às condições sanitárias a criação de um estado atmosférico responsável por causar doenças infecciosas e surtos epidêmicos.

Ainda na mesma época, a obra de Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1834), construída também sob um iluminismo propositivo à quebra de determinados estados das coisas, tratou a totalidade do real englobando os aspectos sociais, por consequência assim, também a saúde (OS PENSADORES, 1999). O entendimento do complexo como preceito para o entendimento das questões do sujeito (NOVELLI, 2001). Nesse sentido, entender a saúde como algo complexo e de grande raio de abrangência parece ser uma analogia aceitável nessa perspectiva.

Chama atenção nessa trajetória as axiologias envolvidas nesses paradigmas, paradoxalmente concordando com a lógica defendida por Auguste Comte (1798-1857) para o desenvolvimento da ciência, simbolizada na figura 1:

Figura 1 – Modelo sequencial da episteme científica humana

Conceitos Teológicos → Metafísicos → Positivistas.

Fonte: adaptado de Comte (1978)

Paradoxalmente porque atualmente o conceito de saúde inclui variáveis essencialmente definidas como de natureza “qualitativa”, contrastando com os preceitos “quantitativos”, positivistas⁹, emergidos nos estudos sociológicos de Comte, sobretudo acerca da organização coletiva dos sujeitos.

Não obstante, a contemporânea contribuição de David Émile Durkheim (1858-1917) para os estudos sociais em saúde é potencial. Ao criticar o método universal para todas as áreas, a filosofia de Durkheim foi importante para a consolidação dos estudos sociológicos gerais, já que focava seus esforços filosóficos no contexto social circunferencial e não no individual. É de Durkheim o estudo das recorrências sociais que tem poder de se impor ao sujeito, o chamado *fato social*. Por possuir característica geral (abrangendo o conjunto), por ser algo externo ao indivíduo e ser independente da psicologia do sujeito, a definição da saúde como um fato social pôde garantir, sob a ótica positivista¹⁰, um raio maior de investigação sobre os agravos, promotores e determinantes relacionados. Atrelado a isso, as sensações seriam indispensáveis para o entendimento da saúde como um fato social. Contudo, apenas a contribuição social não parecia ser suficiente para o trato da complexidade do trato de saúde.

⁹ Seu positivismo fundamentou-se como aquilo que pode ser observado. A disciplina ocasionada pelo método adequado à objetividade buscava um conceito universal para a saúde.

¹⁰ Nesse caso o contexto histórico não importa. O fato social é algo presente, que requer análise tangível.

O alemão Karl Marx (1818-1883) trouxe uma visão essencialmente política para a filosofia social. A teleologia envolvida nas políticas de saúde voltada à população seria naturalmente direcionada a diferentes abordagens. O cerne da luta de classes e a própria existência das classes sociais da perspectiva Marxista já denotam, por si só, a abordagem fragmentada da saúde à população, podendo incidir numa alienação embebida de falso acesso a serviços e produtos. Assim, a saúde passa pela ideologia à qual a determina, sobretudo em países onde o custeio da saúde pública é estatal. Contudo, para que houvesse na prática, e por conseguinte¹¹, a saúde plena, outro paralelo com os preceitos Marxistas pode ser construído: a ausência da necessidade material que a cercasse. Toda e qualquer mudança nas políticas públicas corroboram com a *superestrutura* analisada nas obras marxistas.

A Europa à qual ele, Marx, conhecia, levava à inferência de uma saúde holística ideológica, expressando o mundo real (a realidade vivida), mas sem necessariamente ser tangível a uma classe ou a indivíduos a ela pertencentes. Em paralelo, o estudo da força de trabalho e da mais valia configurou-se como importante para a sinergia entre corpo e saúde. Logicamente que numa perspectiva de exploração – hegemonia - de uma classe sobre a outra, o trato biológico, social-econômico e, por conseguinte, da mente, constitui grande importância. O chamado “exército industrial de reserva”, importante na lógica capitalista, segundo Marx, configuraria, na prática, uma condição estritamente insalubre, uma vez que privaria o indivíduo de acesso a bens materiais básicos, à satisfação mental de estar produzindo e à própria condição financeira básica à subsistência.

Para se entender este e outros fenômenos seria necessário estudá-lo em seu cenário de maior complexidade, porque neste estará a representação mais simples deste fenômeno. Qualquer que seja o fenômeno ele não será uma coisa, mas algo historicamente constituído (OS PENSADORES, 1999). Antonio Gramsci (1891-1937) e Louis Althusser (1918-1990), ao também estudarem o aparelho ideológico do estado, trazem evoluções sob o mesmo prisma.

Contemporaneamente, a semiótica e as variáveis sociais apareceram com relevância no trato da saúde, confundindo-se com os próprios determinantes de saúde. Mikhail Bakhtin (1895-1975) tratou a consciência como um fato sócio-ideológico, uma vez que só se materializaria através de signos e estes, por sua vez, seriam instaurados em processos de interação social (SILVEIRA, 1981). Sendo assim, é possível que a própria saúde seja um fato socioideológico, não simplesmente um estado biológico normal, buscado pela medicina moderna. Michel Foucault (1926-1984), pesquisador de trato íntimo com as questões de saúde

¹¹ Vale ressaltar que o estudo da saúde direta não era objeto dos escritos Marxistas.

social, afirma em sua obra que a vida biológica e a saúde das nações tornaram-se alvos fundamentais de um poder sobre a vida, num processo denominado de estatização do biológico. Nesse contexto, mais que nunca, a biopolítica tratada por Foucault emerge questões socioantropológicas presentes em variáveis de sexualidade, raça e degenerescência, numa nova roupagem de eugenia (ORTEGA, 2004).

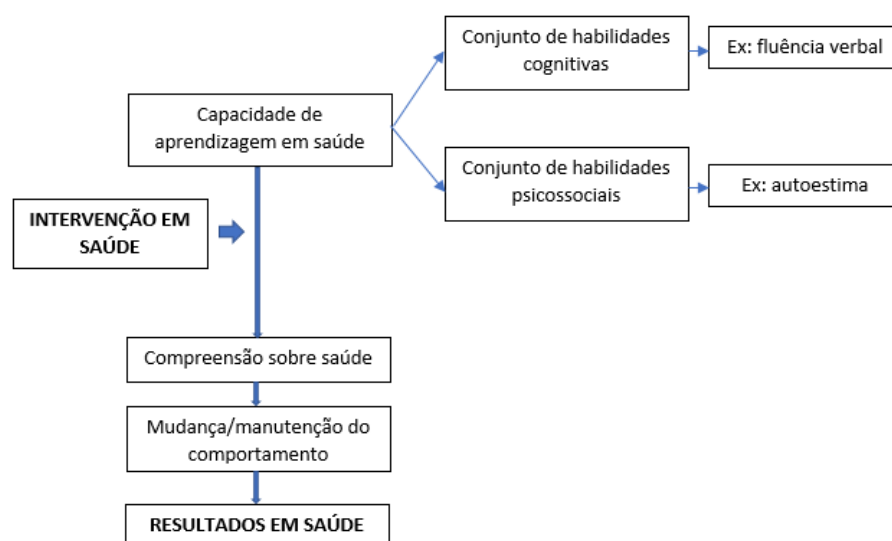
Sendo assim, analisar a construção histórico-filosófica do conceito de saúde torna possível inferir que as influências mística, religiosa, metafísica, científica e social seguiram um caminho de sobreposição e dialética entre si. Os componentes político-estruturantes são mais recentes nessa discussão sem, contudo, deixarem de aparecer de forma mais tímida ainda no início do pensamento filosófico. Além disso, as correntes filosóficas mais tradicionais algumas vezes demonstram entrelace entre si nessa perspectiva, embora isso não compusesse seus objetivos nem estivessem em suas respectivas epistemologias.

Toda essa trajetória permeia, de forma direta ou indireta, os conhecimentos sobre saúde tratados na educação não intencional e na intencional, simbolizada pela escola.

2.2 A Educação em Saúde como conhecimento na escola

O trato teórico-prático da saúde na escola encontra novos desafios dentro do sistema de ensino, concordado com o que Bonell et al. (2014) chamaram de sinergia entre educação e saúde. Segundo os autores, essa sinergia seria capaz de promover modificações no curso tradicional de estudo, promovendo novos aprendizados relativos à percepção de saúde, catalisando a incorporação de novos hábitos, como propõem o modelo de Wolf et al. (2009):

Figura 2 - Modelo conceitual para aprendizagem em saúde



Fonte: adaptado de Wolf et al. (2009).

A figura 2 exemplifica como uma intervenção de conhecimentos de saúde pode resultar em mudanças positivas na saúde das pessoas. Porém, e para tanto, é necessário destacar que existem algumas diferenciações no resultado do entrelace entre a educação e a saúde. O conceito de Educação em Saúde é composto por uma tríade de abordagens conceituais, os quais articulam intervenção enquanto políticas públicas e definem a abordagem educacional nos campos da saúde/educação. São elas: “Educação Para a Saúde”, “Educação na Saúde” e “Educação Popular em Saúde”.

A Educação Para a Saúde supõe uma concepção verticalizada dos métodos e práticas educativas, focada em hábitos e comportamentos de saúde com viés essencialmente biofisiológico (FALKENBERG et al., 2014). Por sua vez, o Ministério da Saúde do Brasil (2009) define a Educação na Saúde como a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. Já a Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando, em que o saber popular é valorizado e as discussões sobre temas vivenciados pela comunidade levam à mobilização social para uma vida melhor (VIVEIRO, 2003; MACIEL, 2009).

A Educação em Saúde, portanto, deve comportar-se como ponto convergente de todas essas abordagens, pois trata do processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, envolvendo um conjunto de saberes biofisiológicos, profissionais e socioemocionais que contribuem para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado de saúde, de forma individual e coletiva (FALKENBERG et al., 2014).

Fitzpatrick e Allen (2019) chamaram esse modelo de uma “educação crítica em saúde”, catalisada pela perspectiva Freireana de que “ensinar não é transmitir conhecimento”. Simplesmente ensinar uma pessoa a não chegar perto de drogas, por exemplo, pode ser comparado a ensinar um cachorro a farejar drogas em meio a cargas e comidas (FITZPATRICK; ALLEN, 2019) ou nesse caso, como disse Foucault (2005), esse seria um saber para nada ou uma espécie de saber suntuário¹². Neste texto, o termo “Educação em Saúde” será adotado como padrão para designar questões relativas à educação crítica em saúde, entendendo a saúde como concepção ampla de conhecimentos.

Ainda assim, delimitar o escopo da Educação em Saúde é uma tarefa complexa, uma vez que a temática, como visto, é composta por dois discursos: o discurso biomédico e o discurso socioecológico, ambos pautados por políticas públicas epistemologicamente

¹²Saber suntuário diz respeito a conhecimento especializado sobre o valor de objetos, sua estética ou seu valor comercial.

diferentes. Portanto, urge a necessidade da tematização dessa complexidade e de suas repercussões e aproximações entre os diversos nichos sociais, em especial aos jovens. Sobre isso, entende-se a escola como o *locus* possibilitador para essa abordagem, com o objetivo de tematizar aos jovens a aprendizagem geral sobre as diversas perspectivas educacionais da saúde, linearizando com o estudo clássico de Guy (1976), que define Educação em Saúde na escola como um processo que deve ser iniciado quando a criança entra na escola e continuar por toda sua trajetória escolar.

Desta feita, os ambientes sociais e políticos que envolvem uma abordagem crítica em saúde também requerem atenção. Abordagens paralelas à tradicional Educação Para a Saúde podem responder ou ao menos esclarecer os discursos puramente biologicistas (FITZPATRICK; ALLEN, 2019), somada à Educação Popular em Saúde e à Educação na Saúde dentro da escola. Na prática, a Educação em Saúde pode ser trabalhada nas diversas disciplinas, como por exemplo no estudo das funções corporais, da nutrição, de hábitos saudáveis, da importância do senso coletivo e político, dos determinantes sociais de saúde, dos efeitos climáticos, mapeamento de doenças, estudo de questões de gênero, raça, economia e estatística vital, entre outros, todos ligados às disciplinas-base (GUY, 1976). Esse entrelace entre os componentes curriculares e as questões sociais corrobora com o discorrido por Colquhoun (1990), ao afirmar que “escolas não funcionam num vácuo social e cultural”, além de ser a materialização pedagógica do trato da saúde como tema transversal na escola.

Sendo assim, a quebra do compreender puramente biológico sobre saúde e a incorporação do trabalho reflexivo e associativo pautado em elementos sociais e humanos nessa compreensão ganha contornos importantes, sendo necessária sua discussão em nível macro – políticas públicas educacionais - e micropolíticos, destacando nesse último caso a importância do papel de cada ator da comunidade escolar nesse contexto, concordando com o que Freire (1996) preconizou em seus estudos: não há docência sem discência.

Nesse âmbito, na busca de entendimento amplo sobre a temática, cabe descrever o que a literatura traz de experiências e concepções sobre as políticas e ações de Educação em Saúde na escola, no sentido de afunilar o objeto de conhecimento desta pesquisa até a realidade à qual foi proposta a investigação.

2.3 Experiências internacionais propondo modelos e entendimentos sobre a Educação em Saúde na escola

Em geral, a Educação em Saúde nas escolas pelo mundo encontra base na perspectiva da Educação Para a Saúde, tematizando a problemática com teleologia essencialmente biológica, epidemiológica e fisiológica, embora as tangências com as variáveis sociais comecem a tomar mais espaço em algumas ações. Este perfil pode ser explicado pelo próprio entendimento da construção cronológico-científica sobre Educação em Saúde na escola (MASSEY, 1994) e pelas características socioculturais predominantes em cada país onde as ações são construídas e desenvolvidas, sendo estas diretamente dependentes da(s) política(s) pública(s) que a(s) embasa(m).

Nos países europeus a escola aparece como *locus* basal para a consolidação de aprendizados e discussões sobre um perfil de Educação em Saúde voltado à adoção de “hábitos saudáveis” de vida e, também, com ação coadjuvante no aprendizado dos conteúdos curriculares gerais.

Dentro da estratégia governamental para a saúde da população da Inglaterra, por exemplo, a escola foi identificada como local-chave para um trabalho de promoção da saúde, com base no contato contínuo entre os especialistas da área e este ambiente, que representa um espectro significativo da sociedade. Desde 1944, com lei estadual, e de 1966, com a publicação do panfleto educacional nº 49, pesquisadores ingleses já chamavam a atenção para o dever do estado em promover condições de bem-estar geral da população, inclusive tratando essas questões na escola, através de políticas públicas (GUY, 1976). Nesse escopo a estratégia governamental também reconheceu a importância da educação física no trato da temática (HARRIS; CALE, 1997).

Na Grécia, programas de saúde e de Educação em Saúde foram incorporados nas escolas primárias em 2001. Desde então, em cada distrito educacional um coordenador de saúde é então apontado pelo ministro da educação com a responsabilidade de coordenar e promover programas de Educação em Saúde nas escolas do distrito. Estes coordenadores são escolhidos de acordo com seus conhecimentos sobre a área de Educação em Saúde e suas experiências docente e gerencial (CHOLEVAS; LOUCAIDES, 2011). Ainda segundo os autores, a Educação em Saúde faz parte do currículo não obrigatório do sistema de ensino, implementado numa flexível faixa de ensino, que permeia todas as disciplinas (similar aos temas transversais no Brasil).

Experiência relatada por Piana et al. (2017) sobre educação nutricional em escolas primárias da região de Spoleto, na Itália, demonstrou ter sido capaz de mudar os hábitos nutricionais e comportamentais dos professores, alunos e seus responsáveis, incidindo sobre o aumento da aderência dos estudantes à chamada “dieta do mediterrâneo”, caracterizada pela

diminuição acentuada do consumo de alimentos hipercalóricos e/ou industrializados e sobre a percepção dos benefícios da vida ativa e da alimentação saudável dos envolvidos. A intervenção envolveu alunos, professores e responsáveis no planejamento e escrita de um livro sobre hábitos alimentares e características antropomórficas de animais, como desenvolver hábitos saudáveis no dia a dia e quais as vantagens de uma vida fisicamente mais ativa, envolvendo conhecimentos científicos e humanísticos.

Em Portugal, o trato da saúde na escola iniciou-se efetivamente com a presença médica na aulas desde o início do século XX, passando pela educação física sanitaria na década de 1920, pela reforma epistêmica com caráter interdisciplinar na década de 1970, pelo fortalecimento da medicina pedagógica, do foco no combate às drogas e às doenças sexuais nas décadas de 1980 e 1990, culminando com o acréscimo do combate ao alcoolismo, de discussão sobre hábitos alimentares, questões sobre violência e sobre nível de atividade física a partir dos anos 2000 (ROCHA et al., 2011)

Algumas experiências em outros continentes – especificamente em países asiáticos e americanos - trazem diferentes perspectivas na organização escolar da Educação em Saúde. Na Nova Zelândia, país asiático, nos últimos três anos do ensino médio a Educação em Saúde tem status de disciplina baseada em qualificações, o que significa que ela (a Educação em Saúde) está completamente destacada no currículo escolar (FITZPATRICK; ALLEN, 2019). Os padrões de avaliação para o ensino médio incluem a análise de questões de saúde internacional, de questões relacionadas à sexualidade e gênero para desenvolvimento de estratégias de abordagem às temáticas, a construção de ações para melhorar o bem-estar das pessoas dentro da escola ou na comunidade, a avaliação das ações de saúde comumente utilizadas na cidade e a análise das questões éticas contemporâneas e sua relação com o bem-estar comum (FITZPATRICK; ALLEN, 2019). Coincidentemente (ou não) dados da agência Lowy, atualizados em julho de 2021, apontam a Nova Zelândia como o país com melhor gerenciamento preventivo e dos efeitos da pandemia do SARS-CoV-2 (novo Coronavírus)

No Timor Leste - país asiático que tem a língua portuguesa como oficial – e que demonstra alto índice de analfabetismo, pobreza, mortalidade materna e infantil, desnutrição e com relevante característica demográfica de possuir muitas moradias rurais (DIREÇÃO GERAL DE ESTATÍSTICA TIMOR-LESTE, 2015) - uma intervenção de educação para a saúde ocular feita com livretos animados, realizada em quatro escolas primárias de um distrito rural, foi capaz de melhorar e aumentar os conhecimentos sobre saúde ocular dos estudantes, parecendo indicar que as estratégias de aproximação em linguagem (neste caso os desenhos

como atrativos ao público estudado) podem ser extrapoladas para ações de maior escala (HOBDAY et al., 2015).

O modelo de escola saudável de Hong Kong, na Ásia, chama a atenção. O país desenvolveu um programa de premiação para escolas saudáveis. Este institui metas a serem atingidas pelas escolas, de acordo com componentes de cada área de ação delimitada pela OMS para as “Escolas Promotoras de Saúde”. Cada componente consiste em diferentes indicadores com um sistema de pontuação que reflete o nível de performance. Os indicadores foram construídos e validados a partir de vasto estudo da literatura pertinente e adaptado às condições da população asiática (LEE et al., 2018). De acordo com os mesmos autores, os componentes estruturados no programa envolvem os pais, a gestão e a comunidade. Os professores também são treinados em relação à promoção de saúde e sobre os resultados dessas ações. As escolas são, então, categorizadas de acordo com suas potencialidades e dificuldades, indo da premiação bronze até a premiação ouro, esta última dada àquelas que conseguirem evoluir em seus indicadores.

No Canadá, país americano, o movimento de “Saúde Escolar Integral”, iniciado nos anos de 1980, é a nomenclatura popularmente conhecida para o que outras regiões globais chamam de “Escolas Promotoras de Saúde” (STOLP et al., 2015). Além deste, outro modelo socioecológico, adotado em várias unidades escolares do país, tem sido utilizado para entender o quão complexo é o sistema de uma comunidade escolar saudável. Este modelo sugere que os indivíduos são afetados por múltiplos níveis de influência (TOWNSEND; FOSTER, 2013). Basset-Gunter et al. (2016) consideram uma comunidade escolar saudável como aquela que reconhece a responsabilidade conjunta da escola e da comunidade em geral pela saúde dos alunos, funcionários e famílias que fazem parte da própria escola. Assim, segundo os autores, parece que estimar os conceitos, a história, as questões e os princípios de implementação que são comuns a diferentes experiências pode ajudar a criar um entendimento conjunto sobre o que é uma comunidade escolar saudável.

Sobre os fatores que parecem influenciar no sucesso de um programa de saúde na escola, estudo de Wright et al. (2018) realizado na Austrália sugere que muitos professores de formação inicial gostam da Educação em Saúde, principalmente porque esta viria como possibilidade de diminuição de risco de agravos à saúde para os jovens. Ainda tematizando sobre fatores de influência, o estudo de Choleva e Loucaides (2011) aponta que os determinantes que incidem sobre o sucesso ou não dos programas de saúde na escola são: qualificação profissional (limitação na experiência docente com os programas); comunicação e interação entre os professores, gestão, pais e outros atores; autonomia docente e tempo docente disponível,

infraestrutura da escola. Intrinsecamente, a motivação docente também aparece como fator importante. Extrinsecamente, a cooperação da gestão e a comunicação entre a escola e os órgãos gestores também aparecem de forma decisiva, segundo os mesmos autores.

Experiências de comunicação entre estudantes de diferentes grupos de amizades dentro da mesma unidade escolar (MIDFORD et al., 2017) e entre estudantes de diferentes países tem propiciado oportunidades de reflexões e compartilhamento sobre os determinantes sociais de sua própria saúde, suas práticas pessoais de saúde e como tudo acontece na vida pessoas de outras culturas (BRUSELIUS-JENSEN; RENWICK; AAGAARD-HANSEN, 2016). O projeto MEL (*move/eat/learn* ou mover/comer/aprender), de autoria dos mesmos pesquisadores, estudou a potencialidade desse tipo de interação em três escolas públicas básicas em Copenhague (Dinamarca) e uma escola pública de ensino médio em Nairobi (Quênia) e evidenciou resultados positivos para a saúde dos jovens partindo de perspectivas complementares entre si: a aprendizagem formal e os métodos de ensino.

Evidências interculturais demonstram, também, ligação entre o desenvolvimento espiritual, social, cultural e moral e a saúde e bem-estar da população jovem, como demonstrou pesquisa de Chester et al. (2019). É importante ressaltar que o desenvolvimento mais geral não necessariamente necessita estar explícito no trato escolar. A educação religiosa, a filosofia, o ensino de línguas e da arte, por exemplo, podem explorar diferentes culturas e crenças (CHESTER et al., 2019). Aqui cabe o destaque para as variáveis sociais e subjetivas como elementos bastante contributivos para o trato da saúde plena e, portanto, elementares na educação crítica em saúde.

Mais recentemente, estudos evidenciaram a importância da tematização da Educação em Saúde sobre aspectos socioemocionais em estudantes da Austrália (SHAH et al., 2023), sobre a venda e consumo de tabaco em jovens americanos (JAYAWARDENE et al., 2023) e sobre o autogerenciamento de estilo de vida nutricional em jovens de diversos países (CLARK; SIROIS, 2023).

2.3.1 *Escolas Promotoras de Saúde: uma proposta estruturada de Política Pública de Educação em Saúde*

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Iniciativa Global de Saúde Escolar (ligada à OMS) objetivam, desde a década de 1990, o desenvolvimento das chamadas “Escolas Promotoras de Saúde”, iniciativa focada no gerenciamento de recursos para uma saúde escolar eficaz, inicialmente pautada em quatro

componentes integrados, esses posteriormente refinados para seis áreas principais de atuação: habilidades de saúde pessoal, políticas de saúde escolar, serviços de saúde escolar, ambiente social escolar, relacionamento com a comunidade e ambiente físico escolar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; HOBDAV et al., 2015).

Além disso, a União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação Para a Saúde (2005) e a própria OMS (2008) recomendam uma proposta de abordagem escolar multifacetada, incluindo um perfil de trato dentro e fora da sala de aula, com foco no desenvolvimento físico e social do estudante, este traduzido em melhora dos resultados educacionais através da construção de conhecimentos, habilidades e comportamentos saudáveis, abrangendo os domínios comportamental, social, cognitivo e emocional do indivíduo. Esta proposta, em fase de consolidação em alguns países, apresenta como componentes (pilares) os “4 E’s”: *Education*, *Environment*, *Everyone* e *Evidence*:

-*Education (Educação)*: é a cultura de aprendizagem para todos os envolvidos na escola, incluindo pais, responsáveis e corpo docente, abrangendo também ações promovidas pelos próprios alunos para esse público. Para tal, a conscientização dos envolvidos e o trabalho multidisciplinar é apontado como caminho;

-*Environment (Ambiente)*: trata do fomento ao ambiente social e físico sadio na escola, em casa e na comunidade, promovendo políticas de implementação de estilo de vida ativo e de pertencimento aos componentes da comunidade. Simbolizaria a criação de um local agradável, inclusive com merenda saudável;

-*Everyone (“Cada um”)*: é o incentivo, valoração e valorização da contribuição de cada componente da comunidade escolar, com oportunidades inclusivas e de equidade para cada um fazer escolhas saudáveis. Aponta como estratégias a formação dos comitês do bem-estar, os programas de voluntariados e as doações gerais da comunidade;

-*Evidence (Evidências)*: identificar objetivos, planejar ações e coletar informações para indicar a eficácia de ações para estilos de vida ativos e saudáveis na comunidade escolar. Avaliar os programas e ações saudáveis para mensurar eficácia (BASSET-GUNTER et al., 2015).

Figura 3 - Exemplo de organização do fazer escolar numa “Escola Promotora de Saúde”

PILAR DA “ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE”	DO QUE TRATA O PILAR?	EXEMPLO DE APLICAÇÃO
“Ambiente”	Ambiente físico e social	Criação de um espaço físico escolar que atraia o aluno (pode ser um refeitório acolhedor ou um ambiente ativo, por exemplo).
“Educação”	O que é abordado na aula	A equipe pedagógica concorda em abordar algo relacionado ao espaço criado de forma transversal, independentemente do componente curricular.
“Cada um”	Parcerias e serviços	A cada reunião da comunidade escolar elege-se uma ação sobre o espaço onde todos possam ajudar dentro da sua expertise.
“Evidência”	A política da escola sobre saúde	Criar método de avaliação sobre o impacto e a efetividade da ação realizada nesse espaço sobre a vida (física e educacional) dos atendidos.

Fonte: adaptado de Basset-Gunter et al. (2015).

O exemplo dado na figura 3 mostra uma perspectiva de organização do fazer em Educação em Saúde numa escola que promove conhecimentos pedagógicos temáticos. Esse modelo, embora não seja a única forma de organização, é importante por fortalecer organizacionalmente as ações de Educação em Saúde enquanto ações pedagógicas com caráter inter, trans e multidisciplinar, fortalecendo a participação ativa da comunidade escolar e instituindo metas a serem formalmente avaliadas.

2.4 A trajetória da Educação em Saúde nas escolas do Brasil

As concepções de educação e de saúde no Brasil sofreram diversas transformações ao longo do tempo, dinâmica que, por conseguinte, influenciou diretamente o conceito de Educação em Saúde no país. Portanto, é conclusivo que a Educação em Saúde na escola sempre teve seus conceitos e propósitos imbricados com a própria dinâmica de concepção de Educação em Saúde e com as transformações ocorridas na escola e nos processos pedagógicos nacionais (MACIEL, 2009). Convém lembrar que durante muito tempo a educação formal no Brasil percorreu (e por vezes ainda percorre) uma trajetória essencialmente conteudista, não reflexiva e depositória, o que Freire (2005) veio a chamar de “educação bancária”.

O cenário supracitado acabou por quase que restringir a Educação em Saúde ao foco do adoecimento, inclusive quando tratada na escola. Acabou também por individualizar o próprio processo de adoecimento, culpabilizando o indivíduo e eximindo a comunidade e o poder público de responsabilidades nesse cenário, retirando a possibilidade do entendimento de saúde

como um conceito coletivo. Esse cenário emula o que Foucault (2005) chamou de “biopolítica da espécie humana” ou “biopoder”¹³. Embora a obra do autor citado não esteja interessada na evolução linear de um objeto de estudo, cabe sua citação por ela estar interessada no “porquê” deste objeto estar em cada momento dessa evolução cronológica.

No final do século XIX e início do século XX a política de Educação em Saúde no Brasil confundia-se com a chamada “educação sanitária”, essa instituída pela necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país (MACIEL, 2009). Tais epidemias - como as de varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis – estavam intrinsicamente ligadas às condições sanitárias e socioeconômicas em que o povo vivia. Nesse período, portanto, a estratégia de Educação em Saúde era voltada às consequências (muitas vezes já em grandes proporções) e não às causas, utilizando, inclusive, o uso da força militar como instrumento de coerção e engajamento. Este modelo de interposição ficou conhecido como “campanhista”. As campanhas de vacinação eram realizadas de forma coercitiva, além da realização de outras ações de mesma natureza, como a vistoria nas casas, internações forçadas, interdições e despejos. Esses elementos, em conjunto com a não preocupação com os componentes sociais ou mesmo sensibilizantes voltados à população, culminou posteriormente no movimento que ficou conhecido como a “revolta da vacina” (VIVEIRO, 2003).

Em meados da década de 1930 - o pós “República Velha” e início da “Era Vargas” - foi marcado pela criação de centros de saúde com perfil de educação sanitária, voltados à população mais pobre e pelo início da valorização médica individualizada em detrimento à saúde pública (VIVEIRO, 2003; MACIEL, 2009; FALKENBERG et al., 2014). Nessa mesma época a fundação do Ministério da Educação e Saúde (MES) gerou a concentração das atividades sanitárias nas cidades, sobretudo nas capitais (LEVY et al., 1997). Ainda segundo os mesmos autores, o surgimento, no MES, do “Serviço Nacional de Educação Sanitária” e de suas réplicas estaduais, marcou um período de Educação em Saúde caracterizada por atividades educacionais utilizando basicamente formas escritas e visuais para a propagação de hábitos sanitários de saúde, inclusive nas escolas. Contudo, o serviço não considerava características importantíssimas da população à época, como o grande número de analfabetos do país (aproximadamente 60% em 1940) e o fato destas pessoas se concentrarem nas camadas de baixo poder aquisitivo nas cidades e nos campos.

¹³ A ideia de biopoder em Foucault está relacionada ao governo dos corpos dos indivíduos (disciplina) e o governo das pessoas como um todo (biopolítica).

O período de transição entre o primeiro governo de Getúlio Vargas e o início de governo militar no Brasil caracterizou-se pela criação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura (MEC), desconectando as ações federais entre a educação e saúde da mesma pasta forte, marco histórico no entrelace educação/saúde no Brasil¹⁴. O período também foi caracterizado pela influência de discussões internacionais sobre a importância dos serviços sanitários de saúde na população brasileira, suas expansões nos diversos setores do, à época, novo Ministério da Saúde, além das aproximações desses serviços com os serviços educacionais formais (LEVY et al., 1997).

Em sequência, o período do governo militar no Brasil evidenciou a piora do cenário de saúde da população mais pobre, traduzida pelo ressurgimento de doenças como a tuberculose, malária e doença de chagas, o aumento da mortalidade e dos acidentes de trabalho (VIVEIRO, 2003). Esse cenário acabou por incentivar, em meados da década de 1970, ações e experiências educacionais voltadas para a realidade da população mais pobre, capitaneadas por profissionais de saúde. Essas experiências e ações, muitas vezes em parceria com diversos segmentos sociais, ficaram conhecidas como “Movimento Popular em Saúde” ou “Educação Popular em Saúde” (VIVEIRO, 2003; MACIEL, 2009; FALKENBERG et al., 2014). Os mesmos autores destacam que em paralelo, e até a década de 1990, ainda era corriqueiro a utilização do termo “Educação e Saúde” para designar conhecimentos técnicos voltados à instrumentalização de controle de doentes pelos serviços e de doenças pelas pessoas.

A década de 1980 foi marcada pela discussão da utilização dos meios de comunicação em massa e das escolas para a Educação em Saúde e pela entrada de órgãos internacionais – como o Banco Mundial – no financiamento de alguns programas e projetos voltados à temática. Essa entrada provavelmente transferiu para as políticas educacionais do país o conceito de qualidade epistemologicamente atrelado ao entendimento mercadológico do termo, descaracterizando a educação - um processo essencialmente subjetivo – ao mensurá-lo por avaliações restritas e “quantitativistas” (SILVA, 2009).

Nessa lógica, a educação física, enquanto componente curricular da escola, sempre foi permeada pelas mesmas intenções da Educação em Saúde no Brasil ao longo da história, com forte influência das instituições militares e da classe médica, destacando-se, assim, como de bastante valia para a materialização da concepção biológica de saúde. Essa alcunha remeteu à educação física a vista de representante legítima da saúde na escola, pautada linearmente por ações eugenistas, higienistas e, posteriormente, voltadas à aptidão física e esportiva, ações estas

¹⁴ A partir de então as políticas públicas ações ganharam em especificidade, mas o fazer prático perdeu em dialogicidade e intersetorialidade.

imbricadas com o entendimento de saúde ao longo da história educacional do país (CASTELLANI FILHO, 2001; LIMA; SILVA; NAKA, 2015). Recentemente, partindo do referencial curricular nacional, criado pelo Ministério da Educação em 1997, surgiram os Temas Transversais, incitando as disciplinas curriculares base, incluindo a educação física, a contribuir de forma mais incisiva na tematização de questões tangentes à essa organização de saberes, com destaque para o Tema Transversal “Saúde”, este com azimute de prevenção de agravos e propagação de conhecimentos sobre a saúde (AZAMBUJA et al., 2017).

Toda essa trajetória resultou, também e de forma marcante, na criação do projeto “Saúde na Escola”, em 1996. O projeto passou a ser integrado à TV Escola do MEC em 20 de agosto de 1997, compondo semanalmente a grade de programação de 50.000 escolas do ensino fundamental. Posteriormente, em 1998, um importante passo sobre a temática foi dado. A definição de uma Diretoria de Programas para área, que buscou ampliar a abrangência da proposta abordada pelo projeto “Saúde na Escola”, ideia fortalecida pela criação, em 2005, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e da própria “Estratégia de Saúde da Família” (ainda na década de 1990), fazendo com que o projeto evoluísse para um programa, o Programa Saúde na Escola – PSE (LEVY et al., 1997; LIMA; SILVA; NAKA, 2015). Além do seu escopo principal, o PSE congrega ações satélites em seus desdobramentos. Mais detalhes sobre o PSE serão vistos à frente.

Com a ascensão, a partir de 2016, do gerenciamento Federal voltado às necessidades mercadológicas¹⁵, o Brasil assumiu uma linha de diminuição do financiamento e da oferta dos serviços públicos de saúde, posicionamento que inapelavelmente interferiu nas políticas de educação e de educação em saúde e em seus desdobramentos práticos (SILVA; SANTOS, 2023). Ainda segundo os argumentos das mesmas autoras, a precarização dos serviços públicos, além de impedir o avanço da cobertura e da qualidade destes, ainda foi capaz de regredir os indicadores ligados a estes serviços. O tamanho da repercussão dessa guinada de gerenciamento ainda será sentido mais à frente, mas a sinalização causada pela reforma curricular da educação básica e pela diminuição dos serviços de saúde pública e coletiva já são sentidos desde já.

Sobre isso, foi visto que o entrelace “saúde e educação” assumiu várias facetas ao longo da história brasileira e que, portanto, falar em Educação em Saúde é também falar sobre escola. Nos dias atuais, o ensino básico brasileiro é regido pela Base Nacional Comum Curricular – BNCC, aprovada em 2017 (BRASIL, 2017). Sobre isso, estudo de Santos e Adinolfi (2020) evidenciou interação entre as linhas de ação do PSE e as competências gerais e habilidades a

¹⁵ Simbolizado pelo congelamento de investimentos públicos por 20 anos e pelo favorecimento da entrada de interesses particulares na máquina pública.

serem desenvolvidas sob norteamento da BNCC, com destaque para ligação direta com os componentes curriculares ligados às “ciências da natureza”.

No caso específico do ensino médio, no “Novo Ensino Médio” - currículo que passou a nortear as práticas pedagógicas desta etapa a partir de 2022 – houve a diminuição da carga horária de algumas disciplinas propedêuticas - como educação física, biologia, sociologia, arte e filosofia - em detrimento ao aumento da carga horária e acréscimo de disciplinas do ensino técnico e da chamada “parte diversificada” do currículo. A natureza e magnitude das repercussões causadas pelo “Novo Ensino Médio” ainda serão sentidas, incluindo sobre a Educação em Saúde.

Todavia, é plausível conjecturar que o perfil escolar supracitado, voltado à formação de mercado, trará, entre outros efeitos, o enfraquecimento das subjetividades e das discussões essencialmente humanísticas. Essa política educacional aumenta a chance de termos nas escolas um perfil de aluno que Bourdieu e Champagne (2007) chamaram de “os excluídos do interior”, aqueles que terão prejuízos educacionais ocasionados pelas dificuldades que indivíduos com seu perfil socioeconômico encontrarão para acessar à educação de qualidade.

Recentemente, experiências com escolas promotoras de saúde e com o PSE em escolas municipais, como de Vargem Grande Paulista, Itaoca, São Paulo, Curitiba, Foz do Iguaçu, Corumbá, Maceió, Manguinhos, Rio de Janeiro, Jaboticatubas (BRASIL, 2007), Vitória (MACIEL et al., 2010), Icó (ALVES et al., 2020), entre outras, denotaram exemplos de abordagens contextuais inovadoras envolvendo o trato pedagógico voltado aos cuidados com saúde na rede educacional, podendo os modelos serem enquadrados nos moldes de prioridade da Educação em Saúde. Vale ressaltar, contudo, que embora de natureza intersetorial, esses modelos foram capitaneados pelas respectivas secretarias municipais de saúde ou por ações de iniciativa própria, destoando do preconizado pelo Programa Saúde na Escola.

2.4 O Programa Saúde na Escola: uma política necessária, mas inacabada

Em 5 de dezembro de 2007 o decreto nº 6.286 instituiu no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação o Programa Saúde na Escola (PSE), com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio da coordenação e construção de parcerias que tratem de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde e seus agravos (BRASIL, 2007).

Como características gerais, o PSE possui a adesão para período bienal pelos municípios, com as informações sobre planejamento (esse de forma intersetorial, por meio de

grupo de trabalho envolvendo representantes da saúde e da educação) e ações realizadas devendo ser inseridas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB (vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, esta pertencente ao escopo do Ministério da Saúde do Brasil), com os recursos repassados sendo dependentes do monitoramento federal sobre as ações realizadas pelos municípios. O cadastro no SISAB é válido para instituições de saúde registradas no Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde (CNES) e instituições de ensino que possuam cadastro no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com código reconhecido.

Uma vez aderido, o município deve constituir sua coordenadoria específica, esta que deve ser composta por profissional/profissionais ligado(s) às respectivas secretarias de saúde e de educação. Assim, cada município recebe no início e no meio do ciclo um valor em dinheiro para custear suas ações em cada ano, com o repasse para o segundo ano do ciclo sendo feito mediante comprovação de realização de ações mínimas estabelecidas para o primeiro ano do ciclo (duas ações de qualquer natureza do escopo do programa adicionada por ao menos uma ação lincada com a prevenção e combate ao novo Coronavírus).

A adesão municipal é mediada pela coordenadoria estadual do Programa, esta que também deve ser composta por profissionais das Secretarias de Saúde e de Educação do Estado. Seu monitoramento na Esfera Federal é realizado pela chamada “Equipe de Programas”, que está vinculada ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), componente da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. As orientações oficiais do PSE determinam que os profissionais responsáveis devem organizar e implementar as ações, além de cadastrá-las no SISAB por meio do preenchimento da ficha de atividade coletiva na estratégia “e-SUS ab”.

Segundo o Decreto 6.286/2007, o PSE visa:

(,,,) Contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes rede pública de ensino básico, por meio do fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida e no apoio ao processo formativo dos profissionais de saúde e de educação (BRASIL, 2007, p.1).

Ainda segundo o mesmo texto, as ações do PSE, em todas as suas dimensões, devem estar inseridas na proposta pedagógica da escola e na política de educação integral, respeitando a diversidade sociocultural das regiões, a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas, devendo estas ações serem desenvolvidas conjuntamente com a família e a comunidade. Além disso, devem partir de articulação e trabalho intersetorial entre os gestores estaduais e municipais da saúde e da educação. Sobre isso, a Portaria Interministerial nº 1.055/2017, que

redefiniu as regras e critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios, determina que a participação do estado se dá pela assinatura do termo de adesão, este que cria o compromisso de apoio às ações do PSE nas escolas estaduais.

Juntos, estado e municípios devem promover aos educandos os princípios básicos de promoção da saúde por meio do Programa. São eles:

- Integração e articulação da rede pública de educação e de saúde: ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, dos equipamentos e dos recursos disponíveis;
- Territorialidade: respeito às realidades e às diversidades existentes no espaço sob responsabilidade compartilhada das políticas de Educação e Saúde;
- Interdisciplinaridade e intersetorialidade: progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissionais e a articulação intersetorial, com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- Integralidade: formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- Longitudinalidade: atuação no acompanhamento compartilhado durante o desenvolvimento dos educandos;
- Controle Social: articulação de saberes, participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da Saúde e Educação;
- Monitoramento e avaliação permanentes: comunicação entre as escolas e as unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre a condição de saúde dos estudantes, informando as que forem realizadas nos sistemas de monitoramento compartilhado entre os profissionais da saúde e da educação. Avaliar o impacto das ações junto aos educandos participantes das diferentes ações do PSE.

Sob essa ótica, as coordenadorias estaduais e municipais, juntas, devem garantir o cumprimento desses direitos por meio do desenvolvimento de doze linhas de ações essenciais e outras de interesse do município, pertinentes às questões locais que envolvam o público do Programa. Essas linhas essenciais devem realizar:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;

- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Por orientação do Ministério da Saúde as ações “I”, “II”, “III”, “VIII” e “IX” foram prioritárias para o ciclo 2019/2020. Destaca-se, então, a contemporaneidade e importância das ações do PSE frente à pandemia do novo Coronavírus no ciclo. Nesse sentido, várias portarias foram publicadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2020 com o objetivo de orientar as ações de prevenção da Covid-19 nas escolas, estas configurando-se, então, como ações prioritárias do PSE já para o ano de 2020. Para o ciclo 2021/2022 o PSE ganhou a aliança de outra linha de ação, por meio da parceria com a iniciativa “Crescer Saudável”.

A propósito, tendo o PSE como base, outros constructos podem ser realizados. Com foco na perspectiva da Educação Para a Saúde, um dos exemplos do desdobramento prático do PSE é o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), pensado para os alunos com idade entre 10 e 24 anos da educação pública básica (BRASIL, 2007). Outras ações que exemplificam os desdobramentos do PSE são simbolizadas por ações que visam a redução do Índice de Massa Corporal – IMC de alunos, redução do uso do tabaco, redução de cáries em dentes permanentes e oferta de serviços de saúde ocular (BRASIL, 2021). Mais recentemente, estudo de Manta et al. (2022) evidenciou o aumento de práticas corporais e de práticas lincadas ao nível de atividade física capitaneadas pelo PSE em todo o país.

Também em 2022 o Ministério da Saúde divulgou um documento intitulado: “Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação – PSE ciclo 2021/2022”. Em linhas gerais o documento reforça que todas as ações do programa devem estar atreladas ao projeto pedagógico da escola, destaca que as ações de monitoramento e avaliação são fundamentais na identificação das lacunas e avanço do PSE nos territórios e reafirma que o programa visa promover a integração das diretrizes da saúde e da educação para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes brasileiros e da comunidade onde estão inseridos (BRASIL, 2022).

Atualmente o monitoramento é realizado a partir de registros enviados e validados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Ainda de forma destacada, o documento classifica como “essencial” a gestão compartilhada no planejamento e nas ações do PSE e aponta como obrigatória a realização de ações de prevenção ao contato com o novo Coronavírus em todas as escolas vinculadas do município e, ao menos, mais duas ações vinculadas ao PSE, não obrigatoriamente em todas as escolas vinculadas, para que haja o repasse de verbas do governo federal para as ações do PSE municipal do ano seguinte.

Na prática, são muitas e diversas as ações do Programa Saúde na Escola documentadas em escolas das redes municipais de educação, envolvendo uma ou mais linhas de ações preconizadas pelo Programa. Contudo, em escolas de ensino médio de rede estadual os relatos científicos são escassos. Exemplos como a cartilha “Programa Saúde na Escola: 6º ano ao Ensino Médio”, desenvolvida pela Atenção Básica do Rio Grande do Sul (2017), flertam com as escolas de ensino médio de responsabilidade da rede estadual, mas ainda assim de forma puramente informativa e generalista (não específica à etapa).

2.5 O perfil de Educação em Saúde nas escolas de Pernambuco e suas influências

O Estado de Pernambuco não possui uma política própria específica para a Educação em Saúde em sua rede pública de ensino (há possibilidade de construção e implementação de políticas regionalizadas, como será visto à frente). Os primeiros passos dados na direção das ações tangentes à Educação em Saúde no estado foram trilhados em meados da década de 1920, quando Amaury Medeiros cria a Inspeção de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência, esta que trilharia, também, o caminho de orientar as pessoas sobre cuidados com saúde (LEVY, 1997). A partir disso o estado seguiu a mesma trajetória nacional sobre Educação em Saúde e sua relação com a escola, incluindo atualmente a tematização oficialmente restrita apenas ao PSE.

Assim como no cenário nacional, as ações do PSE em escolas municipais são diversas e numerosas, mas considerando especificamente a rede pública estadual de ensino médio, os relatos científicos sobre ações do PSE também são escassos. Nessa trajetória, o modelo de gerenciamento do Estado adotado oficialmente em Pernambuco a partir dos primeiros anos do século XXI toma grande importância para os rumos da Educação em Saúde nas escolas do estado, ditando o modelo de biopolítica adotado à população educacional do estado.

A “Nova Gestão Pública”, modelo de gestão que tem como premissa indicadores avaliativos e qualitativos pautados na eficiência e eficácia gerencial (REIS, 2013) obviamente também ditou os rumos da educação local desde então. A ideia de um “Estado Melhor e Produtor” – ou como descreveram Marques, Mendes e Maranhão (2019) a cultura dos resultados e das sanções - incorre na trajetória do individual e do consumo (DASSO JUNIOR, 2014, p.16) o que, por natureza, pode destoar da ideia de uma educação crítica em saúde, entendendo a “saúde” como uma construção pautada no contexto social e no entendimento do sujeito singular em si, mas que (con)vive em comunidade.

Ainda tratando sobre as políticas públicas do estado de Pernambuco, é importante destacar que as menções oficiais à Educação em Saúde nas escolas da rede pública do estado estão contidas apenas no Plano Estadual de Saúde 2020-2023. O documento indica a expansão do PSE para 182 municípios do estado e aponta como um dos principais desafios do governo estadual a promoção de ações intersetoriais com foco na mobilização social e Educação em Saúde. Além disso, também aponta como recomendação da 9ª Conferência Estadual de Saúde “garantir a Educação em Saúde através do PSE nas escolas estaduais de Pernambuco, assim como nas municipais” e como diretriz de ação “o fortalecimento da atenção primária à saúde por meio da Educação em Saúde para escolares” (PERNAMBUCO, 2019). O Plano Estadual de Educação de Pernambuco, que traça metas para o decênio 2015-2025, não faz nenhuma menção a ações ou estudos sobre Educação em Saúde na escola ou qualquer de seus desdobramentos oficiais, inclusive ao PSE.

Sobre o PSE em Pernambuco, segundo dados do Ministério da Saúde (2021), no ano de 2020 foram realizadas 6.371 intervenções ligadas ao programa, estratificadas entre as diferentes naturezas de ações estipuladas pelo Ministério da Saúde para o PSE, conforme explica a tabela 1:

Tabela 1 - Número total e percentual de ações do PSE realizadas em Pernambuco em 2020.

Unidade Geográfica	Saúde Ambiental		Alimentação Saudável		Promoção da Atividade Física		Verificação de Situação Vacinal		Prevenção ao uso de Alcool, Tabaco e outras drogas		Saúde Bucal		Saúde Auditiva		Saúde Ocular	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PE	608	9,54	1.035	16,25	199	3,12	384	6,03	97	1,52	2.873	45,09	73	1,15	119	1,8

Unidade Geográfica	Prevenção de Doenças Negligenciadas		Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos		Prevenção de Violências e Acidentes		Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção das IST/HIV		Prevenção à Covid-19		Total de Atividades das Ações do PSE	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PE	138	2,17	170	2,67	235	3,69	296	4,65	144	2,26	6.371	100

Fonte: adaptada de Brasil (2021).

A tabela 2 traz o percentual de cobertura das ações do PSE no estado de Pernambuco em 2020. O percentual é calculado pela divisão entre o número de escolas que aderiram ao ciclo 2019/2020 do PSE e o número de escolas que realizaram ações do PSE em 2020, multiplicado por 100. Para o ciclo 2021/2022 os dados de mesma natureza ainda não foram divulgados.

Tabela 2 - Percentual de cobertura das ações do PSE em Pernambuco no ano de 2020

Unidade Geográfica	Número de escolas pactuadas na adesão ao PSE	Escolas que realizaram ações do PSE em 2020	Cobertura das ações do PSE (%)
PE	4.712	923	19,59

Fonte: adaptada de Brasil (2021).

Neste indicador, o estado de Minas Gerais destaca-se pela maior cobertura no ciclo 2019/2020 e o estado do Ceará pela maior cobertura especificamente no ano de 2020. Neste mesmo ano, Pernambuco ficou acima da média nacional, que foi de 17,56%. Ainda segundo o monitoramento nacional, numa visão ampla e estratificada, os municípios com porte populacional intermediário (entre 10 e 50 mil habitantes) são mais representativos. Contudo, os municípios menores (até 5 mil habitantes) atingiram percentuais de cobertura maiores. Sobre isso, é imperativo destacar que até a conclusão desta pesquisa ainda não havia dados oficiais publicados sobre o número de ações e o percentual de cobertura do Programa Saúde na Escola para o ciclo 2021/2022.

Tratando sobre a cobertura educacional da rede estadual pública, a organização educacional pernambucana está estruturada em 16 (dezesesseis) Gerências Regionais de Educação (GRE). A Gerência Regional de Educação é um órgão integrante da estrutura básica da Secretaria de Educação que por competência deve exercer, entre outras ações, a de (junto com os municípios em suas respectivas responsabilidades educacionais):

Promover a coordenação e implantação da política educacional do Estado no âmbito de sua jurisdição, com ênfase na melhoria da gestão da rede e da qualidade da aprendizagem do aluno; orientar as comunidades escolares e prefeituras municipais na elaboração, acompanhamento e avaliação dos planos, programas e projetos educacionais (PERNAMBUCO, 2014, p.16).

Assim, as próprias GRE's tem autonomia para planejar, implementar e avaliar políticas educacionais específicas (incluindo a utilização de parcerias público-privadas), abarcando todos os municípios do estado, distribuídas ao longo de toda sua extensão territorial (figura 3).

Figura 4 - Gerências Regionais de Educação.



Fonte: Pernambuco (2014).

Como visto, quatro das 16 GRE's estão localizadas e são responsáveis pela educação da rede estadual dos municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR). Sobre isso, Azevedo e Santos (2012) sublimam que na RMR a carência de serviços básicos e de equipamentos sociais coletivos vem se acentuando, cenário decisivo para o processo escolar e que deve ser pautado pelas políticas públicas pertinentes.

Nesta estruturação geral da educação pública do Estado de Pernambuco existem dois modelos majoritários de escola para o ensino médio:

- O modelo “Escola Técnica Estadual” (ETE): alia a formação técnica simultânea ao ensino médio regular, com regime integral de tempo escolar (45 horas aulas semanais, 5 dias na semana);
- O modelo “Escolas de Referência em Ensino Médio” (EREM): com regime integral de tempo escolar ou com regime semi-integral de tempo escolar (35 horas aulas semanais, possuindo diferentes configurações de estadia de alunos e professores nos turnos da manhã e da tarde).

Em 2022, o número de escolas públicas de ensino médio da rede estadual foi de 775 e o percentual almejado de matrículas no modelo integral era de 62,5%, com a meta de chegar a 70% das matrículas da rede em escolas integrais para o mesmo ano, percentual que garantiria vaga a todos que quiserem se matricular nesse modelo de escola (NASCIMENTO, 2019). Para 2023 a expectativa é de que o número de escolas em tempo integral salte de 576 para 637 (MORAES, 2023), com as experiências internacionais elencadas anteriormente apontando que

o modelo de tempo integral na escola parece ser importante no arcabouço organizacional da Educação em Saúde nas escolas.

Em Pernambuco, as primeiras experiências com a Educação Integral no estado ganharam destaque a partir do ano 2000, com o projeto piloto implementado pelo Centro de Ensino Experimental Ginásio Pernambucano e pelo Programa de Desenvolvimento dos Centros de Ensino Experimental, buscando melhorar a qualidade do ensino por via de novo modelo de escolas para a rede pública estadual (GOMES; ABRANCHES, 2017). Em decorrência dessas iniciativas, a educação em tempo integral tornou-se Política Pública de Estado em Pernambuco no ano de 2008.

No texto “Educação Integral?” apresentado na página oficial da Secretaria de Educação e Esportes (SEE) a educação integral em Pernambuco:

(...) Fundamenta-se na concepção da educação interdimensional, como espaço privilegiado do exercício da cidadania e o protagonismo juvenil como estratégia imprescindível para a formação do jovem autônomo, competente, solidário e produtivo. Desse modo, ao concluir o ensino médio nas escolas de Educação Integral, o jovem estará mais qualificado para a continuidade da vida acadêmica, da formação profissional ou para o mundo do trabalho (PERNAMBUCO, 2021, p.13).

Portanto, quando o foco é o desenvolvimento solidário, protagonista e autônomo do estudante a escola ganha contornos ainda mais importantes graças ao tempo de permanência do aluno no local, o que interfere, inclusive, nos hábitos nutricionais e na quantidade de refeições diárias do estudante, variáveis estas que incidiriam diretamente no estilo de vida saudável do aluno (PIANA et al., 2017). Segundo os mesmos autores, a literatura especializada mostra que escolas em tempo integral podem ser consideradas estratégia-chave para a promoção da saúde, por estarem vinculadas à melhora de hábitos alimentares saudáveis, ao aumento do nível de atividade física e à diminuição do comportamento sedentário de estudantes.

Outra variável que incide nos rumos educacionais do estado de Pernambuco é o ranqueamento de qualidade das escolas por meio do Índice de Desenvolvimento da Educação de Pernambuco (IDEPE). Sob esse prisma, o sucesso escolar do modelo integral (e dos outros modelos de escolas públicas estaduais) é calculado utilizando o produto entre os resultados de proficiência dos alunos do 3º ano no Sistema de Avaliação Educacional de Pernambuco (SAEPE) - este composto por provas de Língua Portuguesa e Matemática – e o índice de

aprovação escolar do mesmo ano¹⁶. Esta variável é importante porque cria um clima de ressonância entre modelos de gestão de escola (*benchmarks*) e isto pode definir o quanto as escolas estariam agindo (ou não) diretamente com ações estruturadas de Educação em Saúde.

2.6 A relação entre as políticas públicas e a Educação em Saúde na escola

O surgimento das *policy sciences*, em meados da década de 1950 nos Estados Unidos, marcou o início dos estudos de produção de políticas públicas. Com o avanço dos achados da então incipiente comunidade epistêmica, Thomas Dye, em 1975, descreveu políticas públicas como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Dessa forma, só é política pública quando a ação ou inação emanar do poder estatal (BRASIL; CAPELLA, 2016). As políticas públicas, inclusive as políticas educacionais, podem ser analisadas e estudadas considerando seu fim - estando ele claro ou não - além da lógica de ação e da lógica do sentido de sua implementação (MARQUES; ANDRADE; AZEVEDO, 2017). Para isto é necessário o processo de avaliação.

Avaliar é atribuir valor, determinar se as coisas são “boas” ou “más”, apontar desfechos e lacunas ou, como escreveram Nanni e Santos Filho (2016), avaliar é um confronto de propósitos, objetivos e/ou metas previamente estabelecidos ante resultados efetivamente alcançados. Ainda segundo os autores, este confronto pode ser diagnóstico (sobre possibilidade de sucesso e alcance de objetivos/metast), formativo (sobre intervenções ainda durante o transcorrer da política) ou somativo (junção e entendimento dos resultados obtidos). No caso de uma política pública isso pode ser determinado, entre outras coisas, pelo propósito dessa política (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Em contrapartida, segundo os autores supracitados, os produtos resultantes de uma política pública não revelam, necessariamente, em que medida os objetivos desejados (ou propostos) foram ou não atingidos. Neste caso, o objetivo básico da avaliação seria a geração de informações para monitorar a execução da política, o processo de produção do produto esperado, seu volume e qualidade, e, por outro lado, controlar os seus impactos, unindo a avaliação de processos à análise de impactos. Essas informações estão ligadas intimamente à verificação de elementos que constituem a avaliação geral de uma política, dentre eles a sua efetividade.

¹⁶ Em 2020, último ano letivo completo antes da coleta de dados dessa pesquisa, a aplicação do SAEPE foi cancelada como medida decorrente da pandemia do novo Coronavírus. Assim, o ano de 2020 não apresenta dados de IDEPE para as unidades escolares públicas de ensino médio.

Coadunando com o pensamento posto, Oliveira, Lopes e Raposo (2020) destacam que dentro do processo avaliativo está a análise da eficiência, da eficácia e da efetividade da política pública em questão. Eficiência significa realizar uma atividade utilizando o menor número de recursos possíveis; Eficácia se relaciona com a meta a ser alcançada, com os resultados alcançados; Efetividade representa a resolução da equação “recursos utilizados x resultados alcançados”. Em resumo, efetividade tem a ver com alcançar os resultados planejados utilizando o menor quantitativo possível de recursos (OLIVEIRA; LOPES; RAPOSO, 2020, p. 808).

Entretanto não é tarefa fácil pôr em prática uma política pública. Traduzir em ações o que está escrito - e pode ter sido pensado para outra realidade - é o maior desafio dos implementadores de políticas públicas em geral.

O processo de traduzir políticas em práticas é extremamente complexo; é uma alternância entre modalidades. A modalidade primária é textual, pois as políticas são escritas, enquanto que (sic) a prática é ação, inclui o fazer coisas. Assim, a pessoa que põe em prática as políticas têm que converter/transformar essas duas modalidades, entre a modalidade da palavra escrita e a da ação, e isto é algo difícil e desafiador de se fazer. E o que isto envolve é um processo de atuação, a efetivação da política na prática e através da prática. É quase como uma peça teatral. Temos as palavras do texto da peça, mas a realidade da peça apenas toma vida quando alguém as representa. E este é um processo de interpretação e criatividade e as políticas são assim (MAINARDES; MARCONDES, 2009, p. 9).

O ponderamento acima, colhido numa entrevista dada por Stephen Ball aos autores, tenta explicitar o quão complexo é a interação de forças e de etapas na materialização de uma política, sendo estas forças regidas em campos e por relação de poder. No contexto educacional não é diferente. Percebendo a Educação em Saúde na escola pública enquanto um campo amplo e contínuo, composto por diferentes atores em diferentes níveis de interação, regidos por diferentes esferas estatais é natural, inclusive, que algumas das ações desse escopo não partam essencialmente de uma Política Pública específica.

Convém destacar que mecanismos reguladores, como as políticas públicas e a própria escola, têm o poder de assegurar a vida, incluindo-a no seu sentido biológico. Esse entrelace configura articulação entre as ações disciplinares do corpo e regulamentadoras da população, obedecendo à “norma”¹⁷ como elemento circundante dentro do biopoder (FOUCAULT, 2005). Assim, a materialização das políticas públicas na sociedade parece ser dependente das redes de interação entre os indivíduos e de seus poderes dentro dessas interações. Seguindo os escritos de Elias (1983) a sociedade é posta em movimento cegamente e mantida pela dinâmica

¹⁷ Paradigma que embasa a definição do que é “normal” e do que é “anormal”.

autônoma de uma rede de relacionamentos, por mudanças específicas na maneira como as pessoas se veem obrigadas a conviver. Vinha (2000) alerta para a necessidade de ver as relações humanas como um processo dependente da dinâmica e do equilíbrio do poder entre os indivíduos, implicando, assim, em diferentes configurações sociais.

Voltando ao bojo das políticas públicas em seu entrelace com a educação e a saúde, a ideia é a de superação das desigualdades, garantia de direitos, contribuição positiva na qualidade e nos entendimentos, adequações e pertinências ao público educacional. Essas políticas podem ter natureza redistributiva, distributiva ou regulatória. No caso do PSE, o Programa busca dar auxílio organizacional específico.

Uma vez que os serviços prestados de forma separada não têm “pernas” para atender à todas as necessidades, a articulação e o diálogo permanente entre os profissionais envolvidos – promovidos pelo PSE - é (ou deveria ser) elemento essencial na busca do atendimento integral ou máximo possível. Porém, na prática, isso não é tarefa fácil. Estudo qualitativo de Silva et al. (2015), realizando estudo que analisou a promoção de saúde de adolescentes escolares no município de Recife/Pernambuco, constatou inabilidade das gestões da saúde e da educação em promover ações interdisciplinares partindo de políticas públicas que envolvessem essa demanda, evidenciando segmentação e descontinuidade das ações propostas nos programas governamentais. Além disso, a disputa pelo poder e pelo conhecimento na elaboração/colocação em prática das políticas, sendo a ação de todos os atores - dos políticos aos membros de uma determinada comunidade escolar - é crucial para a ação e a análise das políticas (BALL; MAGUIRE; BRAUN, 2016).

As discussões sobre o modelo de biopolítica proposto à sociedade brasileira confundem-se com a própria discussão sobre os rumos da escola no país, sobretudo a escola pública. Notadamente adepto da diminuição da oferta de serviços públicos de saúde e de educação à população, o modelo de gerenciamento adotado no país pós-eleição de 2018 também é oposto à valorização das subjetividades e ao incentivo da criticidade no processo de ensino e aprendizagem na escola. Este pano de fundo compõe os direcionamentos federais em termos de políticas públicas de educação e de saúde, incluindo seu entrelace.

2.6.1 A dinâmica escolar e sua importância para o fazer da Educação em Saúde

As decisões e ações de Educação em Saúde que ocorrem no chão da escola e que fogem ao campo do PSE seriam controladas e delimitadas pelo que se chama de “micropolítica escolar” como mecanismo regulador. Micropolítica é um processo que liga duas facetas básicas,

contraditórias e inexoráveis da vida das organizações: o conflito e o controle, este último entendido como a eliminação ou a prevenção do conflito (BALL, 1989). Segundo o mesmo autor, os processos micropolíticos atuam na organização (nesse caso a escola) para impedir a mudança, para manter o *status quo*. Atentar aos processos micropolíticos também permite perceber o grau de escassez, disfunção, fragmentação e possibilidade, que são inerentes ao contexto educacional.

As finalidades, o processo decisório e a produção com gênese na guerra de forças travada dentro do processo micropolítico são dependentes de muitos fatores. Notadamente, de acordo com Ball (2010), interesses materiais e pessoais presentes na governabilidade escolar, expressos pelo “*nós*” como atores centrais, indicam que grupos e até indivíduos são capazes de privilegiar representações particulares, o que destoa da Educação em Saúde.

Cada vez mais as instituições educacionais têm tomado a posição de que parte do que elas oferecem para os “consumidores” é um contexto semiótico e físico que não deixa mais nada para o acaso, sendo sempre intencional e internamente relacional (BALL, 2010). Sobre essa relação interna, Leonello e L’abbate (2006) destacam o profissional da educação (aqui incluindo não apenas o professor, mas qualquer profissional que seja atuante no processo pedagógico escolar) como ator fundamental no processo, uma vez que ele está em contato direto e constante com o aluno e participa de forma decisória e decisiva nos rumos escolares.

Uma escola ativa constitui-se num campo de produção cultural, espaço-tempo de negociações que hibridizam discursos, concepções e práticas produzidas nos diferentes contextos que concorrem para sua produção (RAMOS; BARREIROS, FRANGELLA, 2020). Ainda segundo as mesmas autoras, as políticas curriculares também se constituem na própria escola, via disputas e negociações de saberes e poderes que legitimam e hegemonizam provisoriamente sentidos. Assim conclui-se que o ambiente educacional escolar é vivo, mutável e de certa forma imprevisível.

Sobre isso nota-se, então, que entender e planejar os fatores ambientais, documentais, de organização interna e a própria lida entre os atores educacionais (gestor, professor, aluno, responsável pelo estudante e demais representantes da comunidade escolar) são peças-chave para a concretude de objetivos de uma política educacional na escola.

A discussão sobre as políticas educacionais não pode perder de vista que o processo educativo é mediado pelo contexto sociocultural, pelas condições em que se efetiva o ensino e a aprendizagem, pelos aspectos organizacionais e, conseqüentemente, pela dinâmica com que se constrói o projeto político-pedagógico e se materializam os processos de organização e gestão da educação básica (DOURADO, 2007, p. 922).

O estudo dessa arena evidencia que o Novo Ensino Médio (NEM) traz à escola um espaço de minimização de experiência formativa e de convivência entre os estudantes (graças ao perfil de carga horária, da instituição de trilhas de conhecimento e dos itinerantes formativos), além de enfraquecer as disciplinas propedêuticas (OLIVEIRA, 2020). Embora esta pesquisa tenha sido realizada ainda sob o formato anterior ao NEM, cabe memorar que condições supracitadas implicam em utilização explícita da dinâmica escolar como entrave para a construção de uma nova concepção de entendimento sobre a saúde, uma vez que esta depende de espaço dialógico contínuo e de intercâmbio de saberes, inclusive com a própria comunidade escolar.

Mesmo quando as ações políticas se desenvolvem no sentido de questionar a hierarquia entre as classificações e padronizações dos conteúdos formais, é afirmada a importância de complementar os conhecimentos disciplinares com outros registros, via contextualização, interdisciplinaridade ou transversalidade, sem minimizar a relevância das disciplinas e sem necessidade de priorizar a discussão sobre as classificações instituídas (LOPES; BORGES, 2017).

2.6.2 *A gestão escolar como catalizadora das ações de Educação em Saúde*

A gestão escolar materializa-se no conglomerado de ações (ou de não ações) que delimitam o perfil educacional da escola. Nesse sentido, parte da gestão escolar (em cenário específico) o entendimento sobre os rumos educacionais da escola, estes simbolizados pelo espaço de dialogicidade permitido, pela garantia da autonomia docente e no fomento à participação da comunidade escolar nos rumos traçados para a escola. Além disso, constituir um modelo de gestão pautado no cuidado com a saúde leva à redefinição do papel gestor, por elevar a importância do trato da saúde na escola no fazer pedagógico.

A partir disso, o cascadeamento do trabalho ‘vivo’ (dinâmico) de Educação em Saúde advindo da gestão pode facilitar ao profissional de educação apropriar-se de elementos para a (re)criação das suas ações, fazendo-se, ele, produto e produtor do próprio trabalho e do trabalho do coletivo educacional. Em geral, de acordo com Zibas, Ferretti e Tartuce (2006) todos os membros dos grupos gestores tendem a aderir às propostas dos órgãos centrais (ao menos formalmente). Sobre a natureza dessas propostas, as autoras destacam que as medidas que afetam de forma mais rápida a organização das escolas não são as provenientes explicitamente pelo Ministério da Educação ou pelo Conselho Nacional de Educação, mas as que resultam de decisões estaduais.

De forma correlata, alguns dados da literatura chamam a atenção para diferentes variáveis de responsabilidade da gestão escolar e que estão intimamente atrelados às condições de saúde dos discentes. Pesquisa de Martins et al. (2018) com gestores de escolas municipais mostrou que cerca de 16% dos gestores afirmaram que não existe conselho de classe em sua escola, fato este que dificulta a expansão do fazer educacional para a comunidade escolar, por exemplo. Outro ponto detectado pela pesquisa foi o aumento da evasão escolar, mesmo mediante a ações de combate ao quadro. Portanto, parece razoável concluir que os discentes dessas escolas, apesar das ações tradicionais de combate à evasão, não se sentem pertencentes ao local onde estudam ou não se sentem completamente preenchidos em suas demandas gerais. Neste caso, a escola não seria um local saudável para este coletivo, sobretudo do ponto de vista mental.

Nesse bojo, vale recorrer ao entendimento do ciclo contínuo de políticas de Stephen Ball (1989), que tem como preocupação central com a recontextualização e a produção de novos sentidos nas políticas que ocorrem nas escolas. Esta recontextualização é dependente de uma gestão democrática, esta, que por sua vez, já está prevista no título II da lei 9.394/96 e na lei 13.005/2014, que preza pela redução das desigualdades e valorização da diversidade nas ações de gestão. Dasso Junior (2014) destaca que a lógica do (serviço) “público” é inspirada na solidariedade, nos interesses coletivos e no cidadão, privilegiando os significados e experiências dos envolvidos, portanto, cabendo à gestão escolar também a reflexão sobre seu papel na saúde ampla da comunidade escolar, numa perspectiva coletiva e plural.

Na contramão deste cuidado, as gestões da educação privada e as gestões públicas com inspirações em modelos privados tem, geralmente, pautado suas ações na centralidade das avaliações, na gestão por metas e resultados, competitividade e padronização curricular como seus elementos fulcrais (MARQUES et al., 2019). O Estado gerencial tem incorporado princípios da gestão privada nos serviços públicos, acirrando a competitividade e privando o indivíduo educando de um trato que o compreenda como um ser subjetivo (MARQUES et al., 2019). Sobre isso, a gestão escolar democrática numa perspectiva justa deverá ter como pressuposto de ação o combate a todas as formas de reprodução das desigualdades (BORTOT; SCAFF, 2020), reverberando também no processo de gestão participativa, relações interpessoais, desempenho e autoavaliação (BOSCHETTI et al., 2016).

Para Gadotti e Romão (1998) o grande desafio da escola pública está em garantir um padrão de qualidade para todos e, ao mesmo tempo, respeitar a diversidade étnica, social e cultural de sua comunidade, usufruindo de uma visão dinâmica que valoriza a contradição, a mudança, o conflito e a autonomia. Os mesmos autores destacam que no processo de

transformação, uma gestão democrática intua a escola a formar para a cidadania, exigindo, portanto, um novo tipo de relação entre a sociedade, o aluno e o conhecimento.

O Plano Estadual de Educação 2015-2025 estipula como uma das metas para a educação de Pernambuco “assegurar condições para efetivação da gestão democrática da educação no âmbito das escolas públicas”. Como estratégia das mais importantes para atingir essa meta, o estado de Pernambuco instituiu o Programa de Formação Continuada de Gestores Escolares de Pernambuco (PROGEPE), responsável não só pela formação continuada de gestores educacionais já atuantes (em modelo de aperfeiçoamento), como pela capacitação de profissionais de educação para que possam atuar na gestão das escolas públicas estaduais. Contudo, em seus dois últimos cursos de aperfeiçoamento em gestão escolar (2019 e 2022), o PROGEPE não abordou o PSE ou qualquer outra discussão sobre Educação em Saúde nas unidades escolares. Nota-se, assim, que a formação e o aperfeiçoamento de gestores escolares da rede pública estadual de ensino básico carecem de rediscussão sobre seus rumos, partindo do princípio da construção de gestões democráticas e humanizadas.

2.6.3 *Democracia e (in)justiça na escola: elementos estruturantes da Educação em Saúde*

Entendendo a Educação em Saúde como um processo crítico de oportunização discente, as políticas públicas educacionais devem promover a sustentação de uma escola democrática e justa para que esse processo possa se efetivar. Sobre isso, Rancière (2014) entende que a essência que pressupõe a democracia é a igualdade e que uma sociedade democrática se sustenta por meio de princípios que tendem ora para o individualismo, ora para o coletivismo. O jovem educando possui essa dicotomia de anseios e cobra isso da democracia, muitas vezes com argumentos inadequados e/ou ainda em formação. Isso talvez ajude a discutir sobre a baixa capacidade de discutir, perceber e de consciência dos elementos sociais componentes da saúde numa escola.

A justiça vai além do conflito por direitos individuais (...) A escola torna-se assim um lugar propício para resolver conflitos de maneira não violenta por meio de diálogo, sensibilização e transformação, com vistas a reduzir violências e gerar relações de empatia e respeito (BOTLER, 2020, p. 35).

A autora ainda destaca que a experiência escolar dialógica poderia auxiliar na implementação de novos sentidos às práticas, a partir da troca de campos de visão, o que geraria compreensão do ponto de vista do outro. Seria, assim, possível mencionar a construção de uma

Educação em Saúde pluridimensional¹⁸ nesse ambiente. Em estudo que investigou as relações internas envolvidas na implementação de estratégias do aumento do protagonismo juvenil e a atuação dos profissionais de educação em cinco escolas de ensino médio de São Paulo e Ceará, Zibas, Ferreti e Tartuce (2006) chamaram a atenção para a necessidade de ser consideradas as diferentes perspectivas educacionais relacionadas aos atores escolares, estas que variam conforme o lugar que cada sujeito ocupa no espaço escolar, de acordo com sua condição e ainda de acordo com diferentes interesses pessoais ou grupais, afim de evitar que as diretrizes oficiais já cheguem às escolas de forma diluída e fragmentada.

Mas...a escola verdadeiramente democrática, que permita a percepção da saúde ampla e crítica por seus componentes, combina com o individualismo proposto pela BNCC? Toda esta discussão passa pelo potencial da produção democrática de um bem público. Neste cenário, a construção pluridimensional da Educação em Saúde (educação crítica em saúde) estaria sendo subjugada? Estas e outras questões contextuais ainda carecem de elucidação. Em complemento ao estudo de democracia, Botler e Silva (2019) destacam a importância da democracia política e da democracia social na educação, esta última englobando valores como igualdade, equidade e justiça. Democracia na escola, portanto, diz respeito à busca de superação do individualismo e das relações desiguais, incluindo as desigualdades sociais e a desigualdade de oportunidades educacionais, estando, assim, imbuída na função social da escola: a formação cidadã (BOSCHETTI et al., 2016).

Os estudos de Casassus (2003), mostram que as diferenças entre escolas são maiores que as diferenças dentro de das escolas, sugerindo que cada escola tende a agrupar alunos com contextos socioculturais semelhantes e que escolas com alto ou baixo nível cultural de seus alunos tendem a reproduzir resultados educacionais de mesma magnitude, perpetuando desigualdades e impedindo intercâmbios culturais, fatores que também incidem negativamente para quebra do paradigma biologicista da saúde dentro da escola.

Outro ponto que deve ser levado em consideração é a convivência e o contexto dos que envolve os indivíduos imbuídos no contexto. Para Elias (1980) as pessoas vivem em relação de interdependência, mas há dificuldade em compreender isto devido ao que ele chama de “opacidade” das sociedades. Essa invisibilidade dificulta a compreensão de que vivemos em inter-relação. O que se chama de sociedade, na verdade, é um conjunto de microcosmos sociais

¹⁸ Pluridimensionalidade: horizonte de valores comunitariamente compartilhados.

dotados de autonomia relativa, com lógicas e possibilidades próprias, específicas, com interesses e disputas irredutíveis ao funcionamento de outros campos (SIQUEIRA, 2021, p. 34).

Sobre a importância do professor no processo democrático educacional Boschetti et al. (2016) destacam que os novos desafios docentes extrapolam o conhecer histórico educacional, exigindo competências e habilidades para analisar as mazelas sociais, transformando-se em agente histórico, dando contornos de interatividade, debate e discussões à sala de aula. Assim, professor e aluno, ao se sentirem sujeitos do processo, terão atitudes e desempenhos diferenciados na construção do conhecimento sobre saúde. A aquisição de novos conceitos e formas por parte do docente pode ocorrer, inclusive, utilizando-se da formação continuada (BOSCHETTI et al., 2016), ações estas que estariam, nesse caso, lincadas à educação permanente em saúde. Como delimitaram Moura et al. (2007) um local encarregado mais de reproduzir que de recriar e reconstruir, denotará descompasso entre o que é o que deveria ser, entre o fazer e os seus atores.

Dessa forma, cabe entender como funciona a relação entre a Educação em Saúde e as escolas da rede pública estadual de ensino em Pernambuco.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Numa pesquisa científica o método configura-se também como uma elaboração, por parte do pesquisador, na busca de interação com o objeto de investigação e suas fontes de dados (SOUZA JUNIOR et al., 2010). Ainda sobre isso, Severino (2007) frisa que ao escolher o tema da pesquisa, o investigador busca elucidar problemáticas que fazem parte do seu universo, isto é, questões que tenham relevância social, com a pesquisa assumindo, neste sentido, um posicionamento político. O compromisso do pesquisador é com a construção da cidadania, única forma decente de sermos plenamente humanos (SEVERINO, 2007). Ancoragem nas ideias de Souza (2009) traz à sublimação a relação do investigador com o objeto e destaca que a trilha do conhecimento deve ser desprovida de amarras dispensáveis e de clausuras, sob pena de ofuscar novas abordagens e descobertas, prejudicando o entendimento da complexidade da vida social.

3.1 *Característica e delimitação do estudo*

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa com abordagem descritiva e exploratória, de natureza qualitativa e quantitativa, uma vez que propõe a exposição de características de um determinado fenômeno (VERGARA, 2016), a descrição e exploração de realidades, a análise de um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2002), utilizando-se para isto, também, de dados quantitativos descritivos e indutivos (BARROS et al., 2012). Sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (2002) chama a atenção para uma especificidade: o estudo do significado das ações e relações humanas, uma vez que o ambiente escolar é construído e está inserido num contexto permeado por *influencers* e que estes interferem diretamente nas variáveis do estudo.

3.2 *Características e a escolha dos sujeitos da pesquisa*

Os dados da pesquisa foram coletados no mês de novembro do ano de 2021, com amostra intencional de sujeitos de pesquisa composta seguindo os critérios de inclusão descritos a seguir:

- Para a obtenção dos dados de efetividade do PSE foi feito o contato com representante da coordenação municipal do PSE para os 14 municípios onde as escolas estão localizadas, sendo dois desses contatos de forma presencial e 12 de forma remota (telefonema e e-mail). A escolha

dessa estratégia levou em conta o desenho gerencial de que a coordenadoria municipal do PSE é o setor do Estado que possui os dados de implementação, natureza e controle gerencial das ações do PSE nas escolas do município.

No caso dos atores escolares, a amostra da pesquisa foi composta seguindo os critérios de recrutamento dos sujeitos descritos abaixo:

- Um(a) profissional da gestão da escola. Em caso de impossibilidade de coleta de dados com o comando da gestão escolar, seria convidado o(a) profissional imediatamente abaixo na hierarquia gerencial da escola;
- Um(a) professor(a) lotado na escola e atuante na sala de aula, independentemente do tipo de vínculo empregatício. O(a) professor(a) convidado(a) para entrevista foi escolhido(a) pelo corpo docente da escola, de acordo com julgo coletivo sobre a proximidade de sua atuação em relação à Educação em Saúde. Caso o docente não aceitasse participar da pesquisa, outro profissional com o mesmo perfil indicado seria convidado;
- Um(a) aluno(a) do terceiro ano do ensino médio. O(a) aluno(a) escolhido(a) foi selecionado primariamente por representação de grêmio estudantil (se houvesse) ou pela proximidade com a temática, mediante indicação do(a) professor(a) entrevistado(a). Caso o indivíduo indicado não aceitasse participar da pesquisa, outro sujeito com o mesmo perfil indicado seria convidado.

De início, objetivou-se convidar atores educacionais de 16 (dezesseis) escolas estaduais de ensino médio de Pernambuco, sendo uma escola vinculada a cada Gerência Regional de Ensino (GRE). Por falta de devolutiva de contato – mesmo após tentativas de mudanças de escola (seguindo a ordem de critérios de inclusão) - a escola representante da GRE “Sertão do Araripe” não foi incluída no estudo. Por motivos logísticos e de calendário escolar também não foi possível a coleta de dados com estudantes de quatro das escolas visitadas, totalizando, assim, uma amostra final de 41 indivíduos: 15 gestores, 15 professores e 11 estudantes. A opção de representatividade de unidade escolar para cada uma das GRE’s se deu pelas próprias atribuições legais das GRE’s, por isso era possível que cada uma delas possuísse parcerias ou constructos de políticas educacionais diferentes entre si no tratante à Educação em Saúde na escola.

As escolas pesquisadas em cada GRE foram escolhidas, também de forma intencional, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Obtenção da maior média aritmética no IDEPE para o somatório dos anos 2018 e 2019;
- Ser de educação de tempo integral.

Os dados numéricos indicadores do IDEPE foram colhidos diretamente nos arquivos da Secretaria Estadual de Educação, de forma virtual, em contato com profissional responsável. O

cálculo da média aritmética dos resultados dos anos de 2018 e 2019 foi obtido pelo somatório dos dois índices anuais, divididos por dois. Pela não realização do SAEPE no ano de 2020, seu *score* IDEPE não foi considerado para essa pesquisa.

Todos os participantes da pesquisa tiveram suas identidades preservadas e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), que contém todos os detalhes da pesquisa e dos resultados esperados a partir desta. Os alunos de menor idade também assinaram um Termo de Assentimento (Apêndice B) e só foram incluídos na amostra quando retornaram o TCLE assinado por seu responsável (Apêndice C), em acordo com a resolução 510/2006 da CONSEP.

3.3 Os instrumentos de coleta de dados

Neste estudo foi utilizada a coleta direta dos dados descritivos e exploratórios (nominais, categoriais e numéricos) por meio de pesquisa em base de dados on-line e formulário estruturado, tanto para a efetividade do PSE quanto para as características gerais dos sujeitos de pesquisa, respectivamente. Além disso, foram utilizados roteiros para entrevista semiestruturada (Apêndices D, E e F) para facilitar a inferência de resultados na testagem das hipóteses. Os formulários estruturados e os roteiros semiestruturados utilizados foram construídos pelo próprio pesquisador, considerando questões concebidas para atender ao perfil do público pesquisado e para o cumprimento dos objetivos estipulados.

Minayo (2002) delimita a entrevista como uma técnica bastante utilizada na área das pesquisas qualitativas, no objetivo de coletar informações pertinentes ao objetivo da pesquisa, configurando-se como um dos principais e mais efetivos meios para tal. A entrevista permite a coleta de dados objetivos, mas com a vantagem de também possibilitar a coleta de dados subjetivos (MINAYO, 2002), o que aproxima o instrumento do escopo da pesquisa: estudar a efetividade ou não de uma política pública sem desconsiderar outras formas do fazer Educação em Saúde envoltos nos valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. Além disso, este instrumento permite o acesso a grande quantidade de informações, possibilitando também as esclarecer em relação à percepção contextual dos indivíduos (FLICK, 2009; BOGDAN; BIKLEN, 2010).

Para captação das falas de entrevista foi utilizada a estratégia da gravação, realizada por meio de aparelho celular *smartphone* modelo *A5 2017* (Samsung®), de forma que os dados em áudio pudessem ser devidamente cadastrados, arquivados e posteriormente analisados. Para a captação dos dados de efetividade foi utilizada entrevista presencial ou a transferência digital

de arquivo com as mesmas perguntas, de acordo com a preferência/disponibilidade do profissional responsável.

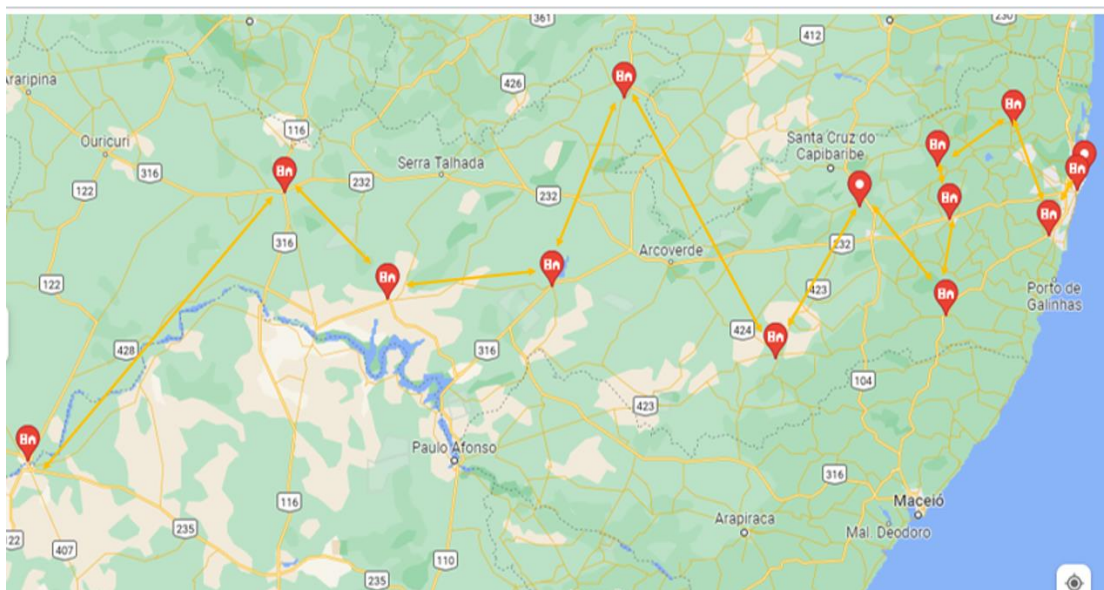
3.4 O passo a passo no proceder da coleta de dados

Após a submissão do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil e a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Anexo A), a pesquisa de campo foi iniciada.

Os dados gerais sobre escolas que receberam ações do PSE e a natureza dessas ações foram coletadas de forma remota, utilizando acesso ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, componente do Ministério da Saúde. Para os dados de efetividade do PSE nas escolas pesquisadas foram visitadas duas coordenadorias municipais do PSE e contatadas remotamente mais 12 (via telefone/e-mail) - totalizando 14 municípios - obedecendo a disponibilidade e forma de coleta (presencial ou remota) para a coleta dos dados de efetividade do PSE. Para a coordenadoria estadual do programa o contato remoto também foi utilizado. O roteiro para as entrevistas realizadas sobre a efetividade do PSE (coordenadoria estadual e coordenadorias municipais) encontram-se nos Apêndices G e H.

A coleta presencial de dados foi feita mediante agendamento prévio com as escolas e com as coordenadorias do PSE que fizeram parte da pesquisa (estadual e municipais) e deslocamento até os locais utilizando automóvel próprio, construindo o seguinte mapa de deslocamento:

Figura 5 - Mapa de cidades visitadas para coleta de dados.



Fonte: adaptado de Google® (2023).

As escolas visitadas para a pesquisa se localizam nas respectivas Gerências Regionais de Ensino e cidades:

- GRE Recife Norte: Recife
- GRE Recife Sul: Recife
- GRE Metronorte: Olinda
- GRE Metrosul: Cabo de Santo Agostinho
- GRE Mata Norte: Nazaré da Mata
- GRE Mata Centro: Gravatá
- GRE Mata Sul: Palmares
- GRE Vale do Capibaribe: Salgadinho
- GRE Agreste Centro Norte: Caruaru
- GRE Agreste Meridional: Garanhuns
- GRE Sertão do Moxotó-Ipanema: Ibimirim
- GRE Sertão do Alto Pajeú: Tuparetama
- GRE Sertão do Submédio São Francisco: Floresta
- GRE Sertão do Médio São Francisco: Petrolina
- GRE Sertão Central: Salgueiro

Os sujeitos foram informados sobre detalhes da pesquisa, seu direito de anonimato, dia, hora e tempo estimado para o momento de entrevista e coleta de dados, além dos possíveis retornos que os resultados do estudo podem dar à comunidade escolar à qual o entrevistado está envolvido, o que Minayo (2002) chama de “jogo cooperativo”.

A ordem de coleta de dados nas GRE's foi por conveniência, iniciando o protocolo de pesquisa pelas GRE's localizadas próximas ou na própria capital do estado – Recife, entrevistando o(a) representante da gestão, do corpo docente e do corpo discente, de forma separada e nesta sequência, respeitando os cuidados de segurança, confidencialidade e pessoalidade.

Julgou-se importante a prioridade de ida até o local de coleta, uma vez que o processo de campo leva o pesquisador a reformulação dos caminhos da pesquisa, através da descoberta de novas pistas, propiciando intersubjetividades, interações e a criação de novos conhecimentos (MINAYO, 2002). Ainda sobre isso, o contato presencial facilitou o acesso ao entrevistado e permitiu melhor organização temporal de coleta dos dados de pesquisa. Quando não possível

por questões logísticas ou de disponibilidade do sujeito, a coleta de dados foi realizada de forma remota.

Em paralelo ao processo de coleta de dados foi construído um diário de campo, no intuito de auxílio à descrição de dificuldades, mudanças e ajustes no processo, viabilizando otimização na análise dos dados.

3.5 Tratamento, análise e interpretação dos dados coletados: o uso do Iramuteq e a análise de conteúdo

Nesta etapa da pesquisa buscou-se estabelecer uma compreensão sobre os dados coletados, confirmar ou não as hipóteses do estudo, responder aos objetivos estipulados e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado (MINAYO, 2002).

Os dados numéricos e nominais coletados foram tabulados e apresentados de forma descritiva categorial para as características dos sujeitos e para as respostas condizentes com este tipo de apresentação, produzindo tabelas, listas e gráficos, utilizando o software *Excel 2017* (Microsoft 365®). Para o tratamento dos dados subjetivos oralizados foi realizada a transcrição on-line, utilizando a plataforma digital *Google*®, com a supervisão em tempo real do pesquisador. A transcrição pode ser vista como uma tradução, uma “elaboração de um texto recriado em sua plena característica” - obedecendo diálogos e acordos com o entrevistado acerca da informação produzida (MEIHY, 2011).

Os depoimentos dos sujeitos foram transformados em dados passíveis de análise e, a partir da organização final, fez-se uso do software IRAMUTEQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que utiliza funcionalidades providas pelo software estatístico R®. O IRAMUTEQ® se enquadra na categoria de softwares de tratamento e análise de dados qualitativos, os chamados CAQDAS (*Computer Aided Qualitative Data Analysis Software*) e sua utilização em estudos qualitativos já está bastante evidenciada na literatura (CERVI, 2018; SOUZA et al., 2018; CAMARGO; JUSTO, 2021). A utilização do IRAMUTEQ® possibilitou o tratamento dos dados para análises léxicais do tipo “análise de similitude” e “categorização hierárquica descendente” (CHD), sendo responsável pela parte quantitativo-organizacional da análise de conteúdo. Seja por análise de similitude ou por CHD, o IRAMUTEQ® foi responsável pela pré-análise dos dados (codificação ou tratamento dos dados coletados), incluindo intrinsecamente a dimensão da análise, a referenciação dos índices, a elaboração dos indicadores, definindo as regras de recorte e a

categorização das unidades de registro, por meio da pré-determinação das características das unidades de contexto.

Com a codificação realizada pelo IRAMUTEQ[®] foi possível produzir o número de formas (unidades de registro), segmentos de texto (unidades de contexto) dentro da análise de similitude e da CHD, resultando em figuras de proximidade categorial (árvores de similitude) e dendrogramas, respectivamente. As CHD foram possíveis quando os corpus textuais foram compostos pela junção das respostas de mais de um grupo de entrevistados.

A análise de similitude¹⁹ foi realizada para corpus textuais produzidos a partir de respostas de uma única classe de sujeitos (gestão, professor ou aluno), uma vez que esse tipo de análise é indicada para textos mais curtos e sem comparativos entre diferentes classes de sujeitos (CAMARGO; JUSTO, 2021). Neste estudo todas as palavras e segmentos com frequência igual ou superior a 15 foram consideradas para a construção da árvore de similitudes. Para a análise da árvore de similitude as expressões “saúde”, “educação” e “educação_em_saúde” serviram como base para a definição de categorias de proximidade, mas não foram consideradas para a análise subjetiva em si, visto que elas foram componentes lógicos das próprias perguntas feita aos sujeitos durante as entrevistas. Especificamente na árvore de similitude a largura das linhas deu a ideia da magnitude de associação, a categorização foi simbolizada pelos “bolsões” de unidades de conteúdo e a coocorrência foi simbolizada na análise pelo tamanho da palavra na figura de proximidade categorial.

A CHD, ou método de Reinert, pode se assemelhar – em estudos com a mesma abordagem metodológica - à análise de conteúdo proposta por Bardin (2007) (FERNANDES et al., 2015; CERVI, 2018; DAMASCENO; NASCIMENTO, 2019), sendo as “repartições” da CHD equivalentes às “categorias” e as “classes” equivalentes às subcategorias, produzindo dendrogramas²⁰. A CHD parte da lógica da existência de correlação entre termos dentro de um mesmo segmento de corpus textual, permitindo diferenciar contextos em função das posições dos termos nos segmentos textuais. Nesse sentido, as classes identificadas na CHD foram renomeadas de acordo com a observação do pesquisador, levando em consideração a temática em comum denotada pelas palavras/expressões componentes de cada uma delas. As formas suplementares de palavras (conectivos, advérbios e afins) não foram consideradas para as análises realizadas. Para a construção do dendrograma de repartições (categorias) e classes (subcategorias) foi considerado como ponto de corte para a significância de uma

¹⁹ A similitude funciona como uma análise de classe única de palavras dentro de um discurso em comum

²⁰ Tipo específico de diagrama que organiza uma ideia em “clusters” ou, no caso desse estudo, em categorias e subcategorias (classes e subclasses).

palavra/expressão dentro de uma classe o valor de qui-quadrado (χ^2) superior a 3,84 (CAMARGO; JUSTO, 2021). A coocorrência das unidades de conteúdo foi simbolizada pelo “%” no dendrograma.

A análise qualitativa dos dados foi realizada pelo pesquisador, pós análise quantitativa. Essa parte da análise de conteúdo procurou a imparcialidade de interpretação e o respeito ao conteúdo produzido pelos entrevistados. O tipo de abordagem escolhida foi a análise categorial tradicional, com ênfase na significação dos dados, causas, efeitos, inferências específicas e inferências gerais.

3.6 Possíveis riscos e o cuidado com os sujeitos de pesquisa

Por razões de coleta de dados em momento de emergência de saúde pública (ano de 2021) a pesquisa apresentou como riscos o contato próximo do entrevistado com o pesquisador, podendo ter aumentado a chance de contaminação com o novo Coronavírus ou algum outro microrganismo. Sobre isso, para garantir maior segurança, todo o contato entre o pesquisador, os entrevistados e os demais envolvidos no processo de pesquisa respeitou os protocolos de segurança estabelecidos pelas autoridades de biossegurança (uso de máscara, higienização do ambiente e do pesquisador, respeito ao distanciamento seguro), seguindo também as “Orientações gerais para a condução de protocolos de pesquisa” (BRASILIA, 2020), além de apresentação, por parte do pesquisador, de teste recente com resultado negativo para o novo Coronavírus.

A resposta ao questionário social e a gravação do áudio da entrevista poderiam causar algum tipo de mal-estar no entrevistado, pela sensação de timidez ou de quebra de privacidade, mesmo não havendo prejuízos previstos à sua integridade física. Por isso, foi garantida total liberdade de expressão, inclusive com interrupção do momento, caso o entrevistado achasse necessário. Foi garantido, também, o total anonimato sobre os dados pessoais do entrevistado, substituindo qualquer dado de identificação pessoal por um código não pessoal, sempre que necessário.

Todas as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço: Rua Altinho, 62,

apartamento 1502, bairro Madalena, cidade Recife, estado Pernambuco, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

O estudo seguiu todos os protocolos preconizados nas resoluções nº 466/2012 e 510/2016, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), ligada ao Conselho Nacional de Saúde e no documento “Orientações Gerais para a Condução de Protocolos de Pesquisa”, divulgado pelo Governo Federal em 2020 para pesquisas em meio à pandemia do novo Coronavírus.

4 OS RESULTADOS E O INÍCIO DO TRANSCURSO DISCUSSIVO

4.1 O que se sabe sobre a efetividade do Programa Saúde na Escola nas escolas pesquisadas?

Para fins de discussão, foram utilizados os dados oficiais mais recentes sobre a cobertura geral e sobre o monitoramento e avaliação do PSE, que estão disponíveis SISAB e no documento orientador de indicadores e padrões de avaliação para o ciclo 2021/2022, respectivamente. O referido documento foi divulgado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Sobre os dados gerais de valores recebidos da União - somando o repasse de adesão ao PSE com o repasse financeiro à iniciativa “Crescer Saudável”, vinculada ao PSE – a quantia de escolas atendidas e a natureza das ações realizadas nos municípios pesquisados (onde as escolas visitadas estão localizadas) tem-se as seguintes informações:

Tabela 3 - Quantidade de escolas atendidas e natureza das ações do PSE realizadas no ciclo 2021/2022 nos municípios das escolas visitadas.

MUNICÍPIO	VALOR DESTINADO AO PSE DO MUNICÍPIO em R\$ (Portaria GM/MS nº 1.320/2021)	QUANTIDADE DE ESCOLAS ATENDIDAS	NATUREZA DAS AÇÕES
RECIFE	82.146,40	262	Antropometria;
OLINDA	37.346,40	80	Aplicação tópica de
CABO DE SANTO AGOSTINHO	37.346,40	50	flúor;
PALMARES	19.146,40	40	Desenvolvimento da
NAZARÉ DA MATA	12.676,00	16	linguagem; Escovação
SALGADINHO	9.346,40	13	dental supervisionada;
GRAVATÁ	20.546,40	60	Outro procedimento
CARUARU	83.546,40	NI	coletivo; Programa
GARANHUNS	35.946,40	NI	nacional de controle;
IBIMIRIM	19.146,40	16	Práticas
TUPARETAMA	12.146,40	09	corporais/atividade;
FLORESTA	19.146,40	23	Saúde auditiva; Saúde
SALGUEIRO	21.946,40	21	ocular; Verificação da
PETROLINA	77.946,40	160	situação vacinal.

NI: não informado

Fonte: adaptado de Brasil (2023).

Na tabela 3 nota-se que os municípios de Caruaru e Garanhuns ainda não haviam informado no SISAB (ou ao menos os dados não estavam disponíveis) sobre a quantidade de escolas atendidas e a natureza das ações nas escolas para o ciclo 2021/2022 do PSE. O SISAB também não estratifica, para as escolas indicadas como receptoras de ações do Programa, qual

a natureza de responsabilidade de sua administração (municipal, estadual, federal). Ainda assim, foi possível pesquisar no sistema sobre as escolas visitadas, utilizando o código INEP como variável. O resultado da busca apontou que nenhuma das escolas pesquisadas recebeu ações do PSE no ciclo 2021/2022.²¹

Em relação à presença e efetividade do PSE nas escolas/municípios pesquisados apenas a coordenação de um dos municípios respondeu aos questionamentos, já no ano de 2023. O contato com a coordenadoria estadual (feito por mensagem de texto e solicitação por e-mail) e com as outras 13 coordenadorias municipais (duas de forma presencial e 11 por telefone/e-mail) não gerou devolutiva para nenhuma das respostas solicitadas.

Os dados sobre planejamento, execução e avaliação apresentados pela coordenação do PSE no referido município apontaram para uma coordenação compartilhada, envolvendo secretarias municipais de saúde e de educação, dificuldade de comunicação e articulação com a coordenadoria estadual do programa, aproximadamente de 28% de índice de cobertura do PSE nas escolas do município (500 escolas ao total e 140 que recebem ações do programa) e inexistência de avaliação sobre efetividade das ações como um todo ou sobre impacto das ações em indicadores educacionais nas escolas.

4.2 Os atores educacionais e a percepção sobre a Educação em Saúde

Os sujeitos entrevistados nas escolas (gestores, professores e alunos) têm suas características gerais apresentadas nas tabelas 5, 6 e 7 (Apêndices I, J e K). As partes transcritas de seus depoimentos receberam os códigos “G” [gestor(a)], “P” [professor(a)] e “A” [aluno(a)], seguidos dos respectivos números das escolas onde os depoimentos foram coletados, respeitando a ordem de coleta. Os professores entrevistados foram escolhidos pelo grupo docente e as disciplinas que lecionam estão descritas na tabela 6. Os grupos responderam a perguntas gerais e perguntas específicas, estas últimas condizentes com sua função na escola. Para fins de organização e apresentação dos resultados encontrados, as respostas estão apresentadas partindo das perguntas gerais para as específicas, estas últimas na ordem: “gestor”, “professor” e “aluno”.

Para saber como supriram as demandas de EES presentes em todas as escolas pesquisadas (independentemente do modelo de escola, da GRE ou resultado do IDEPE),

²¹ A pesquisa *in loco* foi realizada ao final de 2021, mas a pesquisa sobre as escolas no SISAB foi realizada em 2023, quando o ciclo 2021/2022 já havia terminado.

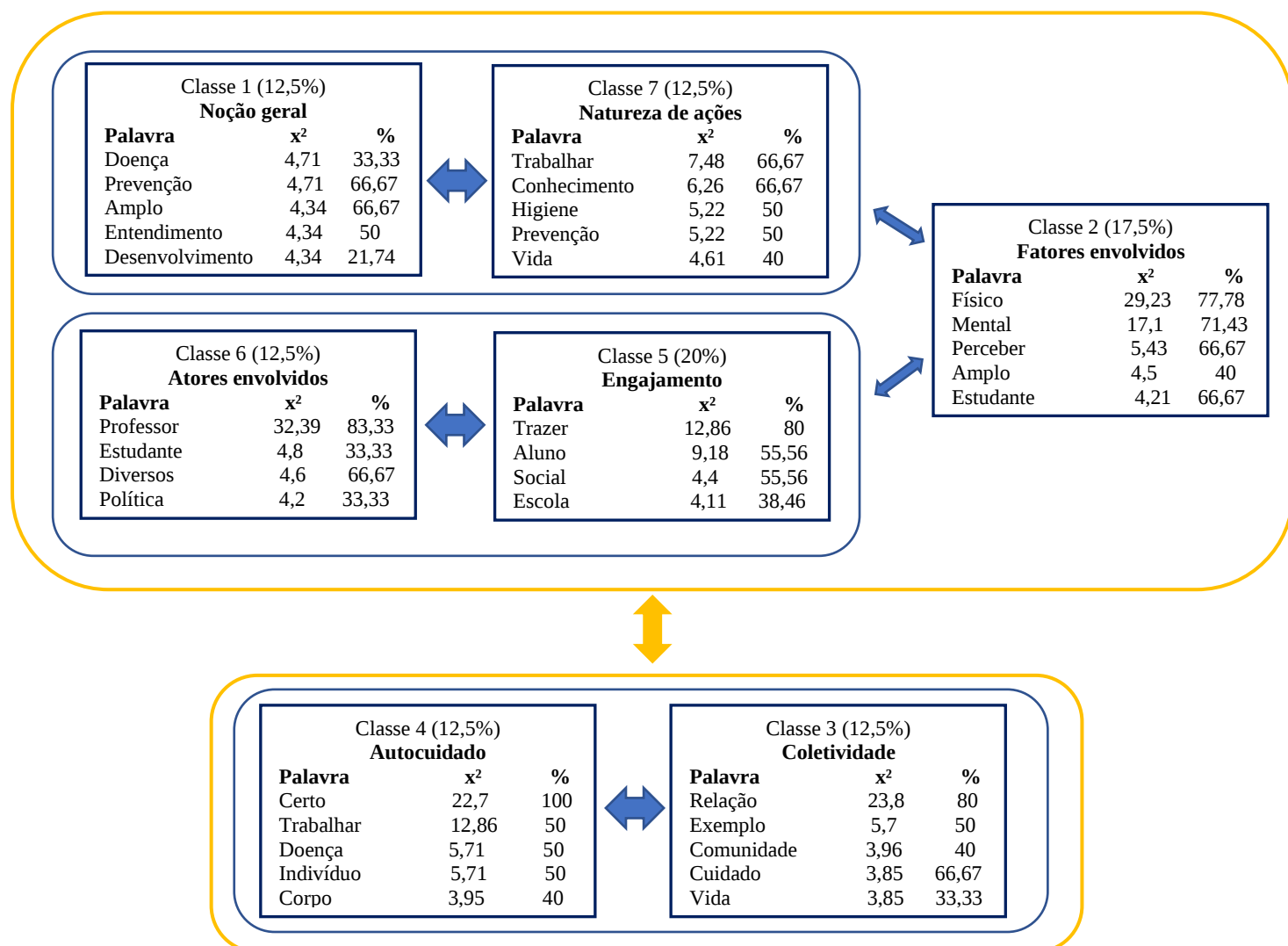
gestores, professores e alunos foram interpelados, antes de tudo, sobre suas concepções do que seria a Educação em Saúde

4.2.1 Perguntas gerais aos atores escolares

Pergunta geral 1: “*No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?*”. Esta pergunta foi feita para gestores, professores e alunos de forma isolada, sendo possível a produção de árvores lexicais específicas para cada grupo (Apêndices L, M, N). Quando as respostas de todos os entrevistados foram unidas num único corpus textual, foi possível utilizar a Categorização Hierárquica Descendente para produzir um dendrograma bruto (Apêndice O), com aproveitamento de texto (retenção mínima) de 81,63%, superando a recomendação mínima de 75% (CAMARGO; JUSTO, 2021). Utilizando o ponto de corte para a significância das palavras dentro das classes o dendrograma (figura 5) pôde ser reestruturado da seguinte forma:

Figura 6 – Dendrograma produzido a partir das respostas de gestores, professores e alunos para a pergunta geral 1.

**CONCEPÇÃO DE GESTORES, PROFESSORES E ALUNOS
SOBRE O CONCEITO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**
(Índice de retenção = 81, 63%)



x²: associação dos segmentos de texto que contém a palavra com a classe, %: percentagem de ocorrência dos segmentos de texto que contêm a palavra nessa classe, em relação à sua ocorrência no corpus.

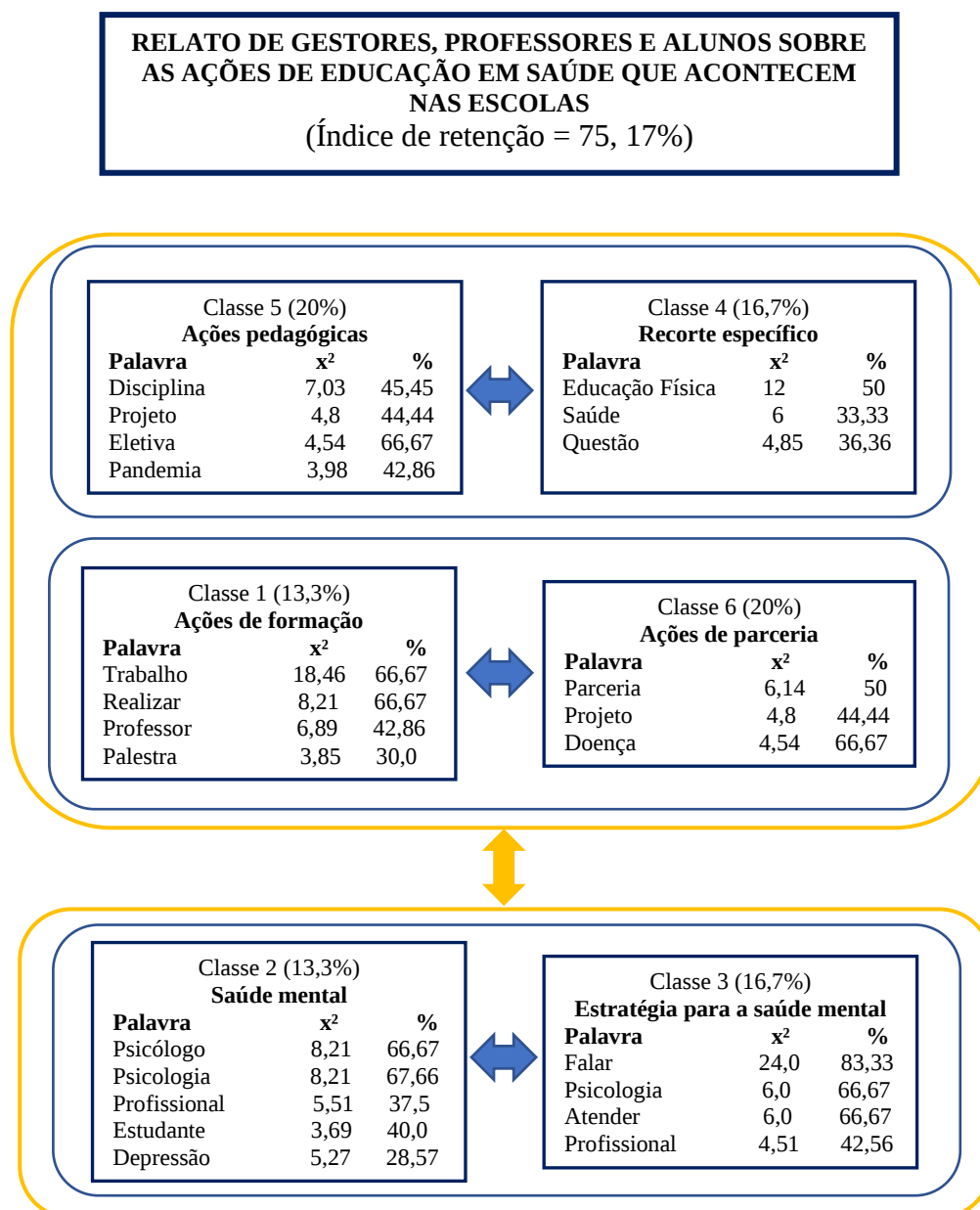
Fonte: o autor (2023).

A figura 6 traz a compilação das respostas apresentando duas categorias distintas, mas interligadas. A primeira categoria traz subcategorias ligadas à noção geral sobre Educação em Saúde e a natureza das ações julgadas como ações de EES; os atores que estariam envolvidos na Educação em Saúde na escola e seus engajamentos; e unidades de conteúdo sobre os fatores que estariam envolvidos na Educação em Saúde na escola. A outra categoria envolve o autocuidado e a coletividade, com subcategorias aparentemente abrindo discussão sobre os

indivíduos e seus papéis (consigo mesmo e com o outro) nesse contexto. Esse tracejado leva a pensar a EES na escola como um trato entre o ser humano e a estrutura funcional (funções sociais, divisão profissional de tarefas e afins) a que ele está submetido no local.

Pergunta geral 2: *“Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”*. As respostas para cada grupo estão nos Apêndices P, Q e R. Quando as respostas de todos os entrevistados foram unidas num único corpus textual, a CHD produziu o dendrograma bruto (Apêndice S), com aproveitamento de texto (retenção mínima) de 75,17%, superando a recomendação mínima de 75% (CAMARGO; JUSTO, 2021). Utilizando o ponto de corte para a significância das palavras dentro das classes, o dendrograma pôde ser reestruturado da seguinte forma:

Figura 7 – Dendrograma produzido a partir das respostas de gestores, professores e alunos para a pergunta geral 2.



x²: associação dos segmentos de texto que contém a palavra com a classe, %: percentagem de ocorrência dos segmentos de texto que contém a palavra nessa classe, em relação à sua ocorrência no corpus.

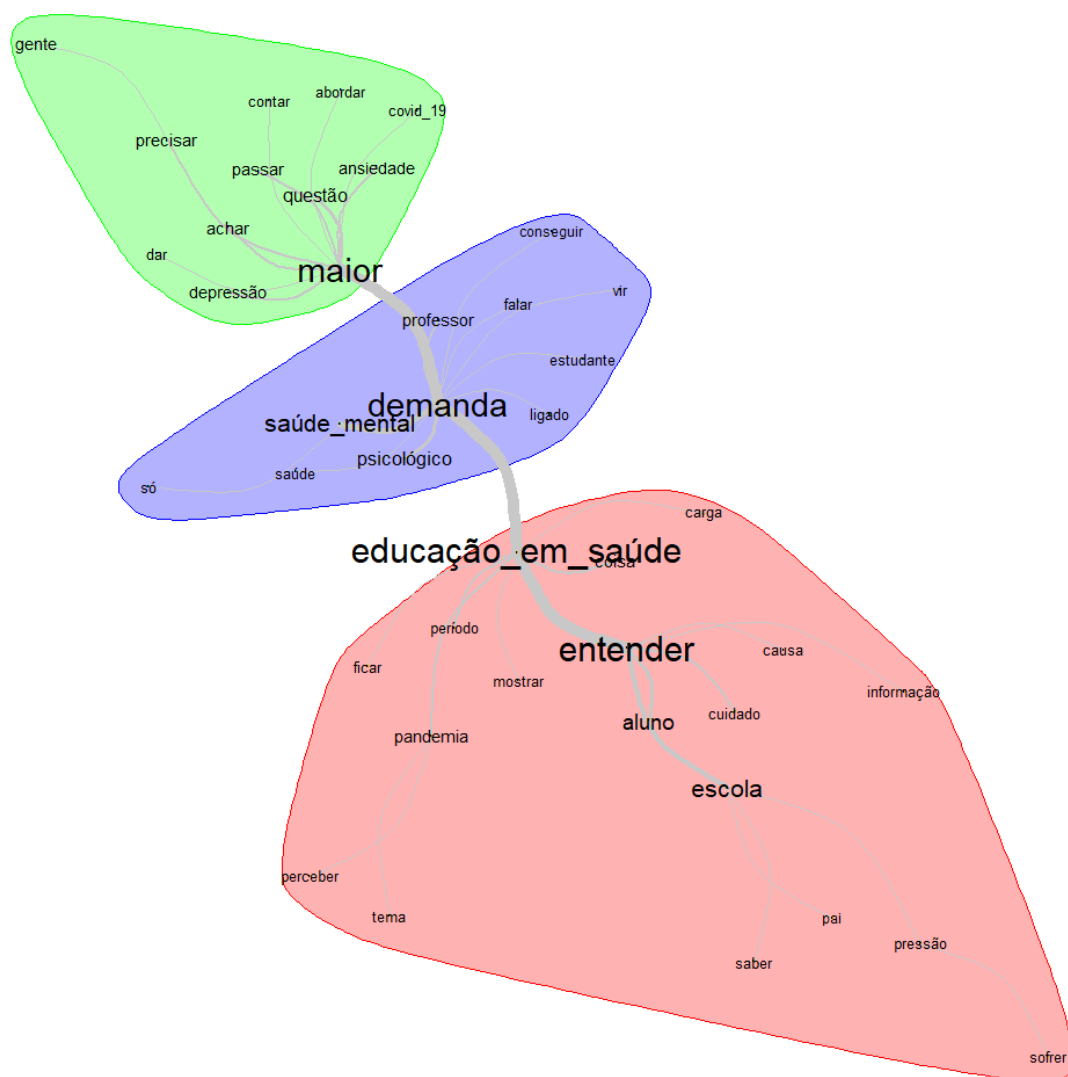
Fonte: o autor (2023).

Quando indagados sobre exemplos de ações de EES que aconteceram na escola a fala dos entrevistados apontou para duas categorias de conteúdo. A primeira, com ligação direta entre as classes 4 e 5, que trataram sobre ações pedagógicas – incluindo conteúdos sobre a pandemia do novo Coronavírus - e os componentes curriculares (com destaque para a educação física e disciplinas eletivas) em ligação direta entre as classes 1 e 6, que trataram sobre parcerias feitas pelas escolas (seja pela gestão ou pelos próprios professores) e ações sobre formação e

conhecimentos em EES. A segunda categoria contextual uniu as classes 2 e 3, específicas sobre saúde mental e estratégias para o seu trato dentro da escola. Parece haver, então, uma tematização marcante sobre as questões de saúde mental e sobre as outras variáveis (componentes curriculares, parcerias realizadas, ações pedagógicas, novo Coronavírus e formação continuada).

Pergunta geral 3: “*Em sua opinião qual a maior demanda sobre Educação em Saúde na sua escola?*”. Esta pergunta foi feita isoladamente para gestores, professores e alunos. Quando as respostas de todos os entrevistados compuseram um único corpus textual, a análise de similitude produziu o seguinte resultado:

Figura 8 – Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de gestores, professores e alunos para a pergunta geral 3.



Fonte: o autor (2023).

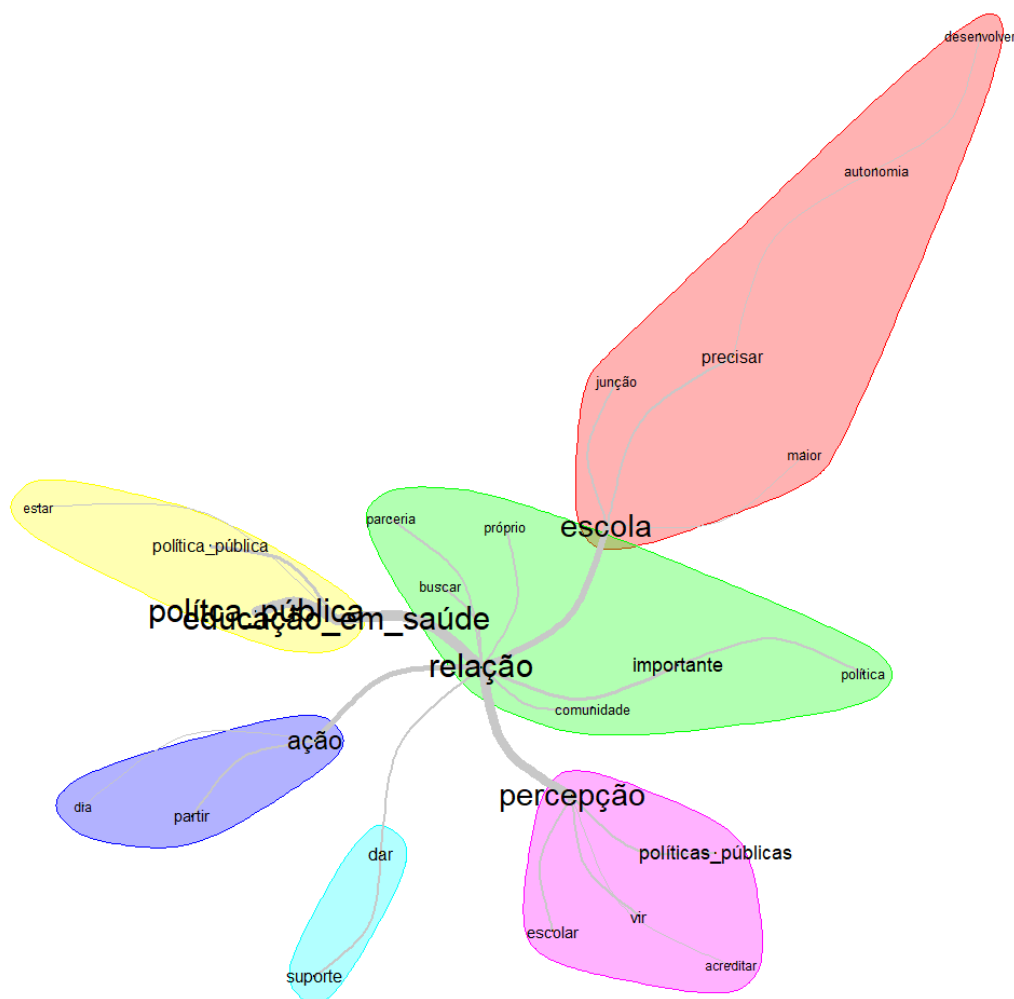
O resultado para a terceira pergunta geral apontou como grande prioridade o trato da saúde mental e das questões psicológicas dentro da escola, entendendo a escola como local de tematização e de expressão de uma grande demanda nesse aspecto. Mais adiante esta temática será discutida de forma mais esmiuçada.

4.2.2 Perguntas específicas

4.2.2.1 Gestores

Pergunta: “Qual a sua percepção entre a relação da Educação em Saúde com as políticas públicas e as ações que partem da própria escola?”. As respostas produziram a árvore de similitude da figura 8.

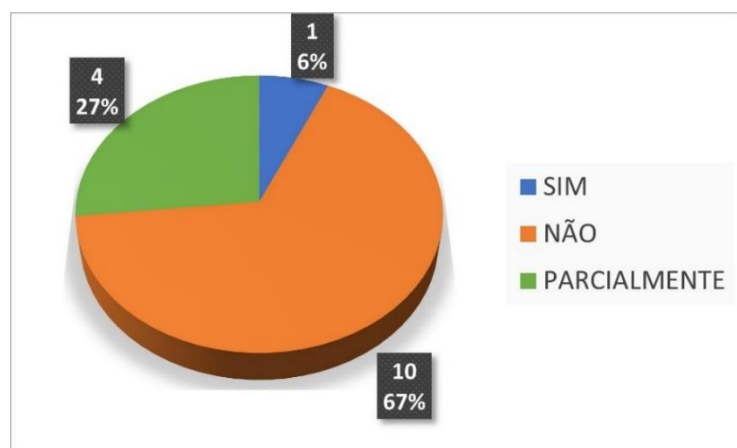
Figura 9 – Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de gestores para pergunta específica.



Analisando as ligações e a intensidade delas entre os bolsões de similitude, a figura 9 expõe a percepção de parceria entre as ações de saúde realizadas nas escolas e os documentos oficiais de fomento a elas. A crença na parceria entre a escola e a política pública aparecem com link acentuado nas respostas, numa noção de suporte importante para as ações intraescolares. A presença dos termos “autonomia” e “parceria” no relato dos gestores denotam, contudo, que as políticas públicas específicas não são variáveis determinantes para o fazer ou não das ações de Educação em Saúde nas escolas. As características gerais dos gestores estão na tabela 5 (apêndice I)

Pergunta: *“Você conhece o Programa Saúde na Escola ou alguma outra política pública voltada especificamente para a saúde na escola?”*. As respostas produziram o gráfico da figura 10.

Figura 10 – Gráfico produzido a partir da junção das repostas de gestores para pergunta específica.

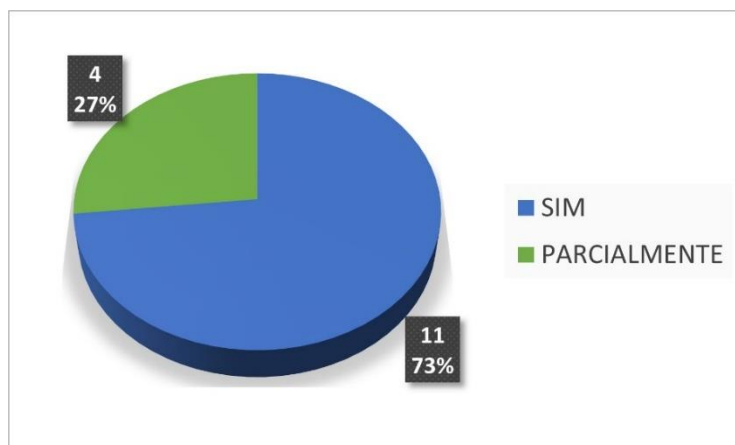


Fonte: o autor (2023).

As respostas apontam que 67% dos gestores das escolas sequer conhecem o Programa Saúde na Escola. Se for considerado número de gestores que apenas ouviram falar ou leram algo sobre (conhecem parcialmente), este percentual aumenta para 94%. Apenas um gestor afirmou conhecer o Programa. O alto índice de desconhecimento e de conhecimento parcial do PSE coaduna com o indicativo de baixo índice de cobertura do Programa nas escolas públicas da rede estadual de ensino médio de Pernambuco.

Pergunta: “*Você acredita que a sua escola tem autonomia para realizar ações de Educação em Saúde?*”. As respostas produziram o gráfico da figura 11.

Figura 11 – Gráfico produzido a partir da junção das repostas de gestores para pergunta específica.

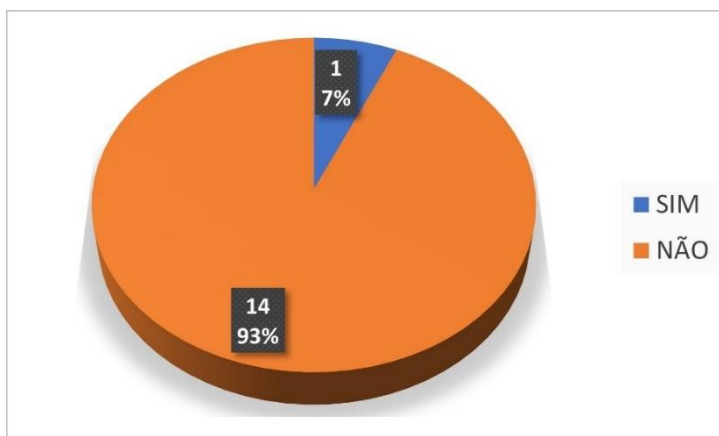


Fonte: o autor (2023).

As respostas apresentadas na figura 11 não incluíram negativa sobre autonomia, embora cerca de $\frac{1}{4}$ (um quarto) dos gestores indicaram algum tipo de problema com a autonomia gerencial da escola para liderar ações de Educação em Saúde. Não fica claro se esses problemas são de ordem hierárquica ou legal, mas a autonomia foi fator importante relatado pelos gestores quando trataram sobre a relação entre a política pública específica e o fazer de Educação em Saúde na escola.

Pergunta: “*Você já participou de alguma formação/capacitação específica sobre Educação em Saúde?*” As respostas produziram o gráfico da figura 12.

Figura 12 – Gráfico produzido a partir da junção das repostas de gestores para pergunta específica.



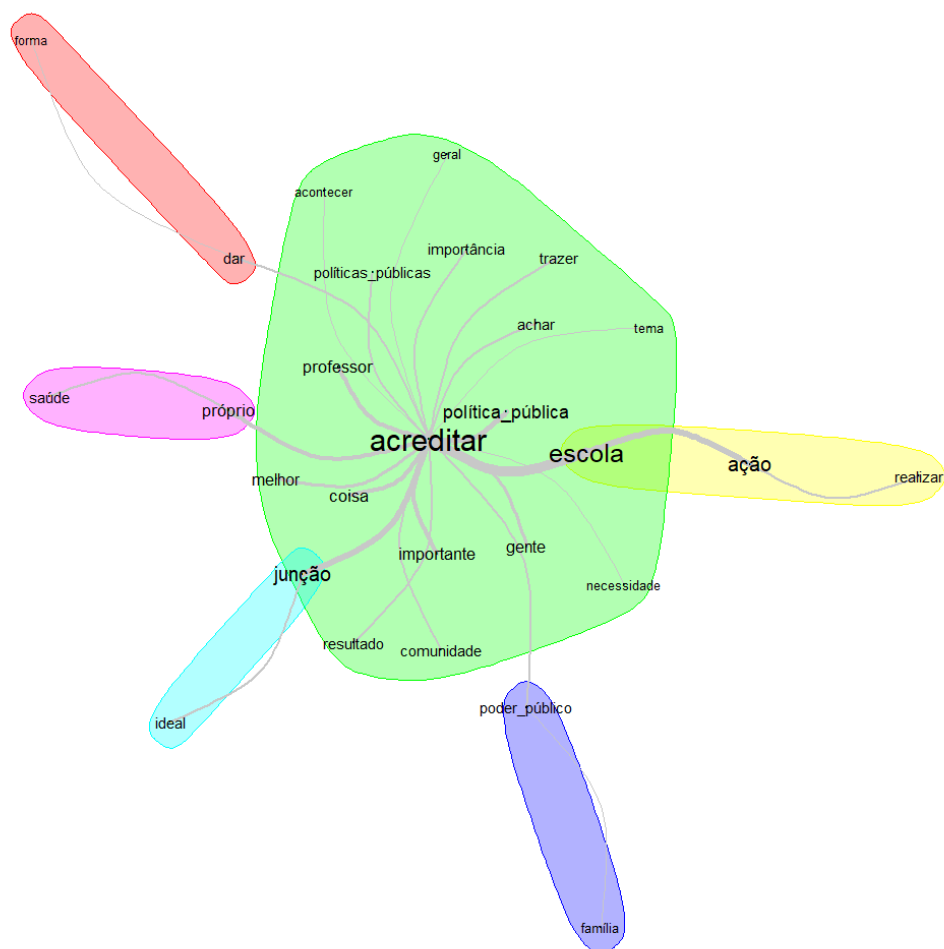
Fonte: o autor (2023).

Embora tenham que passar por um curso de formação/aperfeiçoamento teórico promovido pelo Estado, 93% dos gestores afirmaram nunca ter tido contato com formação em Educação em Saúde durante seu trajeto profissional ligado ao gerenciamento escolar. Apenas um deles afirmou que já obteve a oportunidade atuando no cargo. Questões específicas sobre a formação/aperfeiçoamento de gestores escolares da rede pública de Pernambuco serão elencadas mais à frente.

4.2.2.2 Professores

Pergunta: “Qual a sua percepção entre a relação da Educação em Saúde com as políticas públicas e as ações que partem da própria escola?” As respostas produziram a árvore de similitude da figura 13.

Figura 13 – Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de professores para pergunta específica.

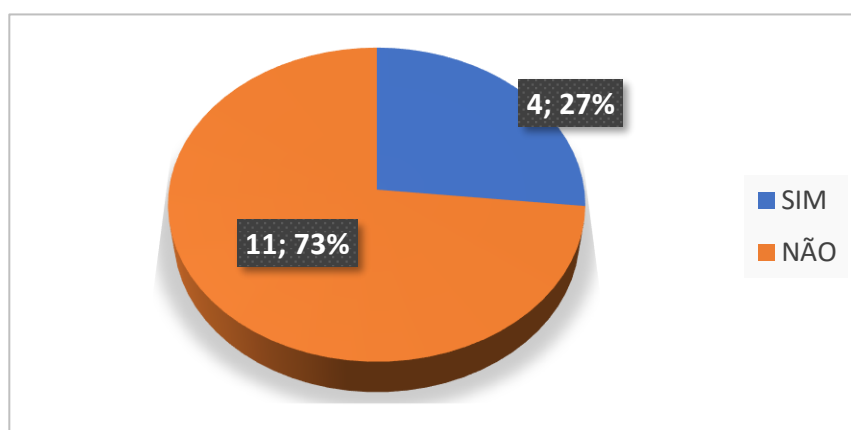


Fonte: o autor (2023).

As respostas para essa pergunta produziram uma similitude qualitativa semelhante à gerada pela reposta dos gestores para a mesma questão. Nela destaca-se a ligação acentuada de crença na parceria positiva entre as políticas públicas e a escola para as ações de Educação em Saúde, sendo a junção entre essas duas variáveis entendida como a forma ideal nessa relação. Em adição, os termos “comunidade” e “família” aparecem ligados à percepção de presença do poder público no fazer escolar, apontando um entedimento de link mais abrangente na relação questionada.

Pergunta: “*Você conhece o Programa Saúde na Escola ou alguma outra política pública específica para a saúde na escola?*”. As respostas produziram o gráfico da figura 14.

Figura 14 – Gráfico a partir da junção das repostas de professores para pergunta específica.

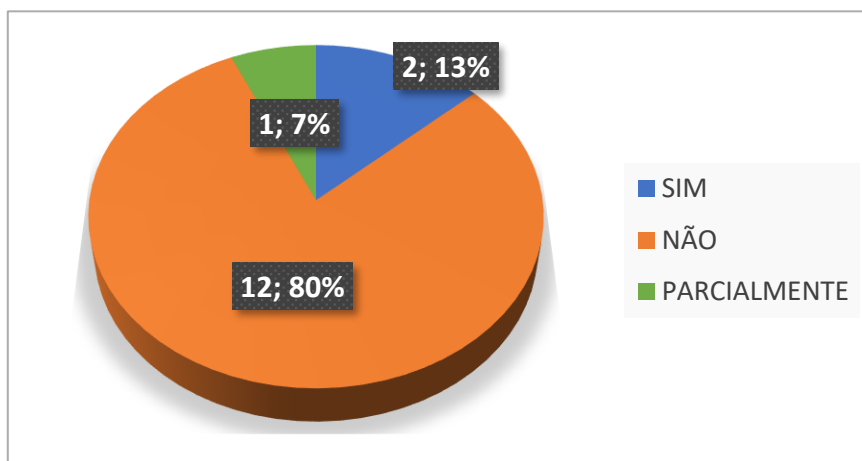


Fonte: o autor (2023).

As respostas expressas na figura 14 assemelham-se quantitativamente em número de desconhecimento às repostas dadas pelos gestores para o mesmo questionamento sobre o PSE. A diferença está na quantidade de professores que desconhecem totalmente o Programa (4 professores e 1 gestor). Quando somados, o número de gestores e de professores que afirmaram não conhecer bem o PSE (os que não conhecem e os que conhecem parcialmente), resulta num percentual de aproximadamente 83% dos profissionais entrevistados. Esse número expressa preocupação e alardeia para as lacunas de informação, de cobertura do Programa e de formação continuada dos profissionais.

Pergunta: “Você já participou de alguma formação/capacitação específica sobre Educação em Saúde?”. As respostas produziram o gráfico da figura 15.

Figura 15 – Gráfico produzido a partir da junção das repostas de professores para pergunta específica.



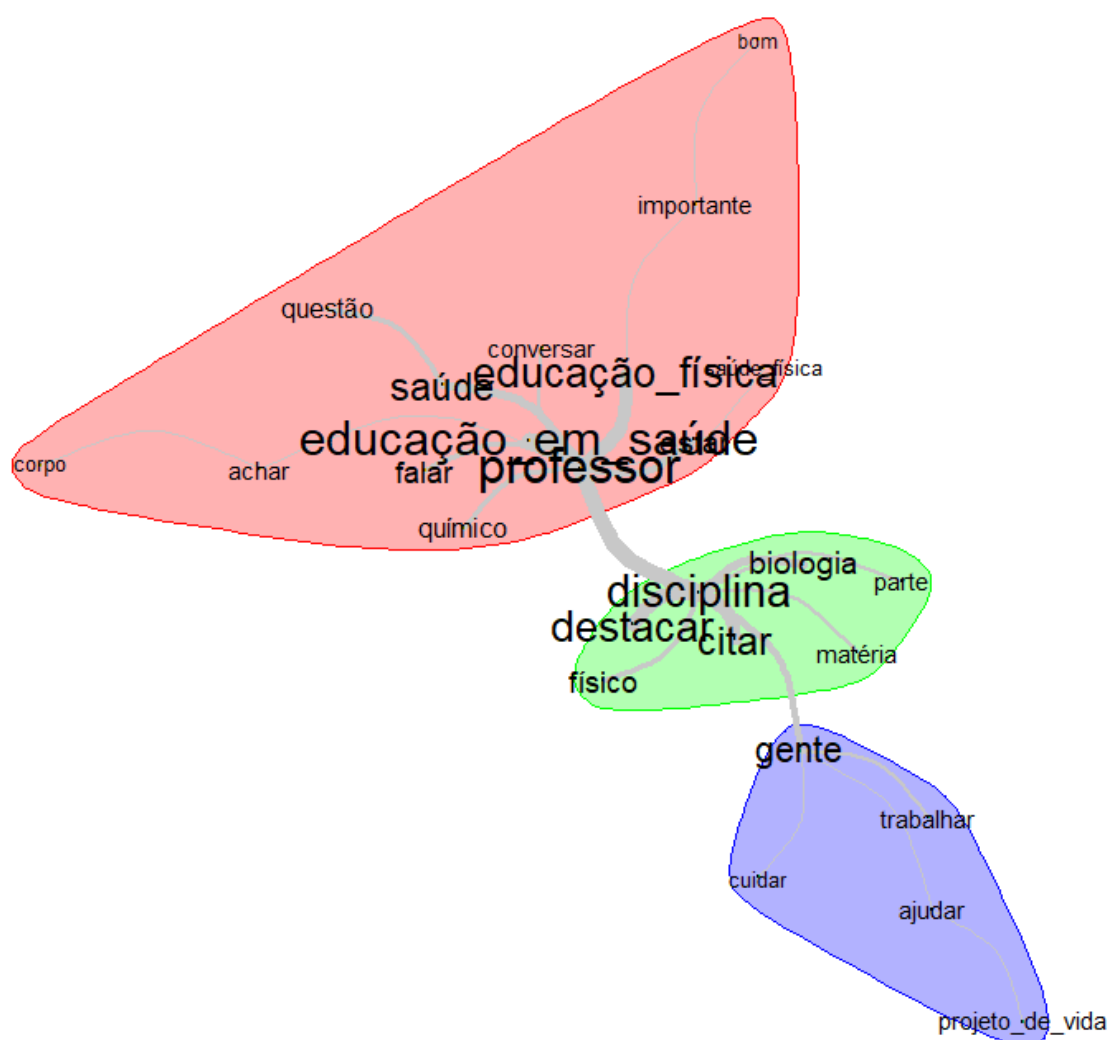
Fonte: o autor (2023).

As respostas expressas na figura mostram que a formação continuada sobre a temática também apresenta lacunas, como citado na análise das respostas para a pergunta anterior. É importante destacar que os profissionais participantes da pesquisa (gestores e professores) relataram necessidade de maior interação com (e conhecimento sobre) a temática.

4.2.2.3 Alunos

Pergunta: “No seu entendimento alguma disciplina ou algum professor se destacou na Educação em Saúde durante seu trajeto estudantil na escola?”. As respostas produziram a árvore de similitude da figura 16.

Figura 16 – Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de alunos para pergunta específica.



Fonte: o autor (2023).

A figura 16 expressa similitude entre o destaque de componentes curriculares (disciplinas) e as respostas direcionadas à biologia, química, educação física e projeto de vida.

Nos bolsões de similitude a palavra “gente” está particularmente lincada ao componente “projeto de vida”, enquanto a saúde está lincada com a química e a educação física. No centro dessas percepções aparece a biologia como componente imediatamente lincado ao termo “disciplina” (comumente chamado pelos alunos de “matéria”).

Pergunta: “*Você gostaria de citar alguma temática sobre Educação em Saúde que acredita que a escola poderia ter abordado, mas que não aconteceu?*”. As respostas para pergunta estão listadas, por ordem de escola entrevistada, na tabela 4:

Tabela 4 – Respostas de alunos para pergunta “*Você gostaria de citar alguma temática sobre Educação em Saúde que acredita que a escola poderia ter abordado, mas que não aconteceu?*”.

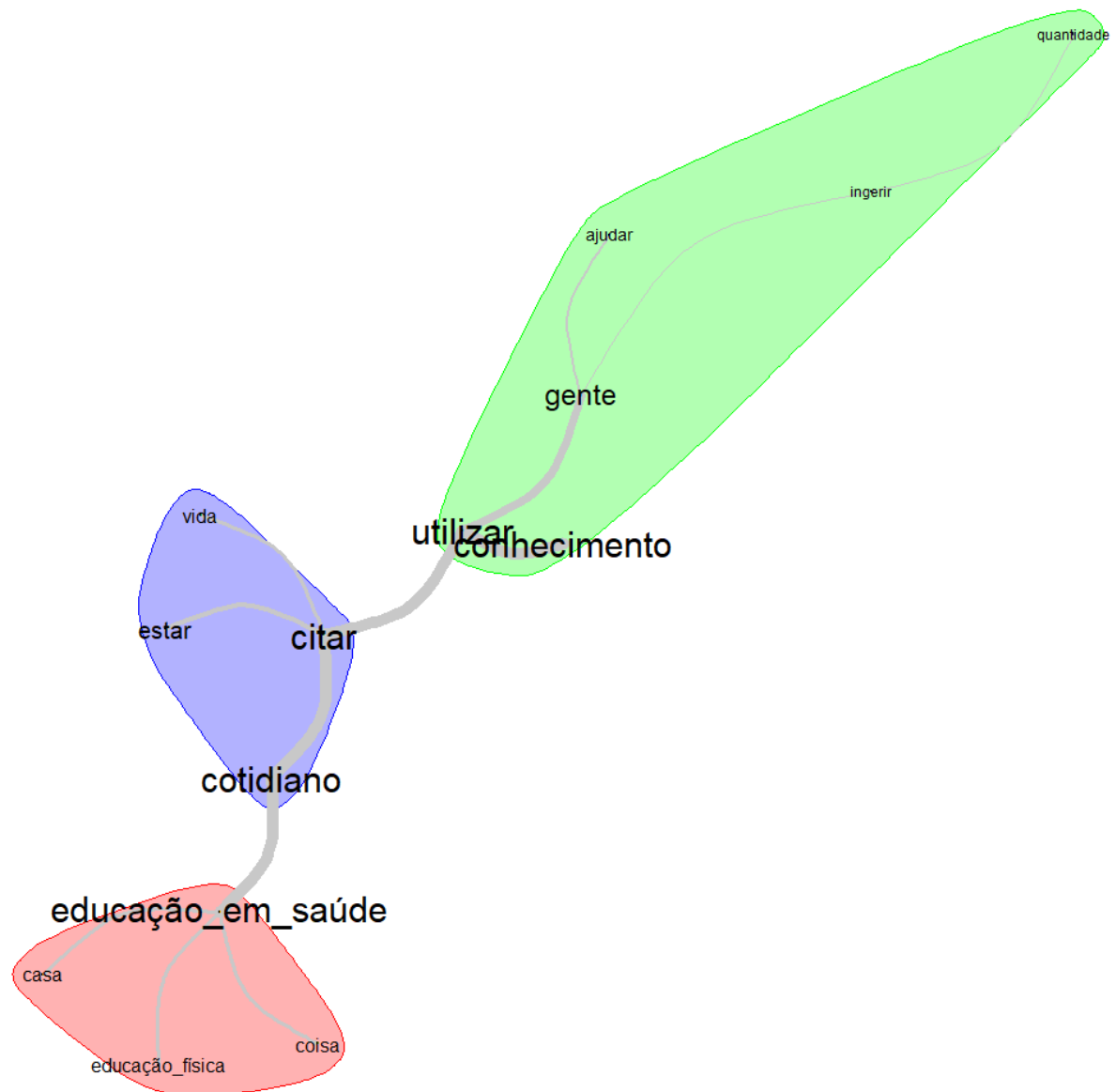
ALUNO (ESCOLA)	TEMÁTICA
01	Educação sexual
02	Educação emocional
03	Coronavírus
04	Saúde menstrual
05	Não soube relatar
06	Palestras de profissionais de saúde
07	Educação sexual, entendimento sobre o corpo e questões alimentares
08	Não soube relatar
09	Matemática aplicada
10	Mais sobre autoconhecimento e projeto de vida
12	Não soube relatar

Fonte: o autor (2023).

No aprofundamento do estudo das lacunas apontadas sobre o trato da EES na sua trajetória escolar de ensino médio, a tabela 4 mostra que três dos 11 entrevistados não souberam apontar nenhuma. Os oito que responderam indicaram déficit na tematização de “Saúde sexual e reprodutiva”, “Questões alimentares”, “novo Coronavírus” e “Entendimento sobre o corpo”.

Pergunta: “Você já conseguiu aplicar no seu dia a dia algum conhecimento sobre Educação em Saúde adquirido durante sua trajetória de estudante?”. As respostas produziram a árvore de similitude da figura 17.

Figura 17 – Árvore de similitude produzida a partir da junção das repostas de alunos para pergunta específica.



Fonte: o autor (2023).

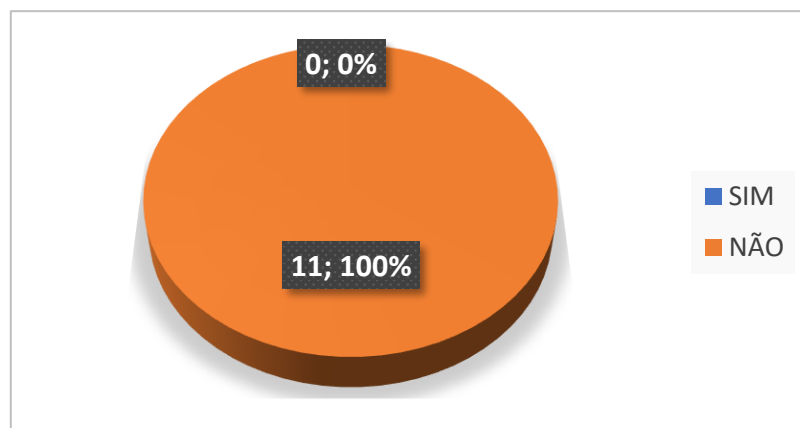
O resultado expresso na figura 17 aponta para quatro naturezas de conhecimento: o trato sobre a educação socioemocional, vistos sobretudo nas disciplinas eletivas, de projeto de vida e nas palestras; o trato com sobre higiene e doenças, vistos sobretudo na disciplina de biologia;

o trato sobre os alimentos (qualidade e quantidade), vistos sobretudo na disciplina de química; e o trato sobre o corpo (importância da atividade física e do conhecimento sobre seu corpo), vistos sobretudo na disciplina de educação física.

É possível ver coerência e coesão nas respostas dos alunos à medida em que as perguntas foram sendo feitas. A linha de raciocínio aponta para uma ligação perceptiva entre a Educação em Saúde na escola e as variáveis físicas e emocionais do corpo. Questões biologicizadas e de saúde emocional foram falas frequentes nas respostas para as diversas perguntas.

Pergunta: *“Você conhece o Programa Saúde na Escola ou alguma outra política pública voltada especificamente para a saúde na escola?”*. As respostas produziram o gráfico da figura 18.

Figura 18 – Gráfico produzido a partir da junção das repostas de alunos para pergunta específica.



Fonte: o autor (2023).

Todos os alunos relataram não conhecer o Programa Saúde na Escola. Esse resultado poder ser entendido como natural, sobretudo num cenário onde os próprios gestores e professores das escolas, em sua maioria, também não conheçam a política em questão.

5 APROFUNDANDO A DISCUSSÃO E O EXERCÍCIO DE ENTENDER A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA

A proposta discussiva proposta nessa elocubração segue uma linha entendida como organizacionalmente hierárquica, partindo da esfera Federal – aqui simbolizada pelo Programa Saúde na Escola, afunilando para a esfera Estadual e a análise da conjuntura político-administrativa que guia a educação do estado de Pernambuco, finalizando com a dinâmica das escolas em sua relação com o trato da Educação em Saúde em suas percepções e fazeres.

5.1 A presença e a efetividade do Programa Saúde na Escola nas escolas pesquisadas

Entendendo o panorama de dados escassos sobre o estudo da efetividade do PSE nas escolas públicas - em especial da rede estadual de Pernambuco - o presente estudo propôs uma contribuição *stricto sensu* à literatura, utilizando para isso as informações (ou a falta delas) coletadas durante o trajeto de pesquisa de tese. Contudo, apesar do esforço científico empregado, não foi possível mensurar a efetividade do PSE nas escolas pesquisadas, uma vez que não houve acesso aos dados avaliativos das ações ou dos recursos empregados durante as ações, tampouco sobre as metas planejadas para elas. Relatos informais de alguns profissionais de saúde envolvidos com o Programa Saúde na Escola em alguns dos municípios visitados dão conta de que o programa não consegue chegar até as escolas da rede estadual por conta da alta demanda da rede municipal de educação. Contudo, a ausência de informações sobre o percentual de cobertura do programa nos municípios pesquisados e sobre as próprias ações realizadas desconfiguram a possibilidade de concordância com a causalidade apontada para todos os municípios onde as escolas visitadas estão localizadas.

A informação repassada – informalmente - pela coordenadoria estadual do PSE em Pernambuco é de que todos os municípios do estado de Pernambuco aderiram ao PSE para o ciclo 2021/2022. Isto implica em afirmar que existe muita gente envolvida na cadeia de ações do PSE nos municípios do estado de Pernambuco, os quais Elias (1980) denominou como “Agentes sociais”, que são indivíduos em posições sociais específicas. Esse conceito se aplica tanto aos *players* que compõem o ciclo das políticas públicas como às relações dentro da dinâmica escolar.

Entretanto, a evasividade e inconclusão dos dados relatados no SISAB para o biênio 2021/2022 causam problema de entendimento e transparência, uma vez que não se tem acesso público ao índice de cobertura do PSE no município, ao planejamento realizado para o ciclo,

aos critérios para escolha das escolas contempladas, às metas estabelecidas, à característica prática da ação cadastrada, aos recursos utilizados e à relação entre a eficiência e a eficácia das ações (a efetividade) do programa. Ainda utilizando os dados cadastrados no SISAB – dessa vez verificando o código INEP das escolas cadastradas - encontra-se um cenário ainda pior: município que atendeu com ação do PSE a escola da rede particular, mas a nenhuma da rede pública estadual; duplicidade de cadastros de escola; cadastros incompletos do código INEP; e até município que cadastrou a escola, mas não apontou nenhuma ação realizada nela. Assim, conclui-se que nenhuma das escolas pesquisadas recebeu ações do PSE no ciclo 2021/2022.

No caso específico do município de Recife o cenário mostrou-se diferente. De acordo com os dados fornecidos pela Coordenadoria Municipal do PSE, o percentual de cobertura do Programa no atual ciclo é superior à média nacional (17,56%) e estadual (19,59%) no ciclo anterior (2019/2020)²². Apesar da relativa expressividade na cobertura alcançada, o município ainda enfrenta muitas dificuldades para avaliar a efetividade e o alcance subjetivo e objetivo das ações na vida dos estudantes, como demonstra o depoimento da pessoa responsável pela coordenadoria municipal:

[...]As metas são sempre vinculadas às ações. Os indicadores estão sempre vinculados a quantas ações conseguimos desenvolver. Então um dos nossos grandes desafios é pensar sobre indicadores que possam avaliar o impacto das ações, mas hoje não temos nada nesse sentido.

Concordando com Azevedo e Santos (L2012), nota-se que, mesmo onde geralmente há mais recursos – nesse caso a capital do estado - a carência de serviços é acentuada. Outro ponto importante ressaltado pela entrevistada é a dificuldade de articulação com a coordenadoria estadual do programa, cenário que, segundo ela, é um dos fatores responsáveis pela baixíssima cobertura das ações do PSE nas escolas da rede pública estadual:

Temos reuniões mensais sobre o planejamento, a adesão, o funcionamento...com todos os atropelos e limitações que temos no trabalho e funcionamento. Com a secretaria estadual de saúde temos mais dificuldade de comunicação. Então temos atendido a poucas escolas estaduais, sendo esta dificuldade de comunicação um dos fatores causadores disso. Mesmo assim estamos fazendo um exercício para inserirmos algumas escolas estaduais nas ações.

O relato sobre a falha na intersetorialidade do PSE concorda com o achado de Silva et al. (2015), evidenciando a mesma segmentação e descontinuidade apontadas pelo autor.

²² Até o encerramento desse estudo os dados numéricos específicos de ações e escolas contempladas no ciclo 2021/2022 no estado de Pernambuco ainda não tinham sido oficialmente divulgados.

O cenário relatado pela coordenadoria municipal do PSE em Recife ajuda a explicar as repercussões dessa realidade dentro das escolas. Por saber que cerca de 83% dos gestores e professores e 100% dos alunos entrevistados nas escolas sequer conhecem o PSE, é superlativa a necessidade de discussão sobre esta lacuna deixada pelo Programa. Inclusive mesmo dentro do percentual que afirmaram conhecer o programa ainda há certezas e incertezas, como mostram os depoimentos a seguir:

Houve ações do PSE na escola até 2019, no período antes da pandemia. O Programa Saúde na Escola é desenvolvido pelo município através da secretaria de saúde. Ele promove ações de acompanhamento bucal, de saúde da mulher e dos jovens, utilizando palestras. A partir de 2020 não houve ações por conta da pandemia. A única coisa que foi disponibilizada foram as máscaras e os totens de álcool em gel. (G 2)

Tenho conhecimento de que existe uma área da secretaria que têm psicólogos e eles podem vir na escola, então eu sei que tem esse lado da psicologia ligada à saúde. À saúde mental, no caso. Mas sobre o Programa Saúde na Escola especificamente não. Programas ligados diretamente com a saúde na escola não chegou. (P 3)

Pelo depoimento do professor 3 vê-se que talvez o PSE tenha chegado até sua escola, mas isso contradiz o verificado no SISAB para o ciclo 2021/2022. O fato denota que o PSE pode chegar até as escolas extraoficialmente, numa espécie de “doação de ação” do poder público municipal. Denota também que o PSE não foi discutido como parceiro do projeto pedagógico dessa escola ou que ele não tenha sido discutido pela comunidade escolar envolvida.

Então... há como garantir que as escolas da rede estadual de educação também estejam inseridas no planejamento e na execução das ações? Há preferência de ações para as escolas da rede municipal sobre as da rede pública estadual? Parece que a resposta para a primeira pergunta ainda é “não” e para a segunda pergunta ainda é “sim”. Sobre isso, o pensamento de Castro (2007) encaixa-se, ao afirmar que o problema não é o de não se ter educação, o problema é que o país é muito grande e as necessidades educacionais são enormes. Sem querer, parece que o PSE, curiosamente, tenta reparar um erro cometido no século XVIII, quando “a educação nacional priorizava as escolas de ensino médio em detrimento às escolas de nível fundamental” (CASTRO, 2007, p. 3).

Estudo basal de Figueiredo e Figueiredo (1986) já chamava a atenção para a existência de uma lacuna (*gap*) entre as proposições teóricas de uma política pública e a verificação empírica da sua relação causa-efeito, decorrente quase sempre da ausência de três fatores básicos: definições operacionais claras dos objetivos do programa/política, especificação dos critérios de sucesso e medidas de aferição do sucesso. Parece sensato ratificar o perfil de

atualidade dos achados estudo de Figueiredo e Figueiredo quando se pensa em manutenção de lacunas e dificuldades inerentes à avaliação e aplicação do PSE enquanto política de Estado.

Nessa lógica, o conceito de *sucesso* de uma política pública, por conseguinte, passa pela aferição da chamada “eficácia objetiva”, isto é, a aferição do quanto as metas atingidas são iguais, superiores ou inferiores às metas propostas. O modelo analítico empregado para a aferição do sucesso ou fracasso do programa/política, portanto, consistiria em medir se a diferença entre a meta atingida e a proposta está dentro de limites toleráveis. Estes limites ditariam a faixa do sucesso/fracasso da política (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986, p. 112).

Com a ausência dos dados solicitados aos responsáveis pelas coordenadorias estadual e municipais, não foi possível verificar a efetividade do Programa Saúde na Escola nas escolas/municípios pesquisados. Indo mais além, os próprios critérios de monitoramento e avaliação do programa são inespecíficos e superficiais, lançando mão apenas da subjetividade e disponibilidade dos avaliadores do governo federal para determinar se as ações atingiram, ou não, o nível de efetividade esperado. Em suma, a ausência do PSE nas escolas pesquisadas serve como ponto nodal para a efetividade da política.

Sobre a temática, a página oficial do programa no site do Ministério da Educação traz apenas os dados escritos abaixo:

No biênio 2021/2022 o PSE esteve presente em 5.422 municípios (97,34% do país), em 97.389 escolas e 23.426.003 de educandos, alcançando os estudantes das zonas rurais, urbanas, quilombolas, indígenas, assim como o público da educação especial e da Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2022, p. 2).

Ainda falando sobre os dados digitais disponibilizados, o site traz um texto sobre “Monitoramento e Avaliação”, com os seguintes dizeres:

O monitoramento e a avaliação devem se tornar práticas culturais na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE), pois além de ser uma diretriz, também é uma oportunidade de aperfeiçoamento das atividades, ao acompanhar as implicações propagadas no território, e de reorientação das intervenções do Programa. Diversas são as possibilidades que envolvem essas práticas no PSE, desde o simples monitoramento das ações realizadas, por meio dos sistemas de informações em saúde disponíveis, até o desenvolvimento dos processos avaliativos mais complexos. Monitorar e avaliar no âmbito do PSE é atribuir valor às atividades desenvolvidas e legitimar os esforços empregados na atenção voltada aos estudantes (BRASIL, 2022, p.3).

Como relatado, foi difícil obter informações oficiais e práticas sobre avaliação do PSE e os próprios textos oficiais específicos sobre o monitoramento e a avaliação do programa não são diretivos. Nesse escopo, Nanni e Santos Filho (2016) relembram que muito do descrédito

que permeia as políticas públicas educacionais advém de falhas na sua avaliação, na clareza de seus objetivos e metas, na mensuração de seus benefícios ou mesmo na pertinência de suas intenções. Além disso, falhas no processo avaliativo e na transparência avaliativa alijam de todo o processo questões basais, como o conhecimento sobre os autores envolvidos, o público atingido, as realidades do educando e do educador e a estratégia do gerenciamento dos recursos utilizados. Somente uma avaliação adequada dos programas e projetos pode estabelecer uma relação causal entre a política pública e o seu sucesso ou fracasso ou entre a política pública e seu resultado ou impacto sobre determinada situação social.

Convém destacar que os dois últimos ciclos do PSE (2019/2020 e 2021/2022) ocorreram em meio a uma administração federal notadamente contraposta aos rumos gerenciais implementados no Estado brasileiro até então, sobretudo no recorte de tempo do início dos anos da década de 2000 até o meio da década de 2010. Este contraponto, permeado pela ideia de diminuição de alcance do Estado aos serviços públicos de educação e de saúde, pode ter contribuído para a evasividade das responsabilidades profissionais e pela não disponibilização dos dados públicos. Em tempo: o objetivo deste estudo não é o de culpabilizar a Gestão Federal em questão por todos os problemas do Programa Saúde na Escola. Mas entende-se que não é coincidência que esta pesquisa tenha encontrado o cenário citado, este que se aproxima da linha de gestão do governo supracitado.

Outro fator que pode ser elencado à discussão é a disparidade entre o modelo de gestão implementado pelo estado de Pernambuco – nele incluído a escola pública - e as próprias ações que acontecem nessas escolas.

5.2 *A Nova Gestão Pública em suas repercussões no fazer do Programa Saúde na Escola na rede pública estadual de ensino de Pernambuco*

Diferente de outros exemplos internacionais citados - onde as diretrizes pedagógicas federais já determinam o trato da Educação em Saúde nas escolas (independentemente da concepção de saúde envolvida) - no Brasil os estados e os municípios assumem o papel de suprir a Educação em Saúde no fazer escolar por meio da institucionalização prática do PSE, com leis específicas e até com possibilidade de parcerias público-privadas, como prevê o modelo pernambucano de gestão da educação.

Como premissas norteadoras para garantir a intersetorialidade preconizada para todo o trajeto do PSE no estado de Pernambuco deveriam estar o Plano Estadual de Educação e o Plano Estadual de Saúde, ambos componentes do arcabouço administrativo do estado simbolizado no

modelo de Nova Gestão Pública adotado em Pernambuco. Deveriam, porque, quando se verifica os textos destes documentos, a menção ao PSE aparece apenas no Plano Estadual de Saúde, mesmo assim sem explicitar detalhes sobre o planejamento, a execução e a avaliação de suas ações.

Mais grave que isso, a ínfima capilaridade das ações do PSE nas escolas da rede pública estadual pesquisadas contrasta de forma imperativa com os próprios preceitos da Nova Gestão Pública, modelo de gestão adotado pelo governo de Pernambuco também durante os anos de 2021 e 2022, esta que é pautada na melhoria da eficiência e eficácia dos serviços públicos, perpassando pela formação continuada dos profissionais, atualização do processo de ensino e aprendizagem e consequente melhoria dos índices educacionais (MARQUES; MENDES; MARANHÃO, 2019).

O modelo de gestão adotado no estado de Pernambuco na educação baseia-se em metas e no compromisso de seguir diretrizes pautadas em resultados de avaliação de desempenho e de rendimento dos estudantes, visando a investimentos pela ordem da eficácia das políticas públicas, com base no “Estado do Controle” e no “Estado do Fazer” (MARQUES; MENDES; MARANHÃO, 2019, p. 3).

A organização dos princípios da NGP, coligidos e propostos por Verger (2015) aponta, dentre outros, os princípios do financiamento das escolas com base nos resultados, da remuneração docente com base em critérios de produtividade, da publicação em local público dos resultados das escolas em testes (teoricamente) isonômicos e da definição de indicadores de qualidade e de *benchmarks*²³ sobre êxito educativo. Fica evidente, então, que o trato de questões alicerçadas também na subjetividade – como é o caso da educação crítica em saúde – não são prioridade pedagógica para este modelo de gestão. Curiosamente, cabe destacar que a transparência dos serviços públicos e de seus resultados (incluindo a propaganda pública destes), propostas pelo modelo de NGP adotado pelo governo de Pernambuco, não são aplicados ao PSE na rede pública estadual de ensino. Se as escolas da rede não são totalmente cobertas pelo programa, qual a razão disto? Quais providências estão, ou não, sendo tomadas para suprir a lacuna?

Vale destacar que a NGP não possui uma configuração única. Ela se apresenta de diferentes maneiras nos diferentes locais onde é implementada, até por ser, a política pública, materializada nas ações e inações de pessoas. Porém, e por isso, não há necessidade de engessamento e os próprios *benchmarks* podem dar suporte aos ressignificados. Lembrando

²³Significa “referência”. Benchmarks são análises das melhores práticas usadas por empresas do mesmo setor. Objetiva gerar mais produtividade e lucro (no caso de empresas).

que, como já apresentado, há relação entre a Educação em Saúde na escola e os bons resultados nas provas avaliativas de larga escala. Portanto, mesmo sob uma gestão com características positivistas e pragmáticas, direcionada pelo desempenho, é possível que os rumos pedagógicos de uma rede possam ser dinâmicos e consonantes com a necessidade da comunidade escolar. Sobre isso:

Não se pode perder de vista, no entanto, que políticas educativas globais, como as que conformam a doutrina da NGP, são ativamente reinterpretadas e modificadas tanto pelos fazedores de política locais quanto pelos que materializam a política em última instância; professores, gestores e funcionários que atuam no chão da escola (MARQUES, 2020, p. 10).

A Nova Gestão Pública traduz, em essência, o ressignificado e a reconfiguração do Estado. Por isso mesmo é tão penetrante em governos diversos, incluindo os que se intitulam “progressistas” (MARQUES; MENDES; MARANHÃO, 2019; MARQUES, 2020), governos estes que, também por essência, pautam a educação com visão e intenção mais dialogicista. Sendo assim, esperava-se o Governo de Pernambuco fosse mais atencioso para a construção sistemática de parcerias entre as coordenadorias municipais do PSE e a efetivação de suas ações em link com os planos pedagógicos das escolas, com as formações continuadas de professores e gestores (em rede e em serviço) e com o próprio PROGEPE.

Sobre a impressão acima, Verger (2015) discorre sobre a falsa impressão de que a NGP é implementada simplesmente porque funciona. Ainda segundo o autor, na verdade há uma percepção generalizada de que ela pode solucionar os problemas mais importantes dos sistemas educativos contemporâneos, percepção ancorada em termos como “boa governança”, “Estado melhor” e “boas práticas”.

Seguindo a mesma lógica e tomando como base o PROGEPE, o Plano Estadual de Educação vigente e o relato dos professores, gestores e alunos - quando indagados sobre conhecerem o PSE ou outra política educacional específica para a Educação em Saúde - parece que as diretrizes adotadas pelo governo de Pernambuco não consideraram a Educação em Saúde como uma temática importante a ser problematizada, uma vez que 90% dos gestores e professores entrevistados apontaram nunca ter passado por uma capacitação ou formação em Educação em Saúde enquanto funcionário da rede pública estadual de ensino. Assim, é possível referendar que o modelo de NGP adotado pelo estado de Pernambuco para a educação pública desconsidera a urgência e a emergência do trato e discussão das questões de saúde em sua concepção ampla dentro das escolas.

A autonomia dada às GRE's para construir políticas educacionais poderia suprir esta demanda. Contudo, os depoimentos dos entrevistados mostraram que mesmo com o PSE não chegando oficialmente até as escolas pesquisadas, não houve implementação de outra política educacional específica para a Educação em Saúde nesses locais. É importante lembrar que para isto existe, inclusive, a possibilidade de construção de parceria público-privada, um dos princípios da NGP, este que, relativamente, pode aproximar o modelo de algumas escolas da rede das chamadas *Charter Schools*²⁴ ou das *Escolas Concertadas*²⁵ da Espanha (PARENTE, 2020, p. 252). Em soma, parece que a determinação de currículo único, outro dos princípios da NGP (VERGER, 2015; MARQUES; MENDES; MARANHÃO, 2019; MARQUES, 2020) configura-se como condição antagônica a essa autonomia²⁶.

Foi sob a perspectiva dos resultados quantitativos preconizados pela NGP estadual que surgiu o critério de ranqueamento das escolas na rede pública estadual de ensino, o IDEPE. Com base neste critério - e apenas neste - rotula-se as escolas em melhores ou piores dentro dos limites geográficos pertencentes a cada GRE. Embora não seja objetivo desse estudo discutir a composição do IDEPE, cabe aqui ressaltar que um dos critérios que compõem o índice é o percentual de aprovação/reprovação dos alunos, este que pode ser manipulado na prática, em caso de interesse. Isto significa que dentro da própria concepção de qualidade adotada há margem para desvirtuamentos e distorções, quebrando um dos princípios da própria NGP, que é o da transparência pública dos resultados obtidos, clivando, ao fim, a qualidade do processo de ensino e aprendizagem.

Os depoimentos dos entrevistados também deixam claro que o IDEPE da escola não se configurou como parâmetro para assegurar a presença do PSE como um programa parceiro ao Plano Pedagógico nas escolas da rede pública estadual de Pernambuco e que tampouco o índice assegura que outra política educacional específica possa chegar aos atores escolares. Arrisca-se a dizer, inclusive – e com base nos dados do SISAB - que as escolas com menor IDEPE do que as pesquisadas também possuem o mesmo perfil quando o assunto é a presença das ações do PSE em parceria com seu projeto pedagógico. Desta feita, o modelo utilizado para definir qualidade educacional, simbolizando um caminho para o sistema de ensino, acaba sendo um reprodutor de falhas, como destrinchado nas ideias de Bourdieu:

²⁴ Modelo de escola pública com gestão cedida a parceiro privado.

²⁵ Escolas privadas que recebem financiamento público. A presença do modelo no sistema educacional espanhol vem gerando segregação econômica visível na sociedade atual (PARENTE, 2020, p. 255).

²⁶ (a discussão aprofundada sobre currículo não faz parte do objetivo desta pesquisa.

O sistema de ensino é visto por Bourdieu como empreendimento da cultura de classes. Ele sustentou que a cultura escolar, dominada pela cultura burguesa através dos códigos comportamentais, linguísticos e intelectuais, reproduz as ilusões (*illusio*) necessárias ao funcionamento e à manutenção do sistema: as crenças compartilhadas em um campo (...) a família, a escola, o meio, não só reproduzem as desigualdades sociais, como legitimam inconscientemente esta reprodução. São aparelhos de dominação (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 38).

Ainda sobre o IDEPE e a qualidade do ensino, a concepção de qualidade educacional com base em resultados puramente quantitativos é válida, mas não pode ser monolítica. Falar em *qualidade* - termo polissêmico e abrangente – requer do fazedor de política educacional o entendimento sobre diferentes formas de educação e diferentes concepções de mundo. Estas formas e concepções, por si só, prismatizam o que é qualidade, apriorizam os sujeitos e contextos envolvidos na discussão e não precisam ser antagônicas, devendo coexistir. Portanto, dar ao educando e aos atores escolares subsídios para tematizarem a saúde ampla, expandir seus conhecimentos sobre a temática e aplicar estes conhecimentos na prática parece ser elemento importante para a construção de uma educação de qualidade. Entretanto, e como averiguado, a política educacional específica e disponível, publicamente financiada e epistemologicamente pertinente, em geral fica alijada do processo educacional formal nas escolas da rede pública estadual de ensino de Pernambuco.

Além da falta de ações do PSE nas escolas pesquisadas, outra possível explicação para o desconhecimento apontado pelas respostas dos gestores sobre o PSE é a natureza de suas formações enquanto tal (PROGEPE) e as cobranças e diretrizes a que são submetidos. No conteúdo programático do PROGEPE não há módulo de conhecimentos que trate da concepção de saúde ou de alguma temática que se aproxime desta discussão, mesmo do ponto de vista dos aparatos educacionais legais voltados à temática.

Verger (2015) aponta a profissionalização dos gestores, assim como a ênfase no controle dos resultados de avaliações de larga escala, como princípios da NGP na educação. Sobre isso, a profissionalização das gestões embebida na formação mercantilista é algo preocupante, uma vez que pode desencadear a ruptura entre a escola e o anseio social, com o cenário legitimando a desarticulação entre as políticas educacionais – sobretudo as menos tradicionais - e a formação escolar humanista e humanizante. Segundo Bourdieu (2003) as opiniões pessoais são viciadas pela *doxa*²⁷ do campo e as variáveis representativas das funções e das posições nos campos estão relacionadas. Isso pode explicar o fato de um dos professores ter dito que não conhece o

²⁷ Doxa: opinião consensual. Termo quase indiscutível e integrante do campo.

PSE, mas ter relatado ações que aconteceram na escola e que geralmente estão ligadas a ao programa.

Quando as respostas de gestores e professores são quantificadas de forma única, cerca de 87% dos profissionais entrevistados afirmaram nunca ter participado de nenhum momento formativo (seja em rede ou em serviço) sobre EES. O cenário é preocupante, pois como destacou Freire (1996, p. 18) na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática (FREIRE, 1996, p. 18).

Aliado a isso, parece que os interesses políticos são decisivos para a falha na efetividade ou até mesmo na implementação de algumas políticas públicas, como no caso do PSE, uma vez que existe um cenário de disputa de poder envolvendo a prática do PSE.

5.3 O desafio da intersectorialidade “Saúde” x “Educação” e o poder fragmentador.

De acordo com o que já foi discutido anteriormente, tanto o planejamento, quanto a execução e a avaliação das ações do PSE devem ser realizadas por um grupo de trabalho composto por representantes da secretaria de educação e da secretaria de saúde dos municípios. Não obstante, no contato informal com a coordenadoria estadual do PSE e no contato formal com as duas municipais que interagiram com a pesquisa (apenas a de Recife concluiu o processo de entrevista) - somados à leitura dos Planos Estaduais de Educação e de Saúde de Pernambuco e a outros exemplos práticos já citados (BRASIL, 2007; MACIEL et al., 2010; ALVES et al., 2020) - ficou claro que o programa está essencialmente ligado às respectivas secretarias de saúde e que, caso haja algum profissional das respectivas secretarias de educação participando do planejamento das ações, essa participação não aparece na prática. Esse panorama demonstra que há discrepância entre o que preconiza o texto do programa (e seus desdobramentos) com a realidade do estado de Pernambuco em seus municípios. Desdiz a “essencialidade” trazida no documento orientador publicado em 2022 pelo Ministério da Saúde. Além disso, subentende-se que os profissionais responsáveis ainda concebem a “saúde” com um conceito puramente biológico e a escola como um *locus* suplementar. Nessas condições a teleologia do PSE, então, fica sob xeque.

A Educação em Saúde seria, então, um capital ou um interesse posto em jogo de maneira fragilizada.

O campo é caracterizado pelas relações de força resultantes das lutas internas e pelas estratégias em uso. Sejam estratégias defensivas ou subversivas. Mas, também, pelas pressões externas. Os campos se interpenetram, se inter-relacionam. Por exemplo, o

campo escolar e o campo social são distintos, mas não independentes (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 40).

Para analisar a aparente relação de poder entre as pastas estaduais e municipais de “saúde” e de “educação” serão emulados os pensamentos de Max Weber e Norbert Elias, entendendo que estes estudiosos contribuíram para a análise das relações de poder e das estruturas sociais que moldam a vida das pessoas, além, claro, de suas preocupações com o estudo da educação, suas críticas - cada um de seu modo - ao positivismo e com o entendimento (no caso específico do último) sobre a importância da política nesse processo. A influência do estudo dos campos de Pierre Bourdieu, transitando entre o subjetivismo e o estruturalismo²⁸ – concepções básicas encontradas no estudo de um sistema educacional - também aparece nessa elucubração, entendendo a relação de poder inserida dentro de um cenário de interações, enraizamentos e dinamismo.

Sobre o pertencimento da “saúde” apenas às secretarias de saúde e a aparente não partilha do planejamento, da execução e da avaliação do PSE com as secretarias de educação, tem-se claramente uma condição de força e poder em jogo. Com foco nisso:

É muito comum esta necessidade de nos excluirmos (ou de excluirmos o nosso grupo) de uma explicação em termos de representações formadas com base noutras pessoas. É mesmo uma das manifestações de um egocentrismo ingênuo ou (o que é quase a mesma coisa) de um antropomorfismo primário, que ainda enforma o nosso pensamento e o nosso discurso no que diz respeito aos processos sociais (ELIAS, 1980, p. 18).

Em soma, para além das relações de poder, o termo “estrutura historicizada” pode se encaixar no organograma gerencial do programa e de sua relação com a educação intencional e não intencional. As estruturas são compostas por um conjunto de relações históricas, produto e produtora de ações, que é condicionada e é condicionante. Os agentes, presentes nas estruturas, compõem o “mundo inteligente”, mas que só assim o é porque é pensado a partir das estruturas. Um trabalhador não pode improvisar livremente, ele é sujeito da estrutura estruturada do campo, mas, dentro de limites, de restrições aceitas, a sua conduta, criação e a improvisação são livres (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 32).

Nessa discussão sobre a relação entre “educação” e “saúde” o problema apontado em sua história é atual. Ainda hoje se fazem tentativas de reduzir a estrutura dos processos sociais à biologia (ELIAS, 1980, p. 48). Diante das dificuldades de cobertura do PSE às escolas da rede

²⁸ Entendendo a educação formal numa concepção de saberes, experiências, intenções, objetivos, mas também organizada sob estrutura administrativo-pedagógica pré-definida.

pública estadual de ensino e da tematização do conceito de saúde com os profissionais componentes da escola, é lastimável que essa unilateralidade seja tão incidente. Contudo, e de certo modo, esse cenário é entendível. Todo campo vive o conflito entre os agentes que o dominam e os demais, isto é, entre os agentes que monopolizam o capital específico do campo, pela via da violência simbólica (autoridade) contra os agentes com pretensão à dominação (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 37). No interior do campo dá-se uma dinâmica de concorrência e dominação, derivada das estratégias de conservação ou subversão das estruturas sociais. Ao longo do tempo o conceito de “saúde” sempre esteve fortemente atrelado ao biologicismo e aos fatores puramente corpóreos (SOUZA; MENEZES, 2020, p. 215).

Dessa forma, os resquícios dessa trajetória ainda constituem um núcleo duro e são perpetuados até pelos agentes fazedores e executores das políticas educacionais. Sobre isso, Elias (1994) pondera que na formação de aspectos do comportamento em sociedade as motivações sociais e a adaptação do comportamento aos modelos vigentes foram os motivos mais importantes.

Bourdieu também trata dessa estrutura sólida dentro do estudo do campo, como mostra o trecho a seguir:

A estrutura do campo é um estado da relação de força entre os agentes ou as instituições envolvidas na luta ou, se se preferir, da distribuição do capital específico que, acumulado no decorrer das lutas anteriores, orienta as estratégias posteriores. (...) falar de capital específico é dizer que o capital vale em relação com um certo campo, e que não é convertível numa outra espécie de capital a não ser em certas condições (BOURDIEU, 2003, p. 120).

Então, entender a evolução das políticas sociais (em específico as de saúde e educação) implica em entender que esta evolução requer mudanças de estado de equilíbrio do poder, partindo no sentido da “saúde” para a “educação”, construindo heterodoxias²⁹, considerando que a pasta de saúde sempre foi detentora do poder decisório sobre o conceito de saúde. Segundo Elias (1980), na sua ideia de “jogo”, quem tem uma proporção de poder mais elevado e pode orientar as atividades do outro grupo pode disfuncionalizá-lo. “Assim, o modelo do jogo corresponderá provavelmente às ideias de um maior número de pessoas sobre o modo como se poderão explicar os acontecimentos sociais” (ELIAS, 1980, p. 102). No caso do planejamento e avaliação do PSE, cabe citar a estrutura de interrelações de muitas pessoas a um só nível, denominada por Elias como “processos de interpenetração com regras”. A evolução social, por conseguinte, “implica uma mudança parcialmente autorregulada numa configuração de pessoas

²⁹ Ideia diferente da crença oficial, que leve à quebra do que comumente se acha o correto.

interdependentes, parcialmente auto-organizada e auto reprodutora, tendendo todo o processo para uma direção” (ELIAS, 1980, p. 161).

Além do poder, uma intersecção na relação entre as sociedades e entre os indivíduos – elemento comum - é a função dos agentes, esta entendida como um conceito de relação. O poder do outro causa temor, é suspeito - pois pode ser usado em benefício próprio – e pode ser imoral, pois pode possibilitar a tomada de decisão autônoma por outra pessoa. Pessoas ou grupos que desempenham funções recíprocas exercem uma coerção mútua. Hoje em dia, as tensões e os conflitos construídos deste modo são característicos das funções interdependentes de trabalhadores. (ELIAS, 1980, p. 85). A analogia de Elias, comparando as relações sociais às teias de interdependência das jogadas individuais dos jogadores durante um jogo, parece encaixável no conceito de *players* que constitui a análise das políticas públicas e à relação entre as instâncias igualitariamente responsáveis pelo PSE. Como o jogo de poder é inter-influenciável? Como, ao mesmo tempo, há busca pelo “poder” decisório e de persuasão? Como isso interfere na prática da política? Essas são questões elementares no entendimento da dinâmica posta.

Há situações extremas em que a organização da sociedade funciona tão mal, e as tensões nela se tornam tão fortes, que grande parte das pessoas e classes que nela vivem “não se importa mais”. Nessa situação, o lado negativo das relações ambivalentes, a oposição de interesses, pode dominar a tal ponto o lado positivo, ou seja, a comunidade de interesses que surge da interdependência de funções, que ocorrem violentas descargas de tensões, bruscas mudanças no centro de gravidade social e a reorganização da sociedade numa base social modificada (ELIAS, 1983, p. 141).

Desta feita, numa visão mais ampla, urge também a necessidade de que os profissionais de educação tomem a iniciativa na busca pelo poder decisório, implementativo e avaliador no PSE. Tomem ciência de suas responsabilidades dentro da dinâmica do programa e convirjam suas trajetórias para dentro delas. Afinal, como comentam Nanni e Santos Filho (2016) o poder é um jogo de forças antagônicas em que, apesar de uma dominação eventual por parte de uma delas, existe uma margem de liberdade e de possibilidade de ação para as demais. Indo além, os interesses específicos de um campo não são percebidos por alguém que não tenha sido construído para entrar nesse campo. Cada categoria de interesses implica indiferença perante outros interesses (BOURDIEU, 2003, p. 120). Portanto a aproximação e apropriação desse grupo passa pela mudança no *Habitus*. O *Habitus* do indivíduo é um capital de técnicas, de referências, um conjunto de “crenças”. É um sistema de disposições, modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar, que nos levam a agir de determinada forma em uma circunstância

dada. Constitui a maneira de perceber, julgar e valorizar o mundo e conforma a nossa forma de agir, corporal e materialmente (BOURDIEU, 2003, p. 120; THIRY-CHERQUES, 2006, p. 32).

Todo esse cenário discutido é dissonante dos modelos internacionais de Educação em Saúde na escola. Seja no modelo de “Escola Promotora de Saúde” (UNESCO/OMS), na incorporação de componente curricular específico no ensino médio (Nova Zelândia) ou mesmo nos modelos de parcerias internacionais de mobilidade/conhecimento/aprendizagem, por exemplo, nota-se o envolvimento direto dos órgãos ligados à pasta de educação dos países no planejamento e implementação das ações de Educação em Saúde nas escolas envolvidas.

5.4 A Educação em Saúde dentro do fazer escolar

Uma vez instituída a lacuna deixada pela ausência (termo talvez mais adequado do que a própria inefetividade) do Programa Saúde na Escola nas escolas pesquisadas e até na rede pública estadual de educação, cabe aos profissionais e alunos da comunidade escolar agir nessa direção. Essa gama de ações também constitui uma relação de poder específica, engembrada pelo fazer gestor, docente e discente frente às dificuldades estruturais, formativas e pela dinâmica do fazer escolar. Bourdieu (2003, p. 120) afirma que todas as pessoas (agentes) que estão cometidas num campo têm em comum um certo número de interesses fundamentais, uma cumplicidade objetiva. Elas ocupam posições e são capazes de perfazer disposições. Essa relação de poderes entre o que emana das políticas educacionais e o que é produzido dentro das escolas sobre Educação em Saúde emula o que Weber (1983) chamou de *dominação legal*³⁰, quando trata-se diretamente do PSE; e de *dominação tradicional estamental*³¹, se levarmos em conta que o professor tematiza pedagogicamente (e por função) elementos tratantes da Educação em Saúde nas suas aulas.

Nessa diretriz, afunilando para dentro da escola, a concepção de poder na obra de Freire torna-se pertinente, uma vez que vem acompanhada do estudo da desumanização e da dominação. Sabendo disso, a concepção Freireana traz o poder posto na educação não como algo negociável, mas sim como algo combatível, visto que numa educação humanizante não deve haver em nenhum recorte de tempo o “opressor” e o “oprimido”, não sobrando espaço para outra coisa senão o companheirismo, a partilha e a solidariedade (BATISTA, 1998).

Assim, as relações entre e interprofissionais e alunos na escola podem se dar dentro de um campo específico: o da própria escola, este constituído por forças e lutas. As relações dentro

³⁰ Aqui traduzindo o poder burocrático.

³¹ Traduzida pela relativa liberdade frente ao comando do processo.

da escola, por se configurar num campo, possuem propriedades específicas e podem ser analisadas independentemente dos indivíduos que as compõem, embora estes interfiram, em parte, nas características do referido campo (BOURDIEU, 2003, p. 119). Estes (os campos) são constituídos de posições sociais e essas posições não são definidas pelos sujeitos que as ocupam, mas sim o contrário. Assim, imaginando a Educação em Saúde como um campo específico dentro das políticas públicas e da própria escola, fica mais fácil de entender, à luz da concepção de campo social de Bourdieu, porque a dinâmica social acontece dentro dele. Essa concepção alimentou a ideia de pesquisar com os três grupos de agentes.

Esse estudo verificou que a comunidade escolar não ficou alheia às necessidades de EES e os agentes educacionais entrevistados tiveram participação direta nisso. Este fato é importante e por si só já constitui uma prova de educação crítica, que neste caso tenta suprir, por consequência do pensamento crítico, as lacunas deixadas pela ausência do poder público. Essa proatividade faz parte da “natureza ontológica” do educador, citada por Freire (1996). Esse processo de substituição ou de compensação também é natural, afinal a educação, segundo o mesmo autor, é política por essência. Por outro lado, o alto índice de desconhecimento sobre o PSE gera um esforço desproporcional ao que já está disponível a estas pessoas, com base em seus direitos profissionais e pessoais enquanto agentes do fazer escolar.

É importante destacar que na pesquisa estiveram inclusas escolas com perfis diferentes: oito escolas de referência (EREM), quatro escolas técnicas (ETE), dois colégios de aplicação e um colégio militar. Cada um desses modelos de escola possui suas particularidades, como denotam as falas de dois gestores:

Hoje eu identifico como uma demanda de Educação em Saúde na escola o trabalho multidisciplinar em saúde. Como aqui é escola técnica, a saúde também deve estar atrelada aos cursos técnicos, não só à base comum. Dentro da escola tudo tem que ser trabalhado em cada disciplina. (G 7)

Somos uma escola de cunho específico e diante do que se for tratado nós temos áreas específicas para que sejam trabalhadas essas situações. [...] não precisa que os pais tragam as demandas em relação à saúde para o colégio, mas o colégio está aberto também para que os pais venham e falem sobre essa questão de saúde dos filhos e diante de todas essas informações trataremos da melhor maneira possível dentro do setor específico. (G 14)

Por serem de modelos diversos, o fato de nenhuma das escolas pesquisadas ter recebido ações do PSE para o biênio 2021/2022 mostra que realmente a lacuna tende a ser manifestada na rede pública estadual de ensino como um todo, independentemente de qual for a proposta essencial da escola. Pode-se dizer, assim, que o modelo escolar não é uma variável que

determina a presença, ou não, do PSE no local, confirmando a lógica relatada nos estudos de Casassus (DESTAQUE EDITORIAL DOS CADERNOS DE PESQUISA, 2003). Esse cenário, além de preocupante, ainda vai na contramão da própria orientação interministerial ao abordar a relação entre o PSE e o projeto pedagógico da escola como simbiótica.

Sobre a concepção de Educação em Saúde nota-se nos itens e na organização do dendrograma (figura 5) a concepção subjetiva e biológica da Educação em Saúde, não aparecendo a ideia de atrelamento entre a EES e o processo formal de ensino e aprendizagem.

Afunilando a análise das respostas, sublima-se o perfil das classes (subcategorias). As classes 4 e 3 foram aproximadas de forma acentuada, denotando proximidade contextual em torno de discursos sobre trabalho e profissão, constituindo um único *sub-corpora*³². As classes 1, 2, 5, 6 e 7 constituíram o outro *sub-corpora*, com as classes 1 e 7 aproximando-se em torno das concepções gerais e específicas, as classes 5 e 6 aproximando-se em torno dos atores e ações e a classe 2 “dialogando” com essas aproximações ao abordar os elementos gerais apontados pelos sujeitos sobre a Educação em Saúde. Essa organização indica que os grupos têm uma forma estruturada de concepção da EES levando em conta a relação entre quais são as ações envolvidas, quem está envolvido e qual a relação entre esses dois componentes e a motivação social individual e coletiva.

Nos dados expressos na figura 6 nota-se uma preocupação em especial com a saúde mental dos componentes da comunidade escolar e a importância de algumas disciplinas curriculares como estratégia metodológica para incorporar as questões de EES no fazer pedagógico (a importância do trato sobre a saúde mental vai aparecer fortemente nas outras falas dos entrevistados). Entendendo ser essa uma demanda inerente ao processo educacional e que foi potencializada pelo período de ensino remoto forçado pela pandemia do novo Coronavírus, insta na comunidade escolar a necessidade de readequação e atualização do fazer escolar, ideia que coaduna com a concepção de Freire (1996), de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

Ainda sobre as duas primeiras questões gerais chama a atenção a ausência de narrativas com elementos ligados à religiosidade, gênero ou preconceitos, temáticas tão populares entre os atores escolares. Embora não haja, nesse estudo, explicação para essas ausências, a laicidade dos depoimentos pode ser um importante ponto de observação, por exemplo, para desprover de amarras infundadas a discussão sobre Educação em Saúde nas escolas. Esse cenário emula o “individualismo metodológico” Weberiano, partindo da premissa de que as estruturas sociais

³² Conjunto de classes para análise ou classe única. O que determina um sub-corpora é o resultado da primeira partição a partir da análise do corpus textual completo.

são explicadas a partir do sentido conferido pelos indivíduos ao seu comportamento, tendo como base a racionalização e a evolução social ancoradas no “desencantamento do mundo” (SELL, 2002, p. 208).

Sabendo sobre a concepção de Educação em Saúde relatada pelos entrevistados e a natureza das ações de EES realizadas, pode-se realizar um paralelo dessas informações com as naturezas de ações indicadas como prioritárias ao PSE (tabela 1). Os relatos dos entrevistados indicam que houve ações no campo da “Saúde Ambiental”, “Alimentação Saudável”, “Promoção da Atividade Física”, “Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção das IST/HIV”, “Prevenção à COVID-19” e à iniciativa “Crescer Saudável”, esta que foi incorporada às ações do PSE para o biênio. Todas elas (as ações citadas) no modelo chamado de “Educação para a saúde”.

Para outras oito linhas de ações – algumas delas essencialmente subjetivas - não foi possível verificar a contemplação de ações, como por exemplo em “Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras drogas”, “Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos” e “Prevenção de Violências e Acidentes”. Aqui percebe-se que as ações da própria escola acabam preenchendo de fato algumas das lacunas causadas pela ausência das ações do PSE nas escolas pesquisadas. Em paralelo, os campos de ação com natureza mais técnico-biológica, como “Verificação de Situação Vacinal”, “Saúde Bucal”, “Saúde Auditiva”, “Saúde Ocular” e “Prevenção de Doenças Negligenciadas” são realmente necessitantes de profissionais específicos e que geralmente não fazem parte do corpo profissional da escola. A falta dessas ações e da presença desses profissionais foi indicada pela fala de alguns entrevistados.

Dentro das possibilidades de ação da escola, o nível de autonomia acaba ganhando contornos importantes. Em cima disso, quando questionados sobre a autonomia escolar para realização de ações de EES, cerca de 74% dos gestores apontaram autonomia total e 26% autonomia parcial. As parcerias com pessoas de fora de escola e os projetos idealizados e conduzidos pelos docentes foram as estratégias mais apontadas pelos gestores que falaram em autonomia total. O depoimento da gestora da escola 11 fala sobre a relação entre o que se pode e o que se tem que fazer:

Nós estamos trazendo profissionais para falar sobre saúde bucal, saúde mental. Pagamos uma profissional de psicologia que vem à escola uma vez por semana para atender aos alunos. Economizamos e estamos contando com essa profissional. A forma de gerenciamento dos recursos da escola dificulta esse tipo de ação, mas achamos muito necessário e conseguimos. (G 11)

Para aqueles que falaram em autonomia parcial fica perceptivo em suas falas o cuidado em não quebrar o respeito hierárquico aos rumos educacionais apontados pelas respectivas GRE's, como apontam o gestor da escola 7 “A escola tem autonomia de repassar informações. Eu não acho que a escola tem total autonomia, não. Temos autonomia informativa” (G 7) e o gestor da escola 12:

Todo diretor tem uma autonomia relativa. [...] Não temos autonomia total, mas geralmente a gente tem uma certa autonomia para fazer no projeto político pedagógico o que é importante em qualquer área, como na área da saúde, por exemplo. (G 12)

Para um dos gestores o apoio às ações de EES só vem depois de implementadas e avaliadas pelo julgo da comunidade escolar “Aqui podemos desenvolver os projetos. Se é algo que é bom nós recebemos apoio”. (G 9). Em complemento, a fala da gestora da escola 14 chama a atenção para a evidenciação de uma lógica dicotômica, delimitando a Educação em Saúde: “Essas (ações) de caráter mais subjetivo a gente tem autonomia sim para realizar”. (G 14)

A respeito disso, a sensação de autonomia interna é contributiva para o performar escolar em ações de EES. Em soma, não é um problema em caracterizar as ações de EES como subjetivas, desde que isso não signifique diminuição de importância pedagógica. Inclusive vale ressaltar que a subjetividade da EES é o que a caracteriza como crítica. Aqui calha destacar, mais uma vez, a ausência não só das ações formais do PSE nas escolas pesquisadas, mas, sobretudo, de narrativas dos entrevistados sobre a relação delas (ações) e o aprendizado formal durante o curso dos componentes curriculares propedêuticos, relação esta evidenciada pela literatura.

No momento em que os entrevistados foram interpelados sobre qual a maior demanda (figura 7) em EES na escola atualmente, as falas dos gestores, professores e alunos apontaram fortemente para o trato da saúde mental das pessoas que fazem a escola. Esse apontamento salta fortemente às discussões sobre EES porque os entrevistados já haviam apontado que existem ações de entendimento e trato da temática acontecendo e mesmo assim elegeram a temática como a de maior demanda dentro da escola. Isto posto, fica evidente que as escolas, enquanto *locus* de aplicação do modelo educacional vigente, não são ambientes saudáveis para as pessoas e, ao mesmo tempo, não estão tematizando o assunto com a profundidade e em quantidade necessárias, como relatam os professores das escolas 13 e 14: “[...] A demanda de ansiedade e depressão para os estudantes. A escola fez palestras, temos profissionais psicopedagogos para conversar com os alunos e as famílias, mas é pouco.” (P 13). “Há uma demanda, principalmente para os alunos. A questão psicológica é urgente. Essa parceria precisa ser urgente. Os jovens

precisam de tratamento. Antes já visualizávamos isso e agora muito mais.” (P 14). Análise mais detalhada sobre esse cenário será feita mais à frente, em parte específica.

Uma vez questionados sobre suas percepções entre a relação da Educação em Saúde com as políticas públicas e as ações que partem da própria escola, gestores e professores foram unânimes em afirmar que as políticas públicas são importantes para dar base, dar subsídio e apoiar as ações, que essa parceria é importante e que existe uma lacuna nesse apoio (figura 8 e figura 12). Ainda assim, segundo os entrevistados, as escolas nunca deixaram de agir na temática. Acerca dessa relação, Stephen Ball, em entrevista concedida para Mainardes e Marcondes (2009), descreveu como natural que a comunidade escolar supra a carência de ações estatais sobre a Educação em Saúde, sendo ela (a comunidade) protagonista e proativa.

Seguindo o azimuth anterior, além das parcerias e projetos já mencionados, algumas disciplinas se destacam no trato da EES, segundo a fala dos alunos. Os resultados apontaram a “educação física”, “química”, “biologia” e “projeto de vida” como as mais lembradas. Nesse cenário nota-se uma visão biologicista da temática (com perfil dicotomizante corpo-mente) (SOUZA, MENEZES, 2020), indicando necessidade de superação desse paradigma, entendendo que “o físico, também, está indissolivelmente ligado ao que denominamos de *psíquico*, modelando-se de forma variada no curso da história de acordo com cadeias de dependências que se estendem ao longo de toda a vida humana” (ELIAS, 1983, p. 215). E para mais da necessidade do fim do entendimento corporal dicotômico, a noção biologicista da EES configura-se como legado falho ao egresso das escolas.

Talvez o que ajude a explicar o perfil tratado no parágrafo anterior sejam as próprias disciplinas que os professores entrevistados ministram.

Tabela 6: dados gerais dos professores entrevistados.

ESCOLA	IDADE (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO NA DOCÊNCIA (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO NA REDE ESTADUAL (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO NA ESCOLA ATUAL (ANOS)	DISCIPLINA(S) QUE LECIONA	NÍVEL DE FORMAÇÃO
1	30	12	02	02	BIOLOGIA e QUÍMICA	MESTRADO
2	24	01	01	01	BIOLOGIA e QUÍMICA	GRADUAÇÃO
3	59	30	30	08	QUÍMICA	ESPECIALIZAÇÃO
4	40	20	17	11	LINGUA PORTUGUESA e MET. CIENTÍFICA	ESPECIALIZAÇÃO
5	27	09	04	02	BIOLOGIA	ESPECIALIZAÇÃO
6	27	02	01	01	QUÍMICA e BIOLOGIA	GRADUAÇÃO
7	45	20	20	06	BIOLOGIA	ESPECIALIZAÇÃO
8	40	15	15	15	LINGUA INGLESA E ELETIVA SOBRE EMOÇÕES	ESPECIALIZAÇÃO
9	52	23	23	23	BIOLOGIA	DOUTORADO
10	47	15	15	07	LÍNGUA PORTUGUESA	ESPECIALIZAÇÃO
11	36	05	05	05	DISCIPLINAS DA BASE TÉCNICA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	ESPECIALIZAÇÃO
12	40	14	14	03	EDUCAÇÃO FÍSICA	ESPECIALIZAÇÃO
13	39	10	10	10	EDUCAÇÃO FÍSICA	MESTRADO
14	46	03	03	03	ARTE	ESPECIALIZAÇÃO
15	37	05	04	01	BIOLOGIA	ESPECIALIZAÇÃO

Fonte: o autor (2023).

De acordo com as características listadas na tabela 6, dos 15 professores indicados pelo grupo docente, sete ministravam a disciplina de biologia, três ministravam química, dois ministravam educação física, dois ministravam eletivas sobre emoções, dois ministravam língua portuguesa e um ministrava a disciplina de arte. Esse perfil indica que o próprio grupo de professores, ao indicar tais colegas, parece entender a Educação em Saúde como algo essencialmente biológico ou bioquímico e isso pode ter influenciado na abordagem dos conteúdos durante as aulas.

Pari passu, nos relatos discentes também se nota a preocupação com o futuro, posto que a disciplina “projeto de vida” trata essencialmente da “Educação para Valores”, abordando o planejamento real para que os alunos alcancem seus objetivos de vida (PERNAMBUCO, 2023). O fato de dois professores ministrarem disciplinas com foco nas emoções valida esse cenário. Arte e educação física aparecem por sua ligação com o corpo, de acordo com a concepção dos discentes sobre Educação em Saúde, reforçando, inclusive, os achados de Manta et al. (2022).

Aqui cabe uma tratativa sobre a demanda de conhecimento corporal apontada pelos alunos para a questão sobre demandas a serem abordadas (tabela 4). Nota-se a necessidade de

mais momentos e de aprofundamento na temática, segundo os entrevistados. Contudo, levando-se em conta o modelo educacional trazido pela NGP - este permeado pela competitividade - emerge a preocupação com o viés utilizado para suprir a necessidade apontada. Em geral, as práticas vinculadas ao conhecimento de si passaram a ter aceitação e importância ao se incorporarem a diferentes esferas da vida social e fazerem delas espaços de aprendizagem e, dos indivíduos, aprendizes permanentes (MARÍN-DÍAZ; NOGUERA-RAMÍREZ, 2015), mas embutidas, ainda segundo os autores, no *governo*³³ predito por Foucault.

Todas as temáticas apontadas podem se enquadrar, mais uma vez, na visão biologicista da EES, com exceção da fala da aluna da escola 9, que afirmou sentir falta de maior atrelamento entre a matemática e a EES: “Matemática, matemática que tenha a ver com a Educação em Saúde, com a ação do pessoal da saúde. Isso aqui eu não vejo.” (A 9). Embora, na fala dela, ainda se perceba uma separação entre quem deve ser o agente que trata da saúde na escola, põe-se a postos um pensamento crítico pouquíssimo abordado por todos os entrevistados: a relação entre as ciências exatas e o conceito amplo de saúde, encaramento proposto há tempo por estudo basal de Guy (1976). Nessa lógica, imbuída de reforços didáticos desde a fase tenra da escolarização, vê-se a educação que trata da saúde como uma trilha de ratificação da biologia, mas ao mesmo tempo de objetificação dela e do próprio corpo, o que Foucault (1999) chamou de “docilidade”. É dócil um corpo que pode ser submetido, utilizado, transformado (FOUCAULT, 1999).

Os alunos também foram questionados sobre quais conteúdos de Educação em Saúde eles conseguiram aprender e apreender para serem aplicados no seu dia a dia. Sobre essa temática em específico é necessário trazer o depoimento dos(as) 11 alunos(as) para se ter um panorama fiel ao que eles(as) apontaram, materializando o mais importante resultado da educação formal: mudar a vida das pessoas na prática. É a educação crítica produzindo a educação crítica em saúde.

Alguns relatos tratam especificamente sobre doenças ou algo relativo: “Higiene e sobre questões psicológicas. Sempre acontece alguma coisa com uma menina que a gente precisa prestar um apoio, citar as coisas que o nosso professor já falou sobre para tentar ajudar essa pessoa.” (A 1). “Quando a gente estava no primeiro ano, a gente teve nosso projeto sobre a dengue e eu só lembrei de olhar minha casa por causa desse projeto e tinha pontos para proliferação do mosquito.” (A 3). “Acredito que sim, principalmente os relacionados a doenças. A gente estuda muito sobre doenças, como não se contaminar, como cuidar das coisas. Esse foi

³³ Ideia da existência de uma naturalidade no indivíduo, expressa na capacidade de agenciamento de si, em seus interesses e em sua liberdade. Está imbricada biopoliticamente ao princípio da inteligibilidade liberal.

o principal tópico que eu acho que eu consigo levar para minha vida e usar de forma útil.” (A 4)

Outros tratam sobre alimentação e nível de atividade física: “Principalmente alimentação. [...] A prática da educação física também. Eu, super sedentária, acabei acordando para alguns problemas que eu vi que era culpa minha.” (A 7). “Tem uma eletiva que trabalhava diretamente com o professor de educação física e de biologia e nela a gente sempre via qual a função da educação física hoje em dia, sobre não ficar parado.” (A 12).

A questão de alimentos, por exemplo. Vi coisas que eu não sabia sobre os rótulos nas embalagens. Exemplos de alimentos que eu consumia e que não são tão bons. Aprendi que tem algumas coisas na embalagem que eu posso dar uma olhadinha e ver que não é tão legal para mim. (A 5)

Talvez a questão de alimentação. Estamos aprendendo sobre nutrição. Nós fizemos uma tabela em relação à quantidade de água que nós ingerimos e a quantidade que a gente deveria ingerir. A quantidade de calorias diárias que a gente ingere e quanto a gente necessita. (A 6)

Enquanto outros abordam as questões sociais: “Eu já fui ajudada aqui na escola com os problemas de casa que a gente traz. Aí aconteceu de ficar mal e as outras pessoas me ajudaram, tanto os profissionais como os amigos. Então, depois disso, sempre procuro ajudar meus amigos.” (A 8). “Primordialmente, com a ajuda dos professores, passei a aplicar mais coisas sobre motivação na minha vida.” (A 10).

A questão de educação emocional, melhorando o entendimento de como a gente pode lidar com os aspectos que interferem na saúde mental, como ansiedade e depressão. Também tem a questão da educação física, me fez quebrar um pouco o sedentarismo e passar a praticar atividades físicas em casa, acordar mais cedo, fazer uma caminhada, ter hábitos mais saudáveis. Eu pude perceber que os hábitos mais saudáveis poderiam influenciar muito na minha vida, no meu desenvolvimento estudantil e pessoal. (A 2)

Houve ainda quem não relatou apontamento direto das ações realizadas no seu cotidiano: “Eu realmente não consigo dizer algo sobre essa questão.” (A 9).

Nota-se nos relatos a aplicação prática (ou até mesmo a constatação de não haver uma) dos conteúdos classificados pelos alunos como pertencentes à Educação em Saúde. Sobre os relatos, os alunos quase sempre apontaram a si próprios como agentes de transformação de suas vidas ou da vida de outras pessoas. Isso é a manifestação da educação crítica. Na concepção Freireana, a educação seria o processo pelo qual as pessoas vão se completando durante toda a vida, na busca de serem mais humanas. Essa incompletude é natural e nunca será totalmente preenchida. Contudo, um processo educativo que leve as pessoas a avançarem da ingenuidade

à criticidade é o caminho correto para o pensamento educativo. Por isso, a educação crítica em saúde acaba sendo, de forma indireta, uma temática tratada por Freire em seus escritos e ações, uma vez que a concepção ampla do que é saúde e de suas repercussões na vida das pessoas acaba materializando o conhecimento enquanto relação dos seres humanos entre si e com o mundo.

A associação entre o que o aluno “vê” na aula e como ele pode aplicar isso na sua vida concorda com o modelo de construção do conhecimento proposto por Freire (2016), quando sopesa que a construção ou a produção do conhecimento do objeto implica o exercício da curiosidade, a capacidade crítica de tomar distância do objeto, de observá-lo, de delimitá-lo, de cercar o objeto ou fazer a aproximação metódica, ter capacidade de perguntar ou de comparar. Como disse Freire (1996) percebe-se, assim, a importância do papel do educador, de não só ensinar os conteúdos, mas também de ensinar a pensar certo. As palestras sobre as questões de saúde que assolam a comunidade escolar e as conversas em ações de discussão coletiva praticam a dialogicidade e a aproximação do contexto de vida dos estudantes, características essenciais à trilha educacional proposta pela obra Freireana. Somente o diálogo é capaz de gerar o pensamento crítico.

No debate que se instala percebe-se que a figura do professor aparece como catalisadora da educação crítica em saúde, concordando com o destaque feito por Leonello e L’abbate (2006). Estaria no professor o papel de, em sua prática docente, tematizar as situações, ser o marco figurativo, tentando suprir a lacuna deixada pelo poder público e pelo próprio alijamento da educação crítica em saúde dos rumos escolares. Freire (1997) pondera que quanto mais criticamente se exerça a capacidade de aprender tanto mais se constrói e desenvolve a “curiosidade epistemológica”, sem a qual não alcançamos o conhecimento cabal do objeto. É passar da ingenuidade à criticidade. É por isso que, ainda segundo o autor, transformar a experiência pedagógica em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador.

Sobre o inconformismo dos profissionais que estão na escola frente às lacunas não preenchidas pelo poder público, é necessário exaltar a quebra do conformismo e do determinismo, fugindo do que Freire (1996) descreveu como:

Um estado refinado de estranheza, de autodemissão (*sic*) da mente, do corpo consciente, de conformismo do indivíduo, de acomodação diante de situações consideradas fatalistamente como imutáveis. É a posição de quem encara os fatos como consumados, como algo que se deu como tinha que se dar da forma como se deu, é a posição, por isso mesmo, de quem entende e vive a História como determinismo e não como possibilidade. (FREIRE, 1996, p. 43)

Segundo o autor, é na educação que o homem se realiza, se torna humano. No fundo, o essencial na relação entre educador e educando, entre autoridade e liberdades, entre pais, mães, filhos e filhas é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia (FREIRE, 1996, p. 37). Até porque, a ação dos professores muda o mundo dos alunos. E alguns destes próprios alunos serão os professores, gestores e os agentes fazedores de política pública do futuro. Essa relação de tempo se transforma também numa relação de causa-efeito, ao mostrar para os indivíduos em formação escolar que eles têm algo em que agir e transformar. “A ação dos seres humanos sobre o mundo não só muda o mundo, muda também os sujeitos desta ação” (BARRETO, 1998, p. 54). As pessoas são agentes e não objetos nesse processo e, enquanto tal, constroem e ajudam o outro a construir seus saberes, numa atitude fenomenológica³⁴. “O que eu sei, sei com meu corpo inteiro: com minha mente crítica, mas também com meus sentimentos, com minhas intuições, com minhas emoções. O que eu não posso é parar satisfeito ao nível dos sentimentos, das emoções, das intuições” (FREIRE, 1997, p. 29).

A descrição e análise do cenário posto nos depoimentos dos entrevistados permite traçar um paralelo entre o fazer escolar em EES e as experiências internacionais relatadas. Embora haja planejamento e ação dos professores e da gestão (o que põe em cena a discussão tratada pela OMS em 2012), não se pode dizer que alguma das escolas pesquisadas se enquadre num dos modelos de trabalho da EES nas escolas citadas na literatura apresentada, incluindo as “Escolas Promotoras de Saúde”. As falas dos entrevistados não evidenciaram consonância entre o planejamento do ambiente, a articulação das ações do processo educacional formal, a análise da comunidade escolar e a presença de processo avaliativo sobre as repercussões das ações realizadas, características basais das Escolas Promotoras de Saúde.

5.5 O debate sobre saúde mental como necessidade na Educação em Saúde na escola

Acompanhando o anseio dos entrevistados sobre o trato e o cuidado com a saúde mental das pessoas que estão na escola fica evidente que a Educação em Saúde é elemento fulcral nessa discussão, incluindo seus elementos didáticos. A necessidade de maior trato sobre a saúde mental (pedagogicamente significando a abordagem prática das competências e habilidades socioemocionais) aparece na fala dos indivíduos das 3 naturezas de funções da escola. Esse relato deve ser encarado como um compilado de causas, composto pela própria dificuldade

³⁴ Atitude fenomenológica é entender o objeto como um todo e a ele integrar a reflexão sobre a atitude.

geral e específica enfrentadas pelos indivíduos das funções entrevistadas e pela catalização dos agravos mentais causados pelo período de pandemia do novo Coronavírus e seus desdobramentos.

Em geral, os dados obtidos mostram que as escolas pesquisadas já fazem trabalho abordando a saúde mental das pessoas, mas, ao mesmo tempo, também mostram que a temática ainda aparece como urgência e lacuna. É sabido que mediante diferentes cobranças (conteúdos a se abordar e formas de avaliação) e níveis de cobrança (priorizações e detrimentos), muitas vezes a gestão escolar e o professor encontram dificuldades em trilhar um caminho pedagógico dialogicista e fomentador do pensamento crítico. Este fato, por sua vez, também torna tênue a análise das abordagens da Educação em Saúde nos diversos componentes curriculares. Ainda assim, com bastante cuidado, podemos inferir constatações. “Na verdade, não podemos, aqui, de passagem, dar uma tipologia sociológica dos fins e meios pedagógicos, mas talvez possamos fazer algumas observações” (WEBER, 1982).

As escolas em tempo integral são o modelo adotado pelo governo do estado de Pernambuco como ideal para o tempo de permanência do aluno em contato com a educação formal e, como visto, parece haver associação positiva entre este modelo de escola e os resultados pedagógicos nas avaliações de larga escala em escolas que priorizam a Educação em Saúde (PIANA et al., 2017).

Contudo, de acordo com o relato de alguns alunos e professores, a educação em tempo integral acaba por sobrecarregar mentalmente os alunos, sobretudo àqueles que estão no terceiro ano do ensino médio, comprometendo a própria saúde mental deles. “Ficamos muito sobrecarregados e a primeira coisa que o pessoal fala é sobre a saúde mental, porque ficamos muito ansiosos para dar conta de tudo e alguns não conseguem suportar a carga de ter que mostrar resultados.” (A 8). “[...] Precisamos aprender a lidar com a frustração. Pensar no futuro gera ansiedade. A carga nos jovens infelizmente aumentou e a escola precisaria estar mais ativa nisso.” (A 10).

Aumentou um pouquinho a ansiedade e a depressão. Em 2021 passaram por aqui 3 psicólogos diferentes dando palestras e enfatizando como você não ficar tão ansioso, principalmente no período de ENEM. Foi um método encontrado para trazer os alunos de volta para a escola, eles estavam bem afastados. (P 12)

Uma vez que a Nova Gestão Pública é composta também pelo conceito de concorrência (MARQUES; MENDES; MARANHÃO, 2019), não é de se estranhar que a saúde mental dos atores escolares estivesse afetada negativamente, sobretudo quando se leva em consideração a

pressão por resultados sentida pelos profissionais e pelos alunos, sem falar na jornada em tempo integral na escola tendo ainda outras atividades para dar conta. Aqui Freire (1996) diz que as forças dominantes estimulam e materializam avanços técnicos compreendidos e, tanto quanto possível, realizados de maneira neutra.

A gestão baseada em resultados, evidenciada também no Programa de Formação de Gestor Escolar – PROGEPE/PE em suas duas últimas versões (2019 e 2022), acabou por incutir no cotidiano escolar a cultura do imediatismo numérico, construindo, inevitavelmente, um clima de pressão reverberante a todos os componentes do ambiente, sendo este um dos mais efusivos efeitos práticos da NGP nas escolas.

Focando na fala dos alunos, a preocupação com o corpo e com a mente aparece constantemente nas respostas. Sobre isso, os entrevistados sublimaram a necessidade de repensar sobre a pressão, a carga e o sofrimento (palavras mais encontradas nas respostas) que o terceiro ano do ensino médio causa nos alunos componentes dessa série. Esta constatação relembra sobre a importância do trato das questões sociais para o desenvolvimento da saúde pessoal descrita no estudo de Chester et al. (2019). Naturalmente, segundo eles, isso já existe por causa do processo seletivo para o ensino superior, mas o cenário foi potencializado pela pandemia do novo Coronavírus.

No caso das escolas técnicas, tem-se uma dicotomia de intenções pautada numa relação de forças e propensões. De um lado o preparo técnico, o que Weber (1982) viria a chamar de educação especializada; do outro a necessidade do preparo cultural, esta chamada por Weber (1982) de educação humanística e por Freire (1996) de educação crítica, libertadora. Inclusive, a vitória da educação técnica sobre a humanística é algo já problematizado desde o surgimento da concepção racionalista da sociologia da educação, com os possíveis ganhos (especialização e produtividade) e perdas (éticas e valorativas) educacionais estando no bojo desse processo. Vale ressaltar, contudo, que mesmo na educação técnica há espaço para a educação crítica. Essa relação, no caso específico deste estudo, não foi aprofundada.

Desde o começo da mocidade, o indivíduo é treinado no autocontrole e no espírito de previsão dos resultados de seus atos, de que precisará para desempenhar funções adultas. Esse autocontrole é instilado tão profundamente desde essa tenra idade que, como se fosse uma estação de retransmissão de padrões sociais, desenvolve-se nele uma auto supervisão automática de paixões [...] (ELIAS, 1983, p. 189).

As cobranças e demandas geradas pela escola de tempo integral vinculada à lógica de atendimento às demandas avaliativas internacionais, ao clima de concorrência e produção e à diminuição das aulas de educação física preconizada pelo novo ensino médio, incorrem em

aproximação com o que Foucault chamou de “disciplina”. Para o autor, segundo Saraiva (2014), o termo seria uma forma de exercício de poder que tem por finalidade produzir corpos úteis para o trabalho e dóceis, moldados para aceitar as rotinas que lhe serão impostas. Essa aproximação, inevitavelmente, capturaria não somente o *trabalho material*, mas, acima de tudo, o *trabalho imaterial* dos egressos, contando com a modernização dos processos de produção intelectual contemporâneos. Não surpreende, portanto, a corriqueira fala dos alunos sobre necessidade do trato não só da saúde mental, mas também do autocuidado corporal.

A discussão sobre a concepção de qual corpo está sendo abordado na Educação em Saúde e nos caminhos pedagógicos seguidos pelas diretrizes educacionais da rede pública estadual transpassa as próprias intenções documentais e políticas. As cobranças decorrentes da falta de incentivo à criticidade dos alunos sobre seus próprios corpos – papel que caberia ao trabalho educacional em saúde – e decorrentes da jornada formal imposta aos alunos pelo modelo educacional pautado nas características da NGP forma um cenário de coerção, manipulando elementos e comportamentos, configurando, segundo Foucault (1999), uma mecânica complexa de poder. Aqui cabe lembrar o modelo de “internato” e “convento” apontado como modelo ideal de permanência dos corpos em locais educacionais desde o tempo da partida dos jesuítas³⁵, relembra o mesmo autor.

Aliás, a despeito da saúde mental, não só o modelo educacional foi determinante para os achados de pesquisa. Como frisado anteriormente, a pandemia do novo Coronavírus incidiu drasticamente sobre a saúde mental das pessoas que compõem a escola, potencializando a necessidade de abordagem da Educação em Saúde no ambiente escolar. Relatório da UNICEF (2022) aponta lacunas na aprendizagem e alta nos números de evasão escolar em mais de 3 mil municípios estudados. Mas não é só isso. Gomes e Machado (2021) constataram que a pandemia do novo Coronavírus escancarou problemas estruturais em geral e afetou diretamente a educação formal. Diversos outros estudos (SILVA; ROSA, 2021; BEZERRA, 2022; VAZQUEZ et al., 2022) apontam a pandemia do novo Coronavírus como responsável pelo aumento/aparecimento de sintomas de sonolência diurna, angústia, estresse, ansiedade e depressão em alunos e funcionários da escola, incluindo gestores e professores.

Alguns relatos dos entrevistados assevera o cenário: “[...] a direção me chamou para fazer um trabalho de relaxamento, de alongamento muscular. Trabalhar em grupo gera um pouquinho de ansiedade por causa da pandemia.” (P 12). “Temos professores que desenvolveram COVID-19, professora que desenvolveu surto psicótico, e vários relatos de pais

³⁵ A ideia de ter o aluno o dia todo no colégio facilitaria a disciplina e a docilização.

que falam sobre depressão, ansiedade e até obesidade dos filhos causados pela pandemia.” (G 10). “Tínhamos também projetos grandes, mas com esses 2 anos de pandemia deixamos de trabalhar muita coisa, voltando a atenção para a parte saúde mental.” (G 9).

Percebemos nessa pandemia o quanto a educação das pessoas influenciou tanto positivamente para uns como negativamente para outros, em termos de posturas, atitudes para o cuidar de si, da saúde física e mental, mas isso tem a ver também com investimentos do poder público. (G 12).

O fechamento das escolas e a adoção de aulas remotas (quando possível) foi uma das estratégias mais utilizadas pelo poder público para conter o avanço do novo Coronavírus e o aumento de casos de COVID-19 nas e por causa das escolas. As aulas em formato remoto - e posteriormente as aulas em formato híbrido - acabaram por fortificar a ideia de o indivíduo “empresariar” suas atividades, trocando a ideia de vigilância do corpo pelo simples e puro controle de metas e pela educação por competências (SARAIVA, 2014). Posto isso, à escola coube (e ainda cabe) o gerenciamento das estratégias de mitigação dos efeitos negativos da pandemia do novo Coronavírus sobre a vida dos alunos, por meio da garantia dos direitos de aprendizagem - providos pela instituição de ensino - explícita no Art. 1º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996). Aqui, a educação (crítica) em saúde é indispensável, ao proporcionar ao estudante uma educação humanizadora, ontológica³⁶, pertinente aos anseios e necessidades, nos moldes do que Freire (1996) chamou de educação libertadora.

É a aceitação do novo pertinente e a manutenção e valorização do “velho” que preserve sua validade e/ou que expresse uma tradição ou uma presença no tempo. Sobre o novo, bebendo da fonte de conhecimentos construída por Michel Foucault, Marín-Díaz e Noguera-Ramírez (2014, p. 57) podemos afirmar que a modernidade é profundamente educativa. E que assim o seja de forma saudável.

³⁶ No Heideggerianismo, seria a reflexão a respeito do sentido abrangente do ser, como aquilo que torna possível as múltiplas existências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS EM RECORTES DISCUSSIVOS E APONTAMENTOS REFLEXIVOS

Existe uma lacuna grande na cobertura do Programa Saúde na Escola na rede pública estadual de ensino médio. Afunilando para as escolas pesquisadas nenhuma delas recebeu ações do Programa no biênio 2021-2022. Além disso, não foi possível mensurar a efetividade do Programa por não existirem dados disponibilizados ao público que possam tratar sobre a temática. Ainda sobre isso, das 14 coordenadorias contatadas para obter os dados sobre o PSE no biênio – todas ligados apenas às respectivas secretarias de saúde – apenas uma delas respondeu aos questionamentos.

Embora as Gerências Regionais de Educação do estado de Pernambuco tenham autonomia para desenvolver suas próprias políticas sobre Educação em Saúde ou, até mesmo, firmar parcerias públicas e privadas para isso, não se constatou a presença ou efetivação de nenhuma política pública nas escolas pesquisadas, constantes de 15 das 16 Gerências Regionais de Educação que cobrem todo o território estadual. Os critérios de qualidade e de modelo de escola adotados pela rede pública estadual de educação não se configuraram interferentes no cenário, denotando que o sarrafo adotado para definir a qualidade da escola talvez precise ser reconsiderado. As hipóteses iniciais não foram confirmadas e isto pode ser percebido na uniformidade espaço-territorial do estado. Em soma, ficou explícita a carência de outras políticas públicas de Educação em Saúde na rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco.

Para suprir a lacuna apresentada nas escolas pesquisadas os atores educacionais envolvidos produziram as próprias ações de Educação em Saúde, algumas partindo de parcerias firmadas pela gestão escolar, mas com a maioria advindas das intervenções pedagógicas dos professores. Isso aconteceu mesmo com os três grupos de atores desconhecendo o PSE, o que configura a presença da Educação Para a Saúde, mas não da Educação na Saúde. Essas ações estiveram majoritariamente ligadas a componentes curriculares historicamente biologicistas e biologizados, reproduzindo um cenário que inquieta os pesquisadores da temática há considerável recorte de tempo.

Ainda assim, um ponto positivo constatado é o de que os alunos entrevistados relataram aprendizados de Educação em Saúde e aplicabilidade prática destes nas suas vidas, o que denota a presença da educação crítica em saúde no fazer escolar - por aproximação com a concepção de Educação Popular em Saúde. Parece, então, que alguns professores conseguiram traduzir bem em seus momentos pedagógicos o que denota o conceito de saúde desde a promulgação da

Carta de Ottawa. Esse achado constitui perfil de democracia e justiça na escola, além de tornar viva a dinâmica dos locais. Como demandas ainda a serem preenchidas na Educação em Saúde nas escolas, os entrevistados apontaram, principalmente, as questões sobre saúde mental e seus desdobramentos.

Apesar disso, a própria rediscussão da Carta de Ottawa, que destacou a importância do desenvolvimento de habilidades pessoais, dos serviços de reorientação em saúde, da criação de ambientes de suporte para as ações, da construção de políticas públicas saudáveis e do fortalecimento da comunidade nas ações de saúde ainda ficou distante dos rumos educacionais do Estado de Pernambuco sob a lente utilizada no presente estudo.

Tudo isso indica que é urgente a discussão sobre o trato da Educação em Saúde nas escolas da rede pública estadual de ensino de Pernambuco, do litoral ao sertão. Como estratégias para otimizar e garantir esse trato destacam-se o aumento da parceria entre o estado e as coordenadorias municipais do PSE, a capacitação adequada de gestores e professores sobre a temática, melhor entendimento da Educação em Saúde como aliada ao processo de ensino e aprendizagem e formulação de outras políticas públicas específicas que possam ser aplicadas a cada região diante das necessidades do público atendido e de suas características próprias.

Diante desse recorte discussivo, outros apontamentos se fazem necessários. O poder público tem a obrigação de mediar, orientar e avaliar os critérios de efetividade do PSE. Esse estudo parece evidenciar que o Programa Saúde na Escola não recebe a devida atenção na escolha de alguns profissionais responsáveis pelas ações e prestação de contas do Programa (também leia-se prestação de atividades realizadas e de impactos mensurados). A não devolutiva de respostas por parte, principalmente, das coordenadorias municipais e a ausência do Programa nas escolas estaduais pesquisadas sublimam um cenário de incompetência nas ações coordenativas, seja por alijamento dos dados de público saber, seja por sequer discutir nesse estudo os motivos da baixa cobertura do Programa na rede estadual e as estratégias para dirimir isto.

Ao mesmo tempo em que os agentes devem dispor publicamente os dados referentes às ações, objetivos e avaliação do PSE, as Gerências Regionais de Educação devem oferecer aos gestores e professores formações continuadas sobre o entrelace entre saúde e educação e construir estratégias de disponibilização de políticas públicas de Educação em Saúde na escola, entendendo a política pública como catalisadora de uma urgente e emergencial concepção pedagógica mais saudável (com o perdão do trocadilho). Portanto, a própria concepção de educação gerida de forma regional não surte efeito em rediscutir a saúde dentro da escola,

mesmo após o ápice da pandemia do novo Coronavírus e todas a repercussão desta na vida das pessoas.

Em complemento, seja qual for a política de Educação em Saúde presente na rede e/ou na escola, ela deve ser discutida na construção/atualização do plano pedagógico escolar nos moldes da "escola promotora de saúde", este que parece ser um modelo estruturado de trato da saúde na escola já referendado por diversas experiências. Não creio que seja necessária a formulação de uma disciplina específica para a Educação em Saúde, sob risco de perpetuação da carência de entendimento sobre o conceito amplo de saúde e de trabalho pedagógico inter, multi e transdisciplinar. Esta pesquisa mostrou que embora os atores escolares sejam adjuvantes de ações de Educação em Saúde, esses mesmos atores ainda carecem deste entendimento e da materialização da saúde como conteúdo pedagógico verdadeiramente transversal, indo e voltando em seu entrelace com todos os componentes curriculares disponíveis aos alunos.

Por fim, novas pesquisas com uma amostra maior de atores escolares e que abarque o novo ensino médio em seus possíveis desdobramentos podem ratificar (ou não) o cenário aqui debatido.

REFERÊNCIAS

- AIUB, M. Filosofia Clínica: o que é isto? **Cadernos**, v. 11, n. 1, p. 113-121, 2005.
- ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos do estado**. Biblioteca Universal Presença, 1970.
- ALVES, T. M.; FURTADO, L. A. F.; FEITOZA, R. B. Programa Saúde na Escola (PSE) uma realidade presente: relato de experiência. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências**, v. 3, n. 1, p. 1039-1044, 2020.
- AZAMBUJA, C. R.; PANDOLFO, K. C. M.; MACHADO, R. R.; SANTOS, D. L.; SCHETINGER, M. R. C. **Revista Kinesis**, v. 35, n. 1, p. 21-27, 2017.
- AZEVEDO, J. M. L.; SANTOS, A. L. F. Influências do poder central no planejamento da educação dos municípios da Região Metropolitana do Recife. **Educação & Sociedade**, v. 33, n. 119, p. 551-573, 2012.
- BALL, S. J. **La Micropolítica de la escuela**. Madrid: Paidós; MEC, 1989.
- BALL, S. J. Performatividades e Fabricações na Economia Educacional: rumo a uma sociedade performativa. **Educação e Realidade**, v. 35, n.2, 2010.
- BALL, S. J.; MAGUIRE, M.; BRAUN, A. **Como as escolas fazem as políticas: atuação em escolas secundárias**. Tradução de Janete Bridon. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016. 220 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4a ed. São Paulo, SP: Edições 70, 2007. 229p.
- BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores**. São Paulo, SP: Arte & Ciência, 1998. 138p.
- BARROS, M. V. G.; REIS, R. S.; HALLAL, P. C.; FLORINDO, A. A.; FARIAS JÚNIOR, J. C. **Análise de dados em saúde**. 3ª ed. Londrina, PR: Midiograf, 2012. 307 p.
- BASSET-GUNTER, R.; YESSIS, J.; MANSKE, S.; GLEDDIE, D. Healthy School Communities in Canada. **Health Education Journal**, v. 75, n. 2, p. 235-248, 2016.
- BEZERRA, M. A. A. (org). **Saúde mental escolar em tempos de pandemia**. Iguatu, CE: Quipá Editora, 2022. 54p.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto, PT: Porto Editora, 2010. 336p.
- BONELL, C.; HUMPHREY N.; FLETCHER, A. et al. Why schools should promote students' health and wellbeing. **British Medical Journal**, v. 348, 2014.
- BORTOT, C. M.; SCAFF, E. A. S. Organismos internacionales y gobernanza regional: una policy transfer para la educación de la infancia en países de America Latina y el Caribe. **Revista Iberoamericana de Educación**, v. 83, n. 1, p. 31-51, 2020.

BOSCHETTI, V. R.; MOTA, A. B.; ABREU, D. L. F. Gestão escolar democrática: desafios e perspectivas. **Revista de Gestão e Avaliação Educacional**, v. 5, n. 10, p. 103-111, 2016.

BOTLER, A. M. H. Juventude e escola: violência e princípios de justiça em escolares de ensino médio. **Cadernos Cedes**, v. 40, n. 110, p. 26-36, 2020.

BOTLER, A. M. H.; SILVA, V. A. L. Desigualdade de oportunidades: “injustiças democráticas” em colégios de aplicação. **Revista Profissão Docente**, v. 19, n. 41, p. 01-17, 2019.d

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Lisboa: Fim de Século, 2003. 288 p.

BOURDIEU, P; CHAMPAGNE, P. Os excluídos do interior. In:_____. **Escritos de educação**. 9. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 128p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. **Decreto nº 6.286/2007. Decreto que institui o Programa Saúde na Escola - PSE**. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 22 jul. 2020.

_____. **Lei n.13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF., 26 jun 2014. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm>. Acesso em: 22 fev. 2020.

_____. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 22 fev. 2020.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 23 de dezembro de 1996. Lei que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, 1996.

_____._____. **PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)**, 31/12/2022. Disponível em <<https://www.gov.br/mec/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/secretarias/secretaria-de-educacao-basica/programa-saude-na-escola-pse>>. Acesso em: 05 de jan. de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. **Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em 14 de mai de 2021.

_____._____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção à Saúde. **Nota Técnica nº 10/2021. Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola em 2020**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 29 abr de 2021.

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

_____. Secretaria da Educação Básica. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=79601-anexo-texto-bncc-reexportado-pdf-2&category_slug=dezembro-2017_pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**, v. 25, n. 1, p. 71-90, 2016.

BRUSELIUS-JENSEN, M.; RENWICK, K.; AAGAARD-HANSEN, J. Cross-cultural school-based encounters as global health education. **Health Education Journal**, v. 76, n. 3, p. 1-13, 2016.

CASASSUS, J. **A escola e a desigualdade**, 2002. In: Destaque Editorial. Cadernos de Pesquisa. Brasília, DF. n. 119, 2003. p. 205-206.

CASTELLANI FILHO, L. **Educação Física no Brasil: A história que não se conta**. 6. ed. São Paulo: Editora Papirus, 2001. 224 p.

CASTRO, C. M. **Muito Brasil e pouca educação**. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/120723-Muito-brasil-e-pouca-educacao-claudio-de-moura-castro.html>> Acesso em: 10 de jan. de 2023.

CERVI, E. U. Análise de Conteúdo Automatizada em Redes Sociais Online: uma proposta metodológica. 48ª Encontro Anual Anpocs, 2018.

CHESTER, K. L.; KLEMERA, E.; MAGNUSSON, J.; SPENCER, N. H.; BROOKS, F. M. The role of school-based health education in adolescent spiritual, moral, social and cultural development. **Health Education Journal**, v. 78, n. 5, 2019.

CHOLEVAS, N. K.; LOUCAIDES, C. A. Factors that facilitate and barriers towards the implementation of health educational programmes in primary education schools of the prefecture of Achaia, Greece. **Health Education Journal**, v. 71, n. 3, p. 365-375, 2011.

CLARK, J. E.; SIROIS, E. Coercion versus self-selection when treating issues of overfatness: A narrative review. **Health Education Journal**, v. 0, n. 0, 2023.

COLQUHOUN, D. Economic rationalism, healthism and school health education. **Health Education Journal**, v. 49, n. 1, p. 16-17, 1990.

COVID PERFORMANCE INDEX: DESCONSTRUCTING PANDEMIC RESPONSES. **Lowy Institute**, 2021. Disponível em: <https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/>. Acesso em: 12 de jul. de 2021.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA D; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, p. 39-53, 2003.

DAMASCENO, R. S.; NASCIMENTO, F. D. S. A utilização do software Iramuteq para análise de dados textuais: um relato de experiência. **Arquivos do Encontro de Iniciação Científica – PRPPG**, v. 4, n. 16, 2019.

DASSO JUNIOR, A. E. **Nova gestão pública: a teoria da administração pública do estado ultraliberal**. 2014. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?%20cod=d05c25e6e6c5d489>. Acesso em: 08 mar. 2021.

DIRECÇÃO GERAL DE ESTATÍSTICA TIMOR-LESTE. **Timor-Leste em números**. Dili, Gráfica Patria: 2015.

ELIAS, N. **Introdução à Sociologia**. Espaço da sociologia, trans. Maria Luísa Ribeiro Ferreira, Portugal, Lisboa: Edições 70, 1980. 209 p.

ELIAS, N. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Vol. 1, 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 277 p.

ELIAS, N. **O processo civilizador: Formação do Estado e Civilização**. Vol. 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983. 301 p.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos em implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERNANDES, J. S. G.; MONTIEL, J. M.; ANDRADE, M. S.; BARTHOLOMEU, D.; CECATO, J. F.; MARTINELLI, J. E. Análise discursiva das representações sociais de idosos sobre suas trajetórias de vida. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 3, p. 903-920, 2015.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um Quadro de referência teórica. **Análise & Conjuntura**, v. 1, n. 3, p. 107-127, 1986.

FITZPATRICK, K.; ALLEN, J. M. What does critical health education in schools look like? Two ethnographic narratives of critical practice. **Health Education Journal**, v. 78, n. 6, p. 647-661, 2019.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre, RS: Artemed, 2009. 405p.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 199p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999, 288p.

FREEMAN, R.; GIBSON, B. HUMPHRIS, G.; LEONARD, H.; YAUN, S.; WHELTON, H. School-based health education programmes, health-learning capacity and child oral health-related quality of life. **Health Education Journal**, v. 1, n. 14, p. 1-14, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra. 2005. 107p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, SP: Paz e Terra, 1996. 166p.

FREIRE, P. **Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar**. São Paulo, SP: Olho D'Água. 1997. 84p.

GADOTTI, M.; ROMÃO, J. E. **Escola cidadã: a hora da sociedade**. In: MEC. **Salto para o futuro: construindo a escola cidadã, projeto político-pedagógico**. Brasília: MEC, 1998, p. 22-29.

GOMES, D. J. L.; ABRANCHES, A. F. P. S. As escolas de referência em ensino médio de Pernambuco e a condição docente. **Interterritórios**, v. 3, n. 4, p. 109-122, 2017.

GOMES, M. J. S.; MACHADO, I. F. O fazer pedagógico no chão da escola do campo em tempos de pandemia. **Revista de Educação, Ciência e Cultura**. v. 26, n. 3, p. 1-15, 2021.

GONZÁLEZ, R. S. Políticas públicas para a infância no Brasil – análise do processo de implementação de um novo modelo. **Pensamento Plural**, v. 16, p. 25-45, 2015.

GRAMSCI, A. **Os Intelectuais e a Organização da Cultura**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira S/A, 4ª Ed, 1982.

GUIMARÃES, C. F.; MENEGHEL, S. N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. III, n. 2, p. 353-371, 2003.

GUY, C. J. Health education in schools. **Health Education Journal**, v. 35, n. 3, p. 214-220, 1976.

HARRIS, J.; CALE, L. How healthy is school PE? A review of the effectiveness of health-related physical education programmes in schools. **Health Education Journal**, v. 56, n. 1, p. 84-104, 1997.

HOBDAY, K.; RAMKE, J.; DU TOIT, R.; PEREIRA, S. M. Healthy eyes in schools: na evaluation of a school and Community-based intervention to promote eye health in rural Timor Leste. **Health Education Journal**, v. 74, n. 4, p. 392-402, 2015.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION. **Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools**. Paris, FR: IUHPE. 2009.

JAYAWARDENE, W.; PARKER, M.; BLUME, C.; McDANIEL, J.; AGLEY, J. Retailers' perspectives on the prevention of underage tobacco and electronic nicotine delivery system sales. **Health Education Journal**, v. 0, n. 0, 2023.

LEE, A.; ST LEGER, L. H.; LING, K. W. K.; KEUNG, V. M. W.; LO, A. S. C.; KWONG, A. C. M.; MA, H. P. S.; ARMSTRONG, E. S. The Hong Kong Healthy Schools Award Scheme, school health and student health: An exploratory study. **Health Education Journal**, p. 1-15, 2018.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 10, n. 19, p. 149-66, 2006.

LEVY, S. N.; SILVA, J. J. C.; CARDOSO, I. F. R.; WERBERICH, P. M.; MOREIRA, L. L. S.; MONTIANI, H.; CARNEIRO, R. M. **Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas**. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 1997. 29 p.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Ed. Cortez, 1990. 262 p.

LIMA, R. R. História da Educação Física: algumas pontuações. **Revista Eletrônica Pesquiseduca**, v. 7, n. 13, p. 243-257, 2015.

LOPES, A. C.; BORGES, V. Currículo, conhecimento e interpretação. **Currículo sem Fronteiras**, v. 17, n. 3, p. 555-573, 2017.

LOURENÇO, L. F. L.; DANCZUK, R. de F. T.; PAINAZZER, D.; PAULA JÚNIOR, N. F.; MAIA, A. R. C. R.; SANTOS, E. K. A. A historicidade filosófica do conceito saúde. **Revista História da Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 18-35. 2012,

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 773-776. 2009.

MAINARDES, J.; MARCONDES, M. I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. **Educação & Sociedade**, v. 30, n. 106, p. 303-318, 2009.

MARÍN-DÍAZ, D. L.; NOGUERA-RAMÍREZ, C. E. O efeito educacional em Foucault. O governo, uma questão pedagógica? **Pro-Posições**, v. 25, n. 2 (74), p. 47-65, 2014.

MANTA, S. W.; CAVALCANTE, F. V. S. A.; PETREÇA, D. R.; TUSSET, D.; GUIMARÃES, J. A. C.; SILVA, J. R. M.; CLAUMANN, G. S. Ações de práticas corporais e atividade física no Programa Saúde na Escola por ciclos de adesão (2014 a 2020). **Saúde Debate**, v. 6, n. 3, p. 156-165, 2022.

MARQUES, L. R. Repercussões da nova gestão pública na gestão da educação: um estudo da rede estadual de Goiás. **Educar em Revista**, v. 36, p. 1-19, 2020.

MARQUES, L. R.; MENDES, J. C. B.; MARANHÃO, I. M. L. A nova gestão pública no contexto da educação pernambucana e a qualidade educacional. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 35, n. 2, p. 351-367, 2019.

MARQUES, L. R.; ANDRADE, E. F.; AZEVEDO, J. M. L. Pesquisa em política educacional e discurso: sugestões analíticas. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 33, n. 1, p. 55-71, 2017.

MARTINS, A. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 950-958, 2004,

MARTINS, A. M.; SOUSA, S. Z.; MACHADO, C.; REAL, G. C. M.; BRAVO, M. H. A. Cenários de gestão de escolas municipais no Brasil: questionário contextual da Prova Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 48, n. 170, 2018.

MASSEY, D. E. Cross-curricular Sex Education (CCSE) Project Pack for Schools and Health Authorities. **Health Education Journal**, v. 53, p. 486-489, 1994.

MIDFORD, R.; CAHILL, H.; GENG, G.; LECKNING, B.; ROBINSON, G.; TE AVA, A. Social and emotional education with Australian year 7 and 8 middle school students: A pilot study. **Health Education Journal**, v. 76, n. 3, p. 362-372, 2017.

MINAYO, M. C. S (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. (21 ed.), Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 108p.

MORAES, L. ENSINO INTEGRAL: saiba onde serão as NOVAS ESCOLAS INTEGRAIS de PERNAMBUCO. **Jornal do Comércio**, Recife, 10 fev. 2023. Disponível em: ENSINO INTEGRAL: saiba onde serão as NOVAS ESCOLAS INTEGRAIS de PERNAMBUCO (uol.com.br). Acesso em 06 mar. 2023.

MOURA, J. B. V. S.; LOURINHO, L. A.; VALDÊS, M. T. M.; FROTA, M. A.; CATRIB, A. M. F. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências, Saúde**, v. 14, n. 2, p. 489-501, 2007.

NANNY, G.; SANTOS FILHO, J. C. Importância da avaliação das políticas públicas educacionais. **Revista Instrumento**, v. 18, n. 1, p. 125-138, 2016.

NASCIMENTO, A. Número de escolas em tempo integral da rede estadual de Pernambuco será ampliado em 2020. **Diário de Pernambuco**, Recife, 28 nov. 2019. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2019/11/numero-de-escolas-em-tempo-integral-da-rede-estadual-de-pernambuco-ser.html>. Acesso em 06 jun. 2021.

NOVELLI, P. G. O conceito de educação em Hegel. **Interface – Comunicação, saúde e educação**, v. 5, n. 9, p. 65-88, 2001.

OLIVEIRA, L. F. Opção decolonial e antirracismo da educação em tempos neofacistas. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros**, v. 12, n. 32, p. 11-29, 2020.

OLIVEIRA, R. A. reforma do ensino médio como expressão da nova hegemonia neoliberal. **Educação Unisinos**, v. 24, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção da Assembleia Geral da ONU Sobre os Direitos da Criança**. Série de Tratados 1577: 1–15, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão para os determinantes sociais da saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.** Portugal, PT. 2010.

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hanah Arendt. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 8, n. 14, p. 9-20, 2004.

OS PENSADORES: **Comte.** São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1978.

_____. **Descartes.** São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1973.

_____. **Durkheim.** São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1978.

_____. **Hegel.** São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1999.

_____. **Locke.** São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1999.

_____. **Marx.** São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1999.

_____. **Santo Agostinho.** São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1979.

_____. **Sócrates.** São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 2004.

PARENTE, J. M. A Nova Gestão Pública na Educação: uma análise das escolas “concertadas” na Espanha. **Plurais**, v. 5, n. 1, p. 241-260, 2020.

PERNAMBUCO. **Decreto Nº 40.599, de 3 de abril de 2014. Aprova o regulamento da Secretaria de Educação e Esportes.** Disponível em: [DiarioOficialdodia04042014.pdf](#) (educacao.pe.gov.br). Acesso em: 22/02/2021.

_____. Secretaria de Educação de Pernambuco. **Programa de Modernização da Gestão Pública:** metas para a educação. Recife: SEE, 2008.

_____. Secretaria de Educação de Pernambuco. **Plano Estadual de Educação de Pernambuco 2015-2025.** Pernambuco, 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa. Diretoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023.** Pernambuco, 2019.

_____. Secretaria de Educação e Esportes. **Educação Integral?** Disponível em: <http://www.educacao.pe.gov.br/portal/?pag=1&men=70>. Acesso em: 02 de mai de 2021.

_____. Secretaria de Educação e Esportes. Programa de Formação Continuada de Gestores Escolares de Pernambuco – PROGEPE. **Curso de Aperfeiçoamento em Gestão Escolar.** Pernambuco, 2019.

_____. Secretaria de Educação e Esportes. **Projeto de Vida. Guia do Educador.** Pernambuco, 2023. Disponível em: [http://](#)

<http://www.educacao.pe.gov.br/portal//upload/galeria/15428/2-21-pernambuco-Prof-ano-1-apresenta.pdf>>. Acesso em 02 de fev. de 2023.

PIANA, N.; RANUCCI, C.; BURATTA, L.; FOGLIA, E.; FABÍ, M.; NOVELLI, F.; CASUCCI, S.; REGINATO, E.; PIPPI, R.; AIELLO, C.; LEONARDI, A.; ROMANI, G.; DE FEO, P.; MAZZESCHI, C.; An innovative school-based intervention to promote healthy lifestyles. **Health Education Journal**, p. 1-14, 2017.

RAMOS, A. H.; BARREIROS, D.; FRANGELLA, R.C. **Políticas de Currículo e Escola: entre fluxos e negociações**. Disponível em: <<https://gtcurriculote2011.wordpress.com/2011/08/27/politicas-de-curriculo-e-escola-entre-fluxos-enegociacoes/>>. Acesso em 28 jul. 2020.

RANCIÈRE, J. **O ódio à democracia**. São Paulo, SP: Boitempo, 2014. 125p.

REIS, I. Governança e regulação da educação: perspectivas e conceitos. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 39, p. 101-118, 2013.

ROCHA, A.; MARQUES, A.; FIGUEIREDO, C.; ALMEIDA, C.; BATISTA, I.; ALMEIDA, J. Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação. **Millenium**, v. 41, p. 69-87, 2011.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SANTOS, E. M.; ADINOLFI, V. T. S. O Programa Saúde na Escola e suas relações com a Base Nacional Comum Curricular. **Reflexão e Ação**, v. 30, n. 1, p. 217-234, 2022

SARAIVA, K. A aliança biopolítica educação-trabalho. **Pro-Posições**, v. 25, n. 2 (74), p. 139-156, 2014.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SELL, C. E. Max Weber e a sociologia da educação. **Contrapontos**, n. 5, p. 237-250, 2002.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª Ed. São Paulo, SP: Cortez, 2007.

SHAH, S.; RIZZO LIU, K.; LOCKETT, C.; SAINSBURY, E. Youth voices creating healthy eating and physically active environments in schools. **Health Education Journal**, v. 0, n. 0, 2023.

SILVA, A. R. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; LIMA, L. S.; CAVALCANTI, A. M. T. S.; BRANDÃO NETO, W.; AQUINO, J. M. Políticas públicas en la promoción a la salud del adolescente escolar: concepción de los gestores. **Enfermería Global**, v. 14, n. 37, p. 250-267, 2015.

SILVA, D. J.; PAGNI, P. A. A educação na filosofia de Sócrates. In: ____ (Org). **Introdução à Filosofia da Educação: Temas contemporâneos e História**. São Paulo: Avercamp, 2007, 320 p.

SILVA, L. M.; SANTOS, P. F. G. P. Precarização da saúde pública no Governo Bolsonaro e suas consequências para as famílias brasileiras. **JSTOR**, v. 88, n. 19, p. 307-320, 2023.

SILVA, M. A. Qualidade social da educação pública: algumas aproximações. **Caderno Cedes**, v. 29, n. 78, p. 216-226, 2019.

SILVA, S. M.; ROSA, A. R. O impacto da COVID-19 na saúde mental dos estudantes e o papel das instituições de ensino como fator de promoção e proteção. **Revista Práxis**, a. 18, n. 2, p. 188-206. 2021.

SILVEIRA, L. F. B. A produção social da linguagem: uma leitura do texto de Mikhail Bakhtin (V. N. Volochinov), Marxismo e filosofia da linguagem. **Trans/Form/Ação**, v. 4, p. 15-39, 1981.

SIQUEIRA, V. **Bourdieu e o campo social**. Colunas Tortas, 03/10/2021. Disponível em <<https://colunastortas.com.br/bourdieu-campo/>>. Acesso em 04 de jan. de 2023.

SOUZA JÚNIOR, M. B. M.; MELO, M. S. T.; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. **Movimento**. Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2010, p. 31-49.

SOUZA, W. L.; MENEZES, V. G. O conceito educativo de saúde num entrelace histórico-filosófico. **RESAFE**, n. 32-33, p. 214-220. 2020.

STOLP, S.; WILKINS, E.; RAINE, K. D. Developing and sustaining a healthy school Community: Essential elements identified by school health champions. **Health Education Journal**, v. 74, n. 3, p. 299-311, 2015.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 27-55, 2006.

TOWNSEND, N.; FOSTER, C. Developing and applying a socio-ecological model to the promotion of healthy eating in the school. **Public Health Nutrition**, v. 16, n. 6, 2013.

União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde. **Construindo Escolas Promotoras de Saúde: Directrizes para Promover a Saúde em Meio Escolar**. v. 2, Saint-Denis. 2005. Disponível em: <https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_POR.pdf>. Acesso em 28 jul. 2020.

UNICEF. **Recuperação de aprendizagem é prioridade e desafio para a maioria das redes municipais de Educação, revela pesquisa**. Brasília, 19 de ago. de 2022. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/recuperacao-da-aprendizagem-prioridade-e-desafio-para-maioria-das-redes-municipais-de-educacao>>. Acesso em: 10 de fev. de 2023.

VAZQUEZ, D. A.; CAETANO, S. C.; SCHLEGEL, R.; LOURENÇO, E.; NEMI, A.; SLEMIAN, A.; SANCHEZ, Z. M. Vida sem escola e saúde mental dos estudantes de escolas públicas na pandemia de Covid-19. **Saúde Debate**, v. 46, n. 133, p. 304-317, 2022.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração** (16ed.). São Paulo, SP: Editora Atlas, 2016.

VERGER, A. Nueva gestión pública e educacion: elementos teóricos y conceptuales para el estudio de um modelo de reforma educativa global. **Educação e Sociedade**. v. 36, n. 132, p. 625- 646, 2015.

VINHA, M. O conceito de configuração e poder em Norbert Elias. **Conexões**, n. 5, p. 48-50, 2000.

VIVEIRO, A. A. A revolta da vacina. **Revista Eletrônica de Ciências**, n. 21, 2003.

ZIBAS, D. M.; FERRETTI, C. J.; TARTUCE, G. L. B. Micropolítica escolar e estratégias para o desenvolvimento do protagonismo juvenil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 127, p. 51-85, 2006.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia geral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982. 503 p.

WOLF, M.S.; WILSON, E.A.; RAPP, D.N.; WAITE, K.; BOCCHINI, M.; DAVIS, T.; RUDD, R. Literacy and learning in health care. **Pediatrics**, vol. 124, Sup. 3, p. 275–281, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Regional Guidelines Development of Health: Promoting Schools: A Framework for Action (Health Promoting Schools Series 5)**. Manila, Philippines: WHO Regional Office for the Western Pacific. 1996.

_____. **School Policy Framework: Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Geneva: 2008. Disponível em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/schools/en/>>. Acesso em: 28 jul. 2020.

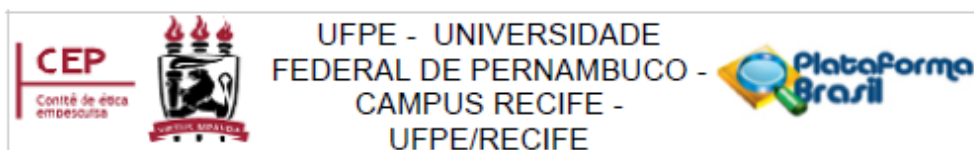
_____. **Health Promoting School Framework for Action**. Manila, Philippines: 2009. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/health_promotion/documents/docs/HPS_framework_for_action.pdf?ua=1>. Acesso em: 13 de jul. de 2021.

_____. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa, 2012. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>>. Acesso em: 13 de jul. de 2021.

WRIGHT, J.; O'FLYNN G.; WELCH, R. In search of the socially critical in health education: Exploring the views of health and physical education preservice teachers in Australia. **Health Education**, v. 118, n. 2, p. 117–130, 2018.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP 5140898



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS E AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE ENSINO MÉDIO DE PERNAMBUCO

Pesquisador: WELLINGTON LINS DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51863021.2.0000.5208

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.140.898

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutoramento do programa de pós-graduação em Educação da UFPE- Campus Recife, interessado em identificar (por meio de entrevistas presenciais com 16 gestores, 16 docentes e 16 estudantes, atuantes em 16 escolas localizadas em cada uma das Gerências regionais de ensino- GRE) a(s) política(s) pública(s) de educação em saúde e as ações de educação em saúde presentes em escolas da rede pública estadual de ensino médio do estado de Pernambuco. Os dados obtidos serão analisados por meio de análise de conteúdo e estatisticamente.

Objetivo da Pesquisa:

1) Verificar a presença e a efetividade do Programa Saúde na Escola nas escolas pesquisadas; 2) Mapear outras ações que possam ser classificadas como pertencentes à educação crítica em saúde nas escolas pesquisadas; 3) Correlacionar as ações de educação em saúde nas escolas pesquisadas com a macro e a micropolítica educacional escolar; 4) Investigar a percepção de educação em saúde de alunos, professores e equipe gestora nas escolas pesquisadas.

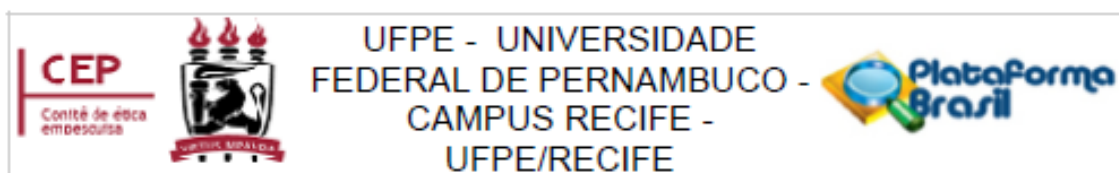
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram descritos e estão bem avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa com abordagem descritiva e exploratória, de

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.140.898

natureza qualitativa e quantitativa. A amostra de pesquisa será constituída por um(a) docente, um(a) discente e um membro da equipe gestora de dezesseis escolas da rede pública de ensino médio de Pernambuco. Os sujeitos assinarão a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e serão convidados a serem entrevistados sobre a presença do PSE e de ações de educação em saúde na escola à qual está vinculado. Os dados coletados serão analisados pela técnica de análise de conteúdo e posteriormente categorizados para discussão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto eticamente adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

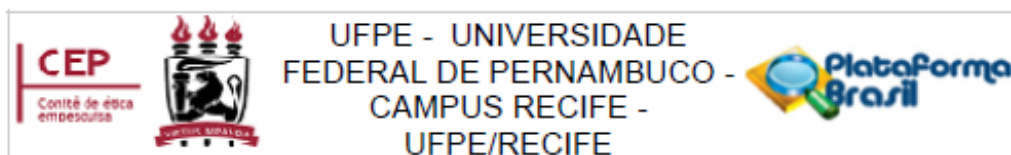
Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.140.898

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1811465.pdf	01/12/2021 17:53:26		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA S.pdf	01/12/2021 17:52:33	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Wellington_Lins_de_Souza_TCLE_Responsaveis_menores.pdf	01/12/2021 17:51:48	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Wellington_Lins_de_Souza_TCLE_Maiores18.pdf	01/12/2021 17:51:35	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Wellington_Lins_de_Souza_TALE_Menor7a18.pdf	01/12/2021 17:51:18	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_tese_WELLINGTON_LINS_DE_SOUZA.pdf	01/12/2021 17:50:41	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
Outros	Vilde_Gomes_de_Menezes_Curriculo_Lattes.pdf	16/09/2021 22:03:17	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
Outros	Wellington_Lins_de_Souza_Curriculo_Lattes.pdf	16/09/2021 22:02:54	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
Outros	Wellington_Lins_de_Souza_Termo_Confidencialidade.pdf	16/09/2021 22:01:15	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
Outros	Wellington_Lins_de_Souza_Comprovante_de_matricula.pdf	16/09/2021 21:56:57	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_Anuencia_SEE_PE.pdf	11/09/2021 16:30:43	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto_Wellington_Lins_de_Souza.pdf	11/09/2021 16:28:05	WELLINGTON LINS DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (para maiores de 18 anos)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Políticas e ações de Educação em Saúde nas escolas da rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco”, que está sob a responsabilidade do pesquisador Wellington Lins de Souza, com endereço na Rua Altinho, número 62, apartamento 1502, bairro Madalena, cidade Recife, estado Pernambuco, CEP 50610-140, contato virtual pelo e-mail wellington.souza@ufpe.br e Telefone para contato pelo (81) 99957 2122 (inclusive ligações a cobrar). Esta pesquisa está sob a orientação do professor Dr. Vilde Gomes de Menezes, telefone: (81) 99206 7498, e-mail vilde.menezes@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: Essa pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE), no Centro de Educação – CE, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, localizado na Avenida Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – Recife – PE Telefone: (81) 2126-8000, sendo parte da integralização do curso de Doutorado em Educação do pesquisador. **Ela está sendo realizada no objetivo de identificar e analisar as políticas e ações de Educação em Saúde em escolas da rede pública estadual de ensino médio do estado de Pernambuco**, propondo a análise da realização (ou não) das ações que partem de uma política pública específica, além das ações de Educação em Saúde que possam ocorrer por decisão interna da escola.

Para alcançar os objetivos traçados nesta pesquisa, inicialmente o(a) senhor(a) será informado(a) sobre o planejamento, andamento e os detalhes gerais da pesquisa. Em seguida será convidado a responder a um questionário sobre dados pessoais e posteriormente a ser entrevistado de forma oral (fala), em local apropriado dentro da escola, este escolhido pela própria gestão da escola e em seu acordo. Sua entrevista será gravada pelo pesquisador em aparelho apropriado e servirá para que possamos coletar os dados de pesquisa de forma fiel e para que possamos realizar a transcrição das falas e análise dos dados. A coleta de dados (preenchimentos e gravação) será realizada em momento único, de forma individual, com previsão máxima de 30 minutos para todo o processo, sendo solicitado ao senhor (à senhora) disponibilidade para a coleta de dados durante esse período. Caso não seja possível o contato pessoal, solicitamos (via gestão da escola) um momento de conversa com o(a) senhor(a) de forma virtual (remota), seguindo a mesma organização citada acima.

RISCOS: em qualquer tipo de pesquisa realizada com seres humanos há riscos. Nesse sentido, o contato próximo com o pesquisador poderá lhe trazer risco de contaminação com o Novo Coronavírus ou algum outro microrganismo. Sobre isso, para garantir-lhe total segurança, todo o contato com o pesquisador respeitará os protocolos de segurança estabelecidos pelas autoridades de saúde (uso de máscara, higienização do ambiente e do pesquisador, respeito ao distanciamento seguro), além de apresentação, por parte do pesquisador, de teste recente com resultado negativo para o Novo Coronavírus. A resposta ao questionário social e a gravação do áudio da sua entrevista poderão lhe causar algum tipo de mal-estar pela sensação de timidez ou de quebra de privacidade, mesmo não havendo prejuízos previstos à sua integridade física. Por isso, garantimos-lhe total liberdade de expressão, inclusive com interrupção do momento, caso ache necessário. Garantimos-lhe, também, o total anonimato sobre seus dados pessoais, substituindo qualquer dado de identificação pessoal por um código não pessoal, sempre que necessário.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: Como benefícios diretos destacam-se a possibilidade de conhecimento e aprofundamento do conhecimento e de momentos de discussão do(a) entrevistado(a) sobre a Educação em Saúde no ambiente escolar, dando à comunidade escolar possibilidade de construção de uma escola

mais saudável em seu cotidiano. Os benefícios indiretos possibilitados pela pesquisa serão traduzidos pela identificação do perfil das ações de Educação em Saúde realizadas nas escolas, o que poderá ajudar na construção e/ou atualização das políticas públicas estaduais/regionais/municipais pertencentes ao tema.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Políticas e ações de Educação em Saúde nas escolas da rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Impressão
digital

APÊNDICE B – Termo de Assentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MENORES DE 7 a 18 ANOS)

OBS: Este Termo de Assentimento para o menor de 7 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convidamos você _____, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: “Políticas e ações de Educação em Saúde nas escolas da rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco”. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador Wellington Lins de Souza, com endereço na Rua Altinho, número 62, apartamento 1502, bairro Madalena, cidade Recife, estado Pernambuco, CEP 50610-140, contato virtual pelo e-mail wellington.souza@ufpe.br e Telefone para contato pelo (81) 99957 2122 (inclusive ligações a cobrar). Esta pesquisa está sob a orientação do professor Dr. Vilde Gomes de Menezes, telefone: (81) 99206 7498, e-mail: vilde.menezes@ufpe.br.

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via deste termo lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guarda-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, um responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: Essa pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE), no Centro de Educação – CE, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, localizado na Avenida Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – Recife – PE Telefone: (81) 2126-8000, sendo parte da integralização do curso de Doutorado em Educação do pesquisador. **Ela está sendo realizada no objetivo de identificar e analisar as políticas e ações de Educação em Saúde em escolas da rede pública estadual de ensino médio do estado de Pernambuco**, propondo a análise da realização (ou não) das ações que partem de uma política pública específica, além das ações de Educação em Saúde que possam ocorrer por decisão interna da escola.

Para alcançar os objetivos traçados nesta pesquisa, inicialmente o(a) senhor(a) será informado(a) sobre o planejamento, andamento e os detalhes gerais da pesquisa. Em seguida será convidado a responder a um questionário sobre dados pessoais e posteriormente a ser entrevistado de forma oral (fala), em local apropriado dentro da escola, este escolhido pela própria gestão da escola e em seu acordo. Sua entrevista será gravada pelo pesquisador em aparelho apropriado e servirá para que possamos coletar os dados de pesquisa de forma fiel e para que possamos realizar a transcrição das falas e análise dos dados. A coleta de dados (preenchimentos e gravação) será realizada em momento único, de forma individual, com previsão máxima de 30 minutos para todo o processo, sendo solicitado ao senhor (à senhora) disponibilidade para a coleta de dados durante esse período. Caso não seja possível o contato pessoal, solicitamos (via gestão da escola) um momento de conversa com o(a) senhor(a) de forma virtual (remota), seguindo a mesma organização citada acima.

RISCOS: em qualquer tipo de pesquisa realizada com seres humanos há riscos. Nesse sentido, o contato próximo com o pesquisador poderá lhe trazer risco de contaminação com o Novo Coronavírus ou algum outro microrganismo. Sobre isso, para garantir-lhe total segurança, todo o contato com o pesquisador respeitará os protocolos de segurança estabelecidos pelas autoridades de saúde (uso de máscara, higienização do ambiente e do pesquisador, respeito ao distanciamento seguro), além de apresentação, por parte do pesquisador, de teste recente com resultado negativo para o Novo Coronavírus. A resposta ao questionário social e a gravação do áudio da sua entrevista poderão lhe causar algum tipo de mal-estar pela sensação de timidez ou de quebra de privacidade,

mesmo não havendo prejuízos previstos à sua integridade física. Por isso, garantimos-lhe total liberdade de expressão, inclusive com interrupção do momento, caso ache necessário. Garantimos-lhe, também, o total anonimato sobre seus dados pessoais, substituindo qualquer dado de identificação pessoal por um código não pessoal, sempre que necessário.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: Como benefícios diretos destacam-se a possibilidade de conhecimento e aprofundamento do conhecimento e de momentos de discussão do(a) entrevistado(a) sobre a Educação em Saúde no ambiente escolar, dando à comunidade escolar possibilidade de construção de uma escola mais saudável em seu cotidiano. Os benefícios indiretos possibilitados pela pesquisa serão traduzidos pela identificação do perfil das ações de Educação em Saúde realizadas nas escolas, o que poderá ajudar na construção e/ou atualização das políticas públicas estaduais/regionais/municipais pertencentes ao tema.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nem você e nem seus pais (ou responsáveis legais) pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Políticas e ações de Educação em Saúde nas escolas da rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco”, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data _____

Assinatura do (da) menor : _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (para os responsáveis por menores de 18 anos)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)**

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) _____ {ou menor que está sob sua responsabilidade} para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Políticas e ações de Educação em Saúde nas escolas da rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco”.

Esta pesquisa está sob a responsabilidade do pesquisador Wellington Lins de Souza, com endereço na Rua Altinho, número 62, apartamento 1502, bairro Madalena, cidade Recife, estado Pernambuco, CEP 50610-140, contato virtual pelo e-mail wellington.souza@ufpe.br e Telefone para contato pelo (81) 99957 2122 (inclusive ligações a cobrar). Esta pesquisa está sob a orientação do professor Dr. Vilde Gomes de Menezes, telefone: (81) 99206 7498, e-mail vilde.menezes@ufpe.br.

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade. Caso aceite que seu(sua) filho, filha ou menor de idade de sua responsabilidade participe da pesquisa, ele(a) terá total liberdade para responder apenas às perguntas que quiser responder.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: Essa pesquisa está vinculada à Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, localizado na Avenida Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – Recife – PE Telefone: (81) 2126-8000, sendo parte do curso de Doutorado em Educação do pesquisador. **Ela está sendo realizada no objetivo de identificar se ocorrem e como ocorrem** as ações de Educação em Saúde na escola onde seu(sua) filho, filha ou menor de idade de sua responsabilidade estuda.

Para isso, e com sua autorização, seu(sua) filho, filha ou menor de idade de sua responsabilidade responderá a um pequeno questionário sobre as características de sua família (renda aproximada, até qual série seu responsável estudou), além de informações sobre como ele(a) vai até a escola e qual a rede social que mais usa para estudar. Após esse preenchimento, seu(sua) filho, filha ou menor de idade de sua responsabilidade será convidado(a) a responder algumas perguntas sobre o que é Educação em Saúde e como a Educação em Saúde na escola pode influenciar na sua vida estudantil e também fora da escola. Essa última parte será gravada (apenas a voz), mas apenas a anotação do que foi dito será utilizada na pesquisa.

RISCOS DA PESQUISA: em qualquer tipo de pesquisa realizada com seres humanos há riscos. Sobre isso, para garantir o máximo de segurança para seu(sua) filho, filha ou menor de idade de sua responsabilidade, todo o contato com o pesquisador respeitará os protocolos de segurança em saúde (uso de máscara, higienização do ambiente e do pesquisador, respeito ao distanciamento seguro). Além disso, o pesquisador apresentará teste negativo para o novo Coronavírus e garante também ao seu(sua) filho, filha ou menor de idade de sua responsabilidade total liberdade para interromper a entrevista, além de todo o cuidado para não expor nenhum de seus dados pessoais. A pesquisa só será realizada no momento em que a gestão da escola, os professores e o(a) próprio menor de idade julgarem que não haverá nenhum prejuízo de aprendizado para o(a) participante.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: embora não haja benefício direto, os benefícios indiretos possibilitados pela pesquisa ajudarão na construção de uma escola mais saudável para seu(sua) filho, filha ou menor de idade de sua responsabilidade e para a população em geral.

O(a) senhor(a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para que seu(sua) filho, filha ou menor de idade de sua responsabilidade participe desta pesquisa, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente causados pela participação dele/a na pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas ao estudo, o(a) senhor(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo “Políticas e ações de Educação em Saúde nas escolas da rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco”, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Impressão Digital (opcional)

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o gestor escolar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA EDUCACIONAL, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO

ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTÃO ESCOLAR

1. De acordo com seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?
2. Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?
3. Em sua opinião qual a maior demanda sobre Educação em Saúde na sua escola?
4. Qual a sua percepção entre a relação da Educação em Saúde com as políticas públicas e as ações que partem da própria escola?
5. Você conhece o Programa Saúde na Escola ou alguma outra política pública voltada especificamente para a saúde na escola?
6. Você acredita que a sua escola tem autonomia para realizar ações de Educação em Saúde?
7. Você já participou de alguma formação/capacitação específica sobre Educação em Saúde?

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com o professor escolar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA EDUCACIONAL, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO

ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFESSOR

1. De acordo com seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?
2. Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?
3. Em sua opinião qual a maior demanda sobre Educação em Saúde na sua escola?
4. Qual a sua percepção entre a relação da Educação em Saúde com as políticas públicas e as ações que partem da própria escola?
5. Você conhece o Programa Saúde na Escola ou alguma outra política pública voltada especificamente para a saúde na escola?
6. Você já participou de alguma formação/capacitação específica sobre Educação em Saúde?

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com o aluno do 3º ano do ensino médio

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA EDUCACIONAL, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO

ROTEIRO DE ENTREVISTA: ALUNO

1. De acordo com seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?
2. Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?
3. Em sua opinião qual a maior demanda sobre Educação em Saúde na sua escola?
4. No seu entendimento alguma disciplina ou algum professor se destacou na Educação em Saúde durante seu trajeto estudantil na escola?
5. Você gostaria de citar alguma temática sobre Educação em Saúde que acredita que a escola poderia ter abordado, mas que não aconteceu?
6. Você já conseguiu aplicar no seu dia a dia algum conhecimento sobre Educação em Saúde adquirido durante sua trajetória de estudante?
7. Você conhece o Programa Saúde na Escola ou alguma outra política pública voltada especificamente para a saúde na escola?

APÊNDICE G – Roteiro de entrevista com a coordenadoria estadual do programa saúde na escola

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA EDUCACIONAL, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO

ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENADORIA ESTADUAL DO PROGRAMA
SAÚDE NA ESCOLA

1. Quais escolas da rede estadual de Pernambuco desenvolveram ações oficialmente ligadas ao PSE?
2. Como se dá a avaliação das ações?
3. É possível inferir algum indicador de efetividade sobre os resultados do PSE na rede citada? (Esse dado avaliativo pode ser de qualquer natureza que o programa se proponha a investigar (pedagógico, sanitário, etc.).

APÊNDICE H – Roteiro de entrevista com a coordenadoria municipal do programa saúde na escola

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA EDUCACIONAL, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO

ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENADORIA MUNICIPAL DO PROGRAMA
SAÚDE NA ESCOLA

1. Há parceria entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação na implementação/organização/prática do PSE no município? Pode falar brevemente sobre essa dinâmica?
2. O PSE local abrange todas as redes escolares do município (privada e pública estadual e municipal)?
3. O município avalia a efetividade do PSE em sua rede educacional e de saúde? Se sim, poderia descrever como funciona essa avaliação?
4. Existe algum mecanismo de avaliação dos impactos dessas ações nos indicadores educacionais da escola? Se sim, poderia descrever como funciona essa avaliação?

APÊNDICE I – Tabela 5: Dados gerais dos gestores entrevistados.

ESCOLA	IDADE (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO NA REDE ESTADUAL (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO NA ESCOLA ATUAL (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO NA FUNÇÃO ATUAL (ANOS)	QUANTIDADE DE ALUNOS DA ESCOLA
1	56	28	05	02	516
2	41	15	08	08	252
3	42	14	02	02	243
4	39	14	04	02	256
5	38	14	11	05	621
6	40	12	01	01	500
7	42	13	03	03	628
8	45	20	15	03	250
9	48	14	14	07	517
10	49	13	08	08	473
11	64	43	14	14	359
12	69	45	15	15	577
13	46	02	02	01	454
14	39	16	16	03	263
15	43	24	16	08	407

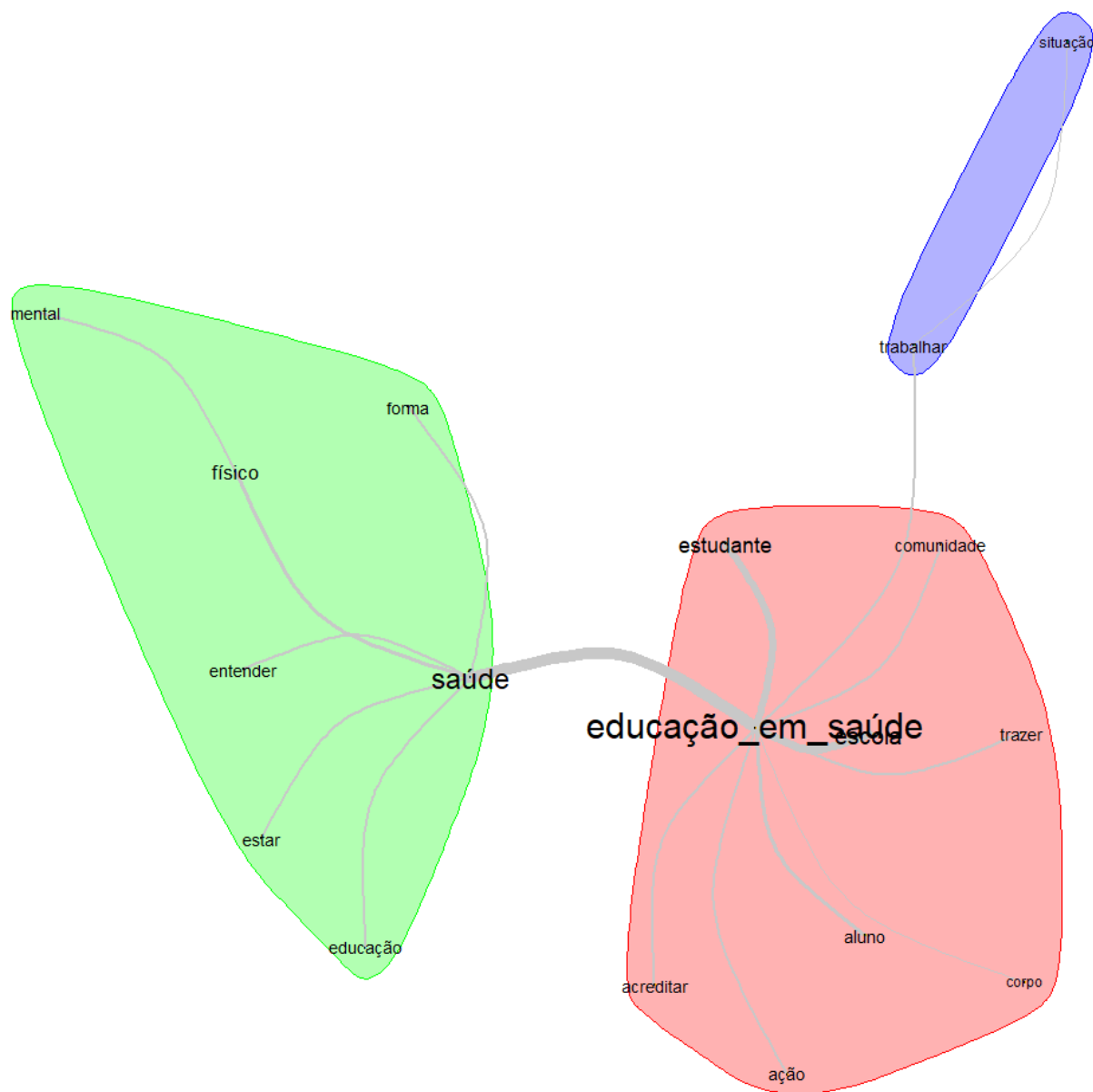
Fonte: o autor (2023).

APÊNDICE J – Tabela 7 - Dados gerais dos estudantes entrevistados

Aluno (escola)	Idade (anos)	Estuda no mesmo bairro em que reside?	Utiliza meio de transporte para chegar à escola?	Quantidade de pessoas que moram na residência	Renda mensal das pessoas da residência	Trabalha?	Nível de escolaridade do pai ou responsável	Nível de escolaridade da mãe ou responsável	Meio de comunicação que mais utiliza para se manter informado(a)	Cursou todo o ensino médio na mesma escola?
1	17	Não	Não	04	Entre 1 e 3 SM	Não	EF completo	EF completo	Redes sociais	Sim
2	17	Não	Sim (pago)	03	Entre 1 e 3 SM	Sim (apenas para comprar minhas coisas)	EF incompleto	EF incompleto	Redes sociais	Sim
3	16	Não	Sim (pago)	04	Entre 1 e 3 SM	Não	ES completo	ES incompleto	Redes sociais (instagram)	Sim
4	18	Não	Sim (fornecido)	04	Entre 3 e 5 SM	Não	PG completo	ES incompleto	Sites na internet	Sim
5	18	Não	Sim (fornecido)	05	Entre 1 e 3 SM	Não	ES completo	ES completo	Redes sociais (instagram e whatsapp)	Sim
6	17	Não	Sim (fornecido)	05	Entre 3 e 5 SM	Não	EF incompleto	EF completo	Redes sociais (instagram)	Sim
7	17	Não	Sim (fornecido)	02	Até 1 SM	Não	EM completo	EM completo	Sites na internet e redes sociais	Sim
8	18	Não	Não	05	Entre 1 e 3 SM	Não	EF incompleto	ES completo	Sites na internet e redes sociais (instagram)	Sim
9	17	Não	Sim (pago)	03	Entre 3 e 5 SM	Não	EM completo	EM completo	Redes sociais (instagram)	Sim
10	17	Não	Não	04	Entre 3 e 5 SM	Sim (apenas para comprar minhas coisas)	PG completo	EF completo	Sites na internet e redes sociais	Sim
12	18	Não	Sim (fornecido)	04	Até 1 SM	Não	EF incompleto	EF incompleto	Redes sociais (instagram)	Sim

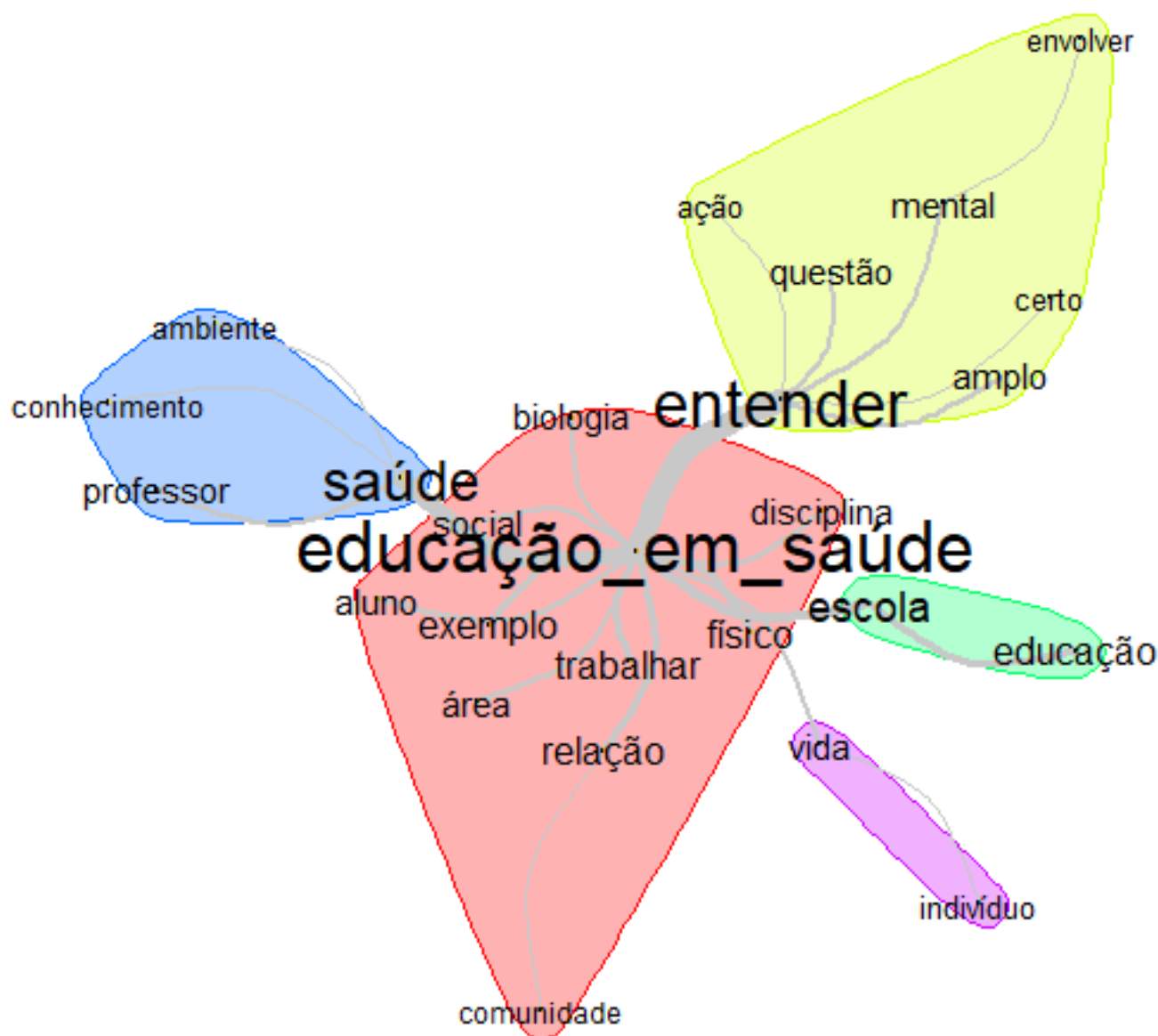
Fonte: o autor (2023)

APÊNDICE K - Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos gestores para a pergunta “No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?”.



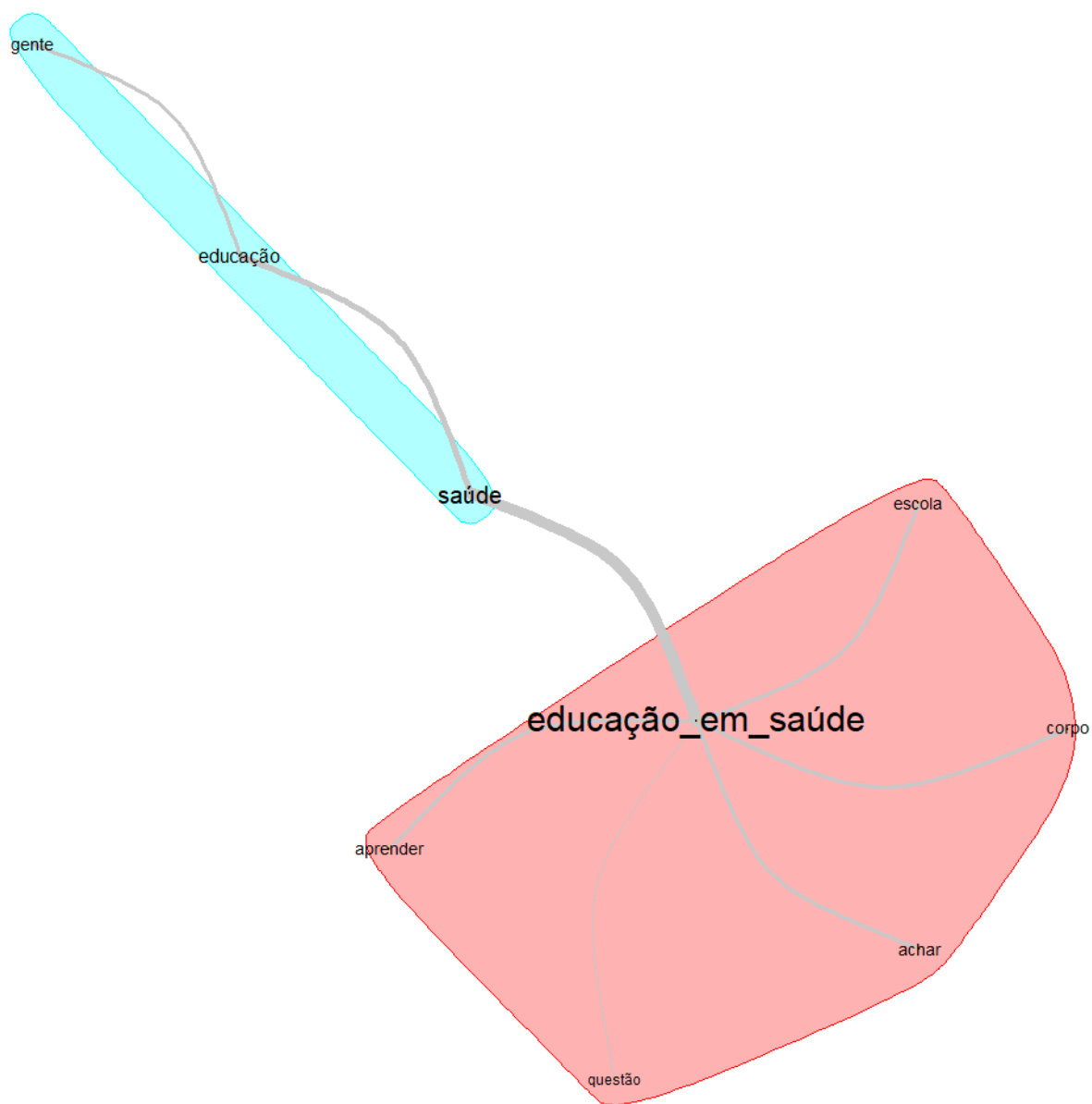
Fonte: o autor (2023)

APÊNDICE L – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos professores para a pergunta “No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?”.



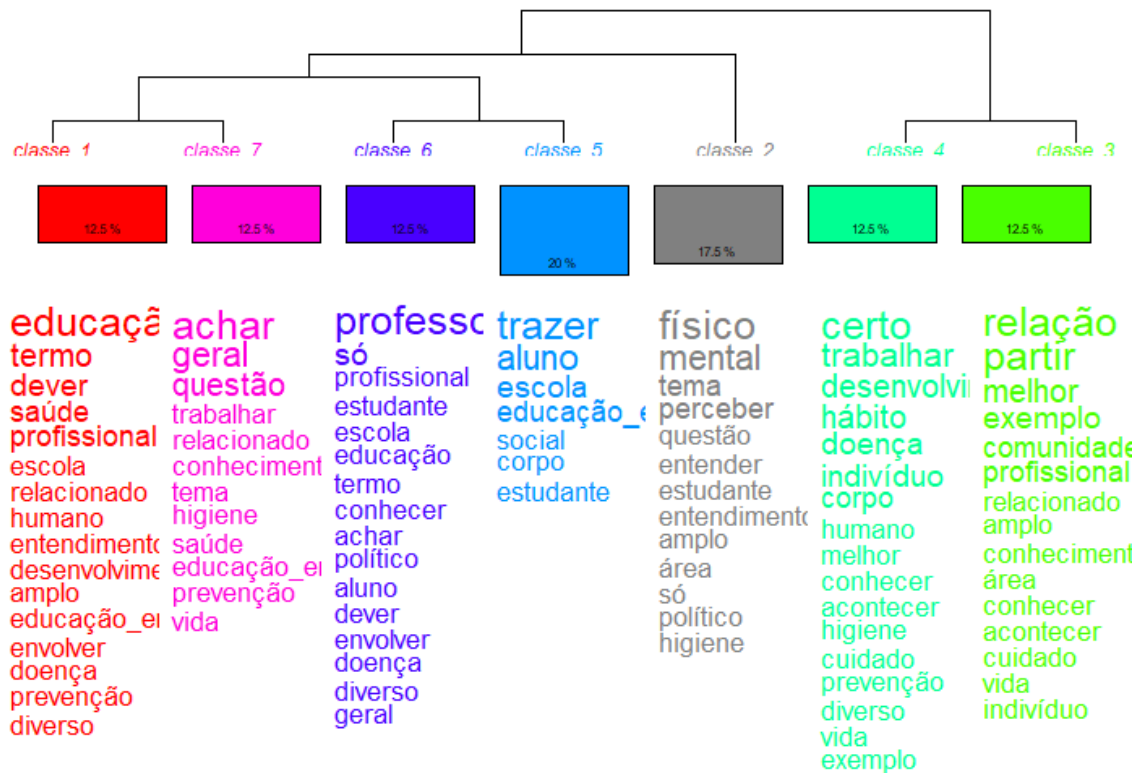
Fonte: o autor (2023)

APÊNDICE M – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos alunos para a pergunta “No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?”.



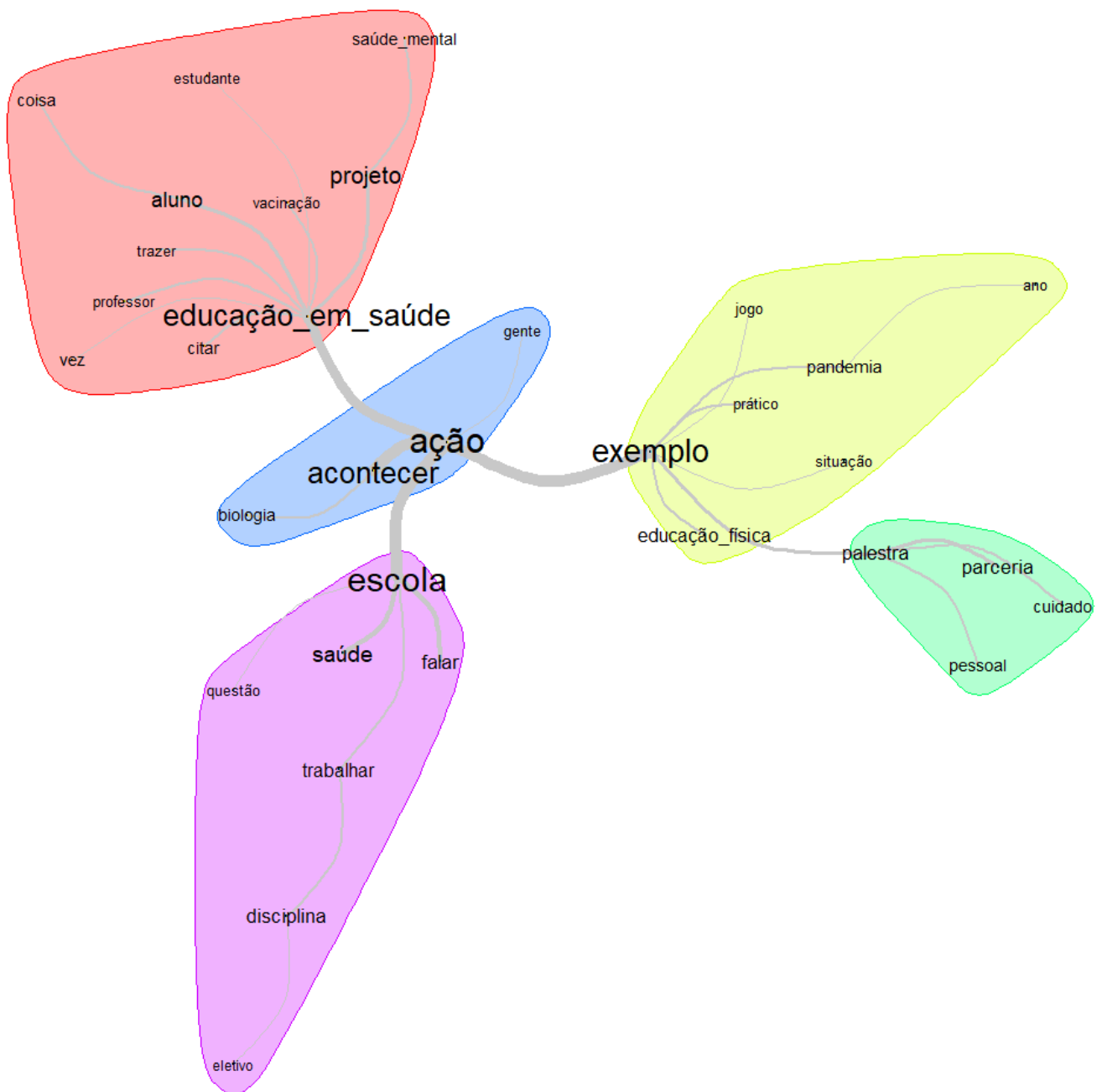
Fonte: o autor (2023)

APÊNDICE N – Dendrograma bruto produzido a partir das respostas dos gestores, professores e alunos para a pergunta “No seu entendimento, o que seria Educação em Saúde?”.



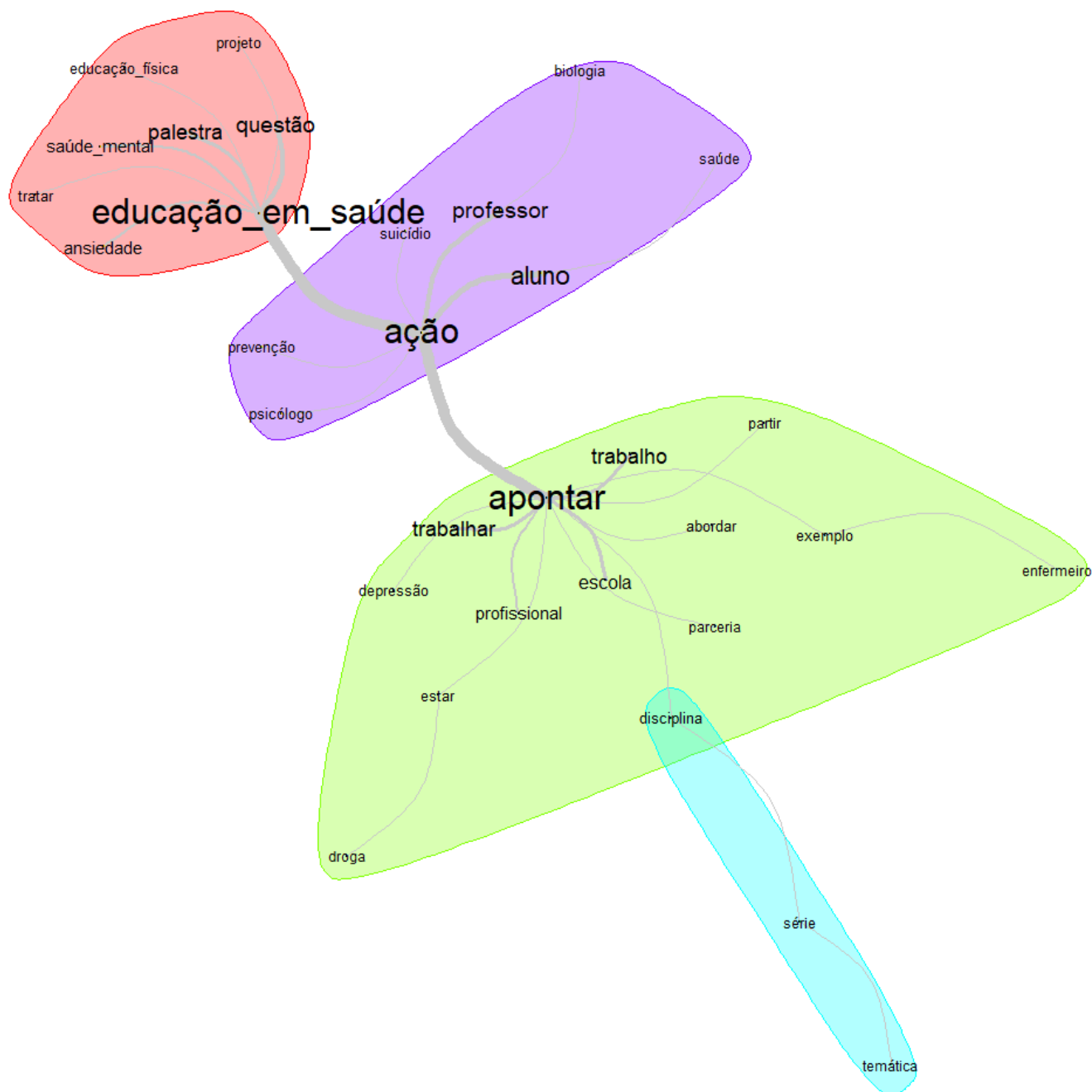
Fonte: o autor (2023)

APÊNDICE O – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos gestores para a pergunta “Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”



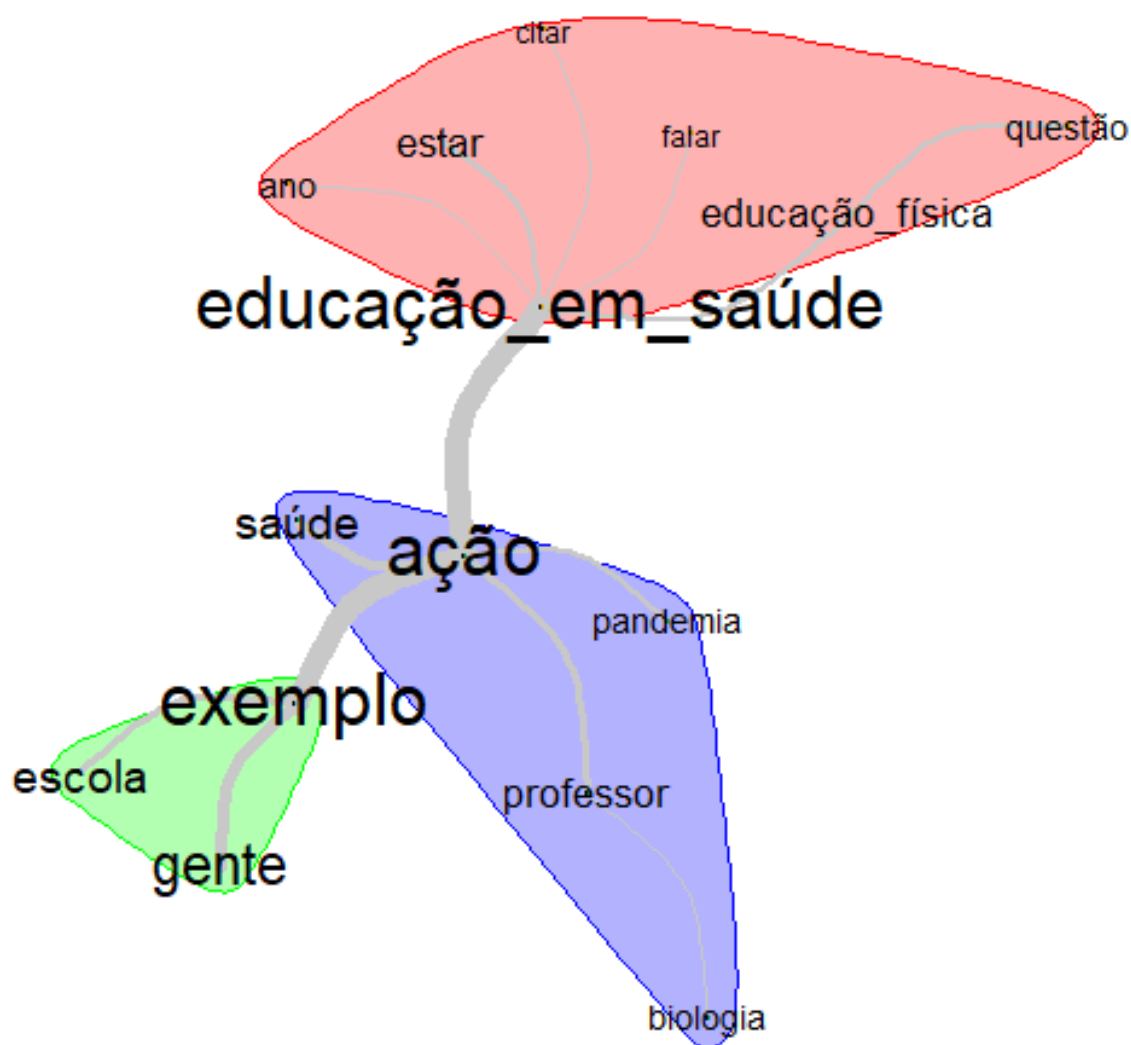
Fonte: o autor (2023)

APÊNDICE P – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos professores para a pergunta “Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”



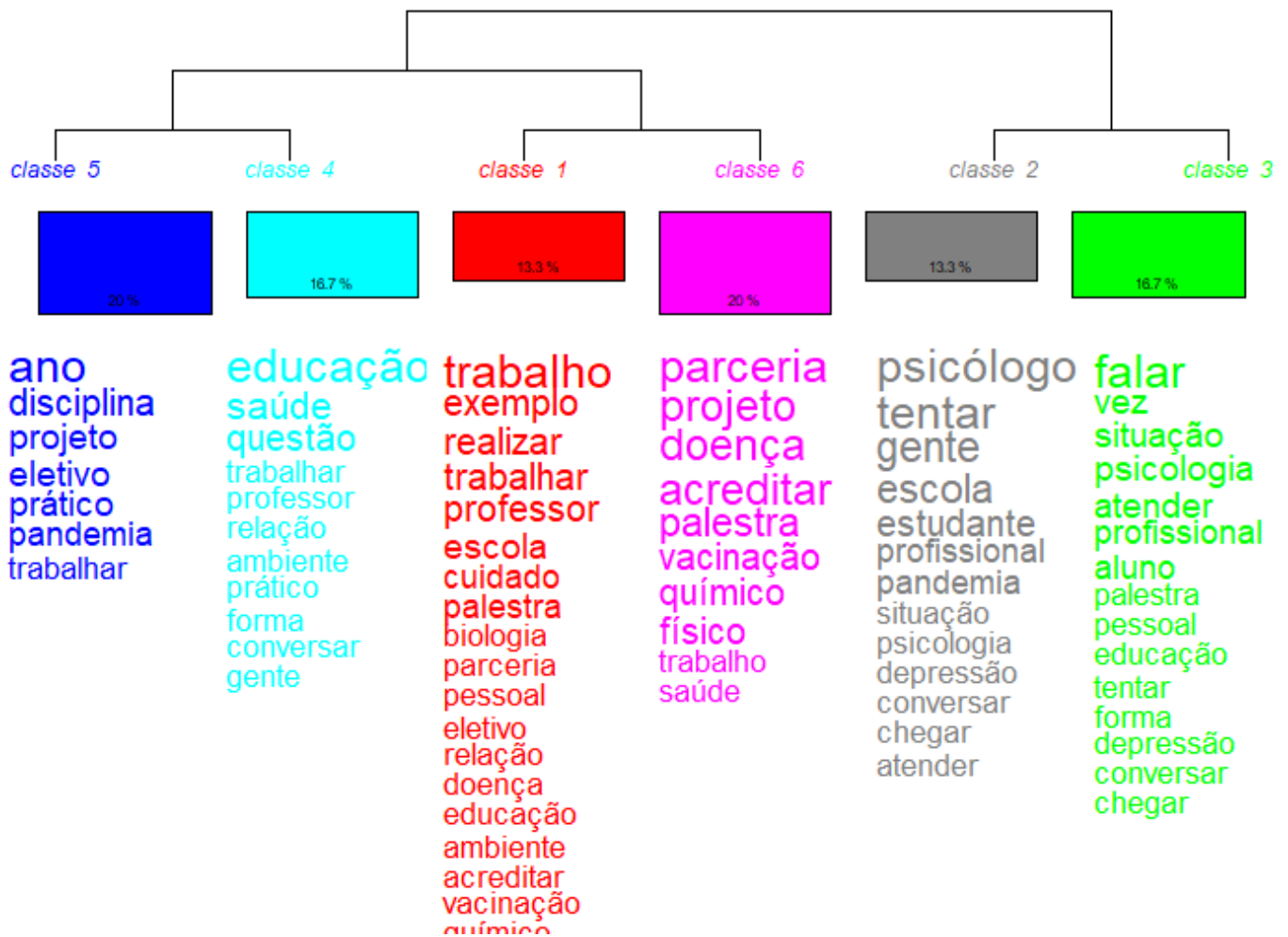
Fonte: o autor (2023)

APÊNDICE Q – Árvore de similitude produzida a partir das respostas dos alunos para a pergunta “Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”



Fonte: o autor (2023)

APÊNDICE R – Dendrograma bruto produzido a partir das respostas dos gestores, professores e alunos para a pergunta “Você pode citar qual (quais) ação (ações) de Educação em Saúde que acontecem/aconteceram na escola?”



Fonte: o autor (2023)