

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF**

SAMUEL LIMA LEONE

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ESCOLAS: UM ESTUDO SOBRE A
PERSPECTIVA DOCENTE**

RIO DE JANEIRO

2024

SAMUEL LIMA LEONE

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ESCOLAS: UM ESTUDO SOBRE A PERSPECTIVA
DOCENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: PROF^a. DR^a. ALESSANDRA DA SILVA PEREIRA

RIO DE JANEIRO

2024

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

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

L583 Lima Leone, Samuel
 Educação em saúde em escolas: um estudo sobre a
 perspectiva docente / Samuel Lima Leone. -- Rio de
 Janeiro, 2024.
 168

 Orientadora: PROFª DRª ALESSANDRA DA SILVA PEREIRA.
 Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Estado do
 Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
 2024.

 1. Educação em saúde. 2. Escola. 3. Professores. I. DA
 SILVA PEREIRA, PROFª DRª ALESSANDRA, orient. II. Título.

SAMUEL LIMA LEONE

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ESCOLAS: UM ESTUDO SOBRE A
PERSPECTIVA DOCENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 10 de maio de 2024

BANCA EXAMINADORA



Presidente: Profa. Dra. ALESSANDRA DA SILVA PEREIRA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profa. Dra. AMANDA DA SILVA FRANCO
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Profa. Dra. ANDRESSA TEOLI NUNCIARIONI FERNANDES
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof. Dr. FELIPE DE SOUZA CARDOSO
Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE)
Faculdade Bezerra de Araújo (FABA)

Profa. Dra. GIANE MOLIARI AMARAL SERRA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)



AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por tudo. Pela sua poderosa misericórdia, graça e sabedoria infinita. Pelas oportunidades que recebi, pela proteção, família, esperança e fé em um Deus que é vivo e está sempre comigo. Tudo o que tenho e sou eu agradeço a Ti!

À Celina e ao Jorge (em memória), meus grandes pais, companheiros, eu agradeço.

Isaac, meu irmão, agradeço pelo seu apoio também. Obrigado pela perseverança nos momentos difíceis, especialmente pela minha mãe que me ajudou a superar a perda do meu pai ao longo do mestrado. Lembro-me do dia que contei a ele que havia passado no mestrado, quanta alegria! Meu pai pulou de felicidade, foi emocionante! Ele torceu muito por esse momento. Agradeço a vocês por nunca pouparem esforços para lutar ao meu lado nos diversos desafios que a vida apresentou até aqui, por me amarem grandemente, encorajarem e viverem em um caminho honesto e forte pela verdade na fé em Jesus Cristo. Obrigado!

Ao grande amor da minha vida, Crizan, muito obrigado! Obrigado por ser minha esposa quando estou precisando de um colinho; minha professora quando preciso daquele incentivo para o estudo, e também quando preciso daquela força especial. Por ser minha consciência positiva quando o desânimo batia; por ser minhas pernas quando não dava para andar; minhas mãos quando era difícil escrever; a parte feliz e colorida quando os dias estavam cinzentos. Obrigado por tudo, tudo mesmo... não foi fácil o caminho (enchente, mudança, dente, ombro, eventos perdidos, horas de auxílio etc.), mas, com você, ele se tornou possível. "TE AMO"!

Agradeço à minha orientadora, Alessandra, muito obrigado! Por ter me acolhido, confiado em meu trabalho e ter me orientado. Pela paciência e gentileza durante esse período, também pela oportunidade de participar de

forma ativa em atividades que me auxiliaram em meu desenvolvimento neste período. A você todo o meu respeito!

Sou grato a todos que, de forma direta ou indireta, participaram desta pesquisa, obrigado a cada docente que se dedicou a responder às questões que deram vida a este estudo, e também a cada pessoa que auxiliou na divulgação do questionário.

Agradeço também à UNIRIO e a todos os professores e administradores que lutam e se esforçam por manter uma pós-graduação de tão boa qualidade e com tantos incentivos, proporcionando e auxiliando o crescimento profissional de forma tão comprometida e motivadora. Especialmente sou grato à Banca de Qualificação e de Defesa pelas contribuições que ajudaram os alicerces deste trabalho. Agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa de mestrado, possibilitando a realização desta pesquisa.

RESUMO

LEONE, Samuel Lima. **Educação em Saúde em escolas: um estudo sobre a perspectiva docente**. 2024. 179 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

INTRODUÇÃO: A Educação em Saúde pode ser definida como ações educativas de construção de conhecimentos em saúde com vistas à apropriação pela população e comunidade. **OBJETIVO:** Avaliar a inserção da educação em saúde em escolas segundo a percepção docente. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de campo, quanti-qualitativo, realizado de junho de 2022 a janeiro de 2024. Antes das atividades de campo, contudo, foi realizada uma revisão sistemática sobre a temática, desenvolvida por dois pesquisadores independentes, no período de maio a outubro de 2023. A pergunta da revisão sistemática foi: “A Educação em Saúde nas escolas pode influenciar a formação de hábitos alimentares saudáveis?”. Para a seleção dos estudos, foram usadas as bases de dados: Lilacs, PubMed e Embase; e os descritores utilizados foram: Educação em saúde, qualidade de vida, alimentação saudável e escolas, selecionados como auxílio da base DeCs e MeSH. Para o estudo de campo, foi elaborado e divulgado um questionário virtual para professores de escolas do Brasil. O questionário continha questões que puderam identificar o perfil dos professores participantes e das ações de Educação em Saúde realizadas. **Análise dos dados:** quantitativos, frequência absoluta e relativa e para as variáveis qualitativas foi realizada análise de conteúdo na sistematização, leitura, categorização e interpretação do material coletado. **RESULTADOS:** Com os dados levantados pela revisão sistemática, foi possível observar que a temática da Educação em Saúde nas escolas promove melhoria significativa nas decisões saudáveis dos estudantes envolvidos, especialmente sobre alimentação saudável. No estudo de campo, participaram da pesquisa 103 professores, 81,0% dos participantes com idade acima de 36 anos; a maior parte possuía pós-graduação: 46,6%; 60,2% possuíam mais de 15 anos de docência, 77,7% dos professores participantes atuaram e participaram de eventos e práticas relacionadas à saúde em suas escolas, e 74,8% afirmaram trabalhar questões sobre saúde em suas ações pedagógicas. Em contraste com tal dado, 39% dos participantes não estudaram algo relacionado à saúde em sua formação acadêmica, e 27% não lembram se estudaram algo relacionado à saúde em sua formação acadêmica. A análise de conteúdo apontou questões levantadas pelos participantes em relação à Educação em Saúde, como: programas governamentais, vulnerabilidade do estudante, sua alimentação, família, contexto social, aprendizagem, participação dos profissionais da saúde na escola, entre outros aspectos, estão estritamente vinculados ao modo como a educação e a saúde se articulam dentro e fora da escola, através de 4 categorias finais de análise: “Categoria 1: Educação em saúde e o PSE na escola, Categoria 2: Educação em Saúde e a presença de profissionais de saúde na escola não vinculados ao PSE, Categoria 3: Educação em Saúde e alimentação na escola e Categoria 4 - Educação em saúde e os limites, problemas e desafios na perspectiva docente”, tornando as contribuições/perspectivas docentes um fator de grande relevância ao campo dos estudos sobre Educação em Saúde. **CONCLUSÃO:** A

pesquisa revela que a perspectiva docente amplia o debate acerca do campo da Educação em Saúde nas escolas considerando o permanente contato dos docentes com os estudantes, antes, durante e após as ações e práticas de Educação em Saúde, proporcionando maior detalhamento das consequências da falta ou presença da atuação da Educação em Saúde nas escolas.

Palavras-chaves: Educação em Saúde, Escola, Professores e Pesquisa quanti-qualitativa.

ABSTRACT

LEONE, Samuel Lima. **Health Education in schools: a study from the teaching perspective**. 2024.179 f. Thesis (Master). Graduate Program in Nursing, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

INTRODUCTION: Health Education can be defined as educational actions to build health knowledge with a view to appropriation by the population and community. **OBJECTIVE:** To evaluate the insertion of health education in schools according to teaching perception. **METHODS:** This is a quantitative-qualitative field study, carried out from June 2022 to January 2024. Before the field activities, however, a systematic review on the topic was carried out, developed by two independent researchers, in the period from May to October 2023. The systematic review question was: "Can Health Education in schools influence the formation of healthy eating habits?". To select the studies, the following databases were used: Lilacs, PubMed and Embase and the descriptors used were: Health education, quality of life, healthy eating and schools, selected as an aid from the DeCs and MeSH database. For the field study, a virtual questionnaire was prepared and disseminated for school teachers in Brazil. The questionnaire contained questions that were able to identify the profile of the participating teachers and the Health Education actions carried out. **Data analysis:** quantitative, absolute and relative frequency and for qualitative variables, content analysis was carried out in the systematization, reading, categorization and interpretation of the collected material. **RESULTS:** With the data collected by the systematic review, it was possible to observe that the theme of Health Education in schools promotes significant improvement in the healthy decisions of the students involved, especially regarding healthy eating. In the field study, 103 teachers participated in the research, with 81.0% of participants over the age of 36; the majority had a postgraduate degree, 46.6%; 60.2% had more than 15 years of teaching, 77.7% of the participating teachers worked and participated in events and practices related to health in their schools and 74.8% stated that they work on health issues in their pedagogical actions. In contrast to this data, 39% of participants did not study anything related to health in their academic training and 27% do not remember if they studied anything related to health in their academic training. Content analysis pointed out questions raised by participants in relation to Health Education, such as: government programs, student vulnerability, their diet, family, social context, learning, participation of health professionals at school, among other aspects, which are strictly linked to the mode how education and health are linked inside and outside the school, through 4 final categories of analysis: "Category 1: Health education and PSE at school, Category 2: Health Education and the presence of health professionals at school not linked to the PSE, Category 3: Health Education and nutrition at school and Category 4 - Health education and the limits, problems and challenges from the teaching perspective", making teaching contributions/perspectives a factor of great relevance to the field of studies on Health Education. **CONCLUSION:** The research reveals that the teaching perspective expands the debate about the field of Health Education in schools, considering the permanent contact between teachers and students, before, during and after Health Education actions and practices, providing greater detail of the consequences of the lack

or presence of Health Education in schools.

Keywords: Health Education, School, Teachers and Quantitative-qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Formatos de busca na Base de Dados	52
Figura 2: Diagrama de fluxo para revisões sistemáticas- pesquisas apenas em bases de dados e registros.	53
Figura 3: Passos da metodologia de Análise de Conteúdo - Bardin (2009).....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela das Categorias Iniciais de Análise	59
Tabela 2: Tabela das Categorias Intermediárias de Análise. Fonte: Esquema elaborado pelo autor	60
Tabela 3: Caracterização e práticas de educação em saúde de educadores que atuam com o primeiro segmento do Ensino Fundamental em unidades escolares.	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Síntese dos indicadores iniciais organizados na pré-análise que compuseram o corpus da pesquisa.	57
Quadro 2: Categorias Finais de Análise sobre o questionário: Educação em Saúde na escola na perspectiva docente. Fonte: Esquema elaborado pelo autor	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES.....	21
2.2	EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DIALÓGICA	25
2.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS.....	28
2.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA E A ALIMENTAÇÃO ESCOLAR.....	35
2.5	PRÁTICAS INTERNACIONAIS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	37
2.6	PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	39
2.6.1	Programa Saúde na Escola (PSE)	40
2.6.2	Educação Alimentar e Nutricional (EAN)	42
2.6.3	Programa Crescer Saudável	44
2.6.4	Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)	45
2.7	POLÍTICA PÚBLICA, DEFINIÇÕES E APLICAÇÕES.....	46
3	JUSTIFICATIVA	49
4	OBJETIVOS	50
4.1	OBJETIVO GERAL.....	50
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
5	MÉTODOS	51
5.1	REVISÃO SISTEMÁTICA:	51
5.2	PESQUISA DE CAMPO	53
5.2.1	Aplicação e análise do questionário elaborado	54
5.3	ABORDAGEM QUALITATIVA: ANÁLISE DE CONTEÚDO	55
5.3.1	Pré- Análise	56
5.3.2	Exploração do material	58
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	92

APRESENTAÇÃO

Ao longo da graduação em Enfermagem, pude participar do Projeto de Extensão: “Promovendo a saúde do Adolescente na escola: uma proposta do cuidar”, que promovia ações contínuas em ambientes escolares, com foco no desenvolvimento infanto-juvenil sobre orientações acerca da saúde individual e coletiva. Neste projeto, pude me aproximar dos estudantes da Educação Básica em escolas públicas do Rio de Janeiro e auxiliá-los na construção de saberes para educação em saúde e modificação de comportamentos não saudáveis, dedicando-me mais à temática e decidindo por aprofundar meus estudos sobre Educação em Saúde no contexto escolar.

Desde a experiência vivida na Graduação, sou convidado por profissionais de educação a estar em diferentes escolas públicas e particulares para tratar, de maneira mais contínua, a necessidade da discussão da Educação em Saúde.

Meu interesse, nesta pesquisa, é a possibilidade de ampliar as investigações que fiz durante a graduação, o que me possibilitou continuar pesquisando na área de Educação em Saúde infanto-juvenil também em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), após as experiências vividas no projeto de Extensão.

Com a proposta de pesquisar as concepções de promoção e prevenção da saúde através da construção de um material educativo digital, voltado ao público adolescente, meu trabalho final do curso de Graduação em Enfermagem sistematizou algumas abordagens informativas de Educação em Saúde. Tal proposta evidenciou as complexas demandas de promoção e prevenção de saúde no período da infância e adolescência, o escasso acesso às informações sobre saúde, higiene, doenças, autocuidado, entre outros assuntos presentes no desenvolvimento infantil, tornando urgente a necessidade de discutir, no âmbito dos espaços escolares, estratégias pedagógicas permanentes da promoção e prevenção da saúde.

Especialmente neste momento, com a continuação da pesquisa, através do mestrado, foco no processo em que a temática saúde surge, acontece e possibilita caracterizar as ações que constroem a área da Educação em Saúde na perspectiva docente em espaços escolares, especialmente com o aporte teórico dos estudos de Feio & Oliveira (2015), Pereira (2010), Barbosa R.M, Soares E.A, Lanzillotti H.S (2009), Lima, Malacarne; Strieder (2012), entre outros.

1 INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde (ES), ao longo do tempo, apresentou significativas mudanças, tanto na perspectiva conceitual, como nas práticas e estratégias, decorrentes de diferentes estudos no campo da Educação e da Saúde, considerando amplamente o conjunto de transformações provenientes de outras esferas sociais, culturais, políticas e econômicas. (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009).

Alguns métodos tradicionais da educação passaram por modificações, de metodologias de aplicabilidade, transmissão/assimilação de conhecimentos e busca por resultados, para uma perspectiva mais integrativa e dialógica, que considerou aspectos multidisciplinares em conexão, discutido a partir da participação de todos os envolvidos (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

Na saúde, por sua vez, outras alternativas conceituais também surgiram, especialmente ao reconsiderar o conceito de saúde como ausência de doença, e integrando outros elementos contextuais, sociais, políticos, religiosos e culturais, definindo-a como “um estado de bem-estar físico, mental, social e espiritual, em constante mutação ao longo da vida” (FEIO & OLIVEIRA, 2015, p. 703), “nesse sentido, são indissociáveis o conceito de saúde e a noção de direito social” (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009, p. 1).

Assim, o conceito de ES passou a se modificar ao longo das mudanças conceituais e práticas de ambos os campos, Educação e Saúde, apresentando movimentos de transformação em seu caráter pedagógico. Podemos perceber tal movimento de transformação ao mudar o modo de ensinar, como aplicar e transmitir conhecimento, pela troca e diálogo entre os envolvidos no processo de educação em saúde, sejam professores, profissionais de saúde ou estudantes (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

Outra perspectiva transformadora é a preocupação com o processo contínuo e integrativo das ações, para além do resultado das intervenções, apresentando, assim, uma proposta ativa aos indivíduos, ao serem considerados capazes, em parceria com os profissionais de educação, de controlarem os seus próprios determinantes de saúde, através da criação, desenvolvimento e permanência de atitudes, habilidades e competências de ação em diálogo (FREIRE, 1996).

Assim, ao discutir a Educação em Saúde, é preciso estar atento não somente à

perspectiva da simples informação, transmissão ou prescrição do saber científico ou técnico-profissional em diferentes esferas da sociedade, como também é necessário refletir sobre uma prática educativa emancipatória, com regularidade educacional, encontrada em contextos escolares, discutindo a possibilidade de transformar saberes existentes, através de práticas curriculares permanentes, fomentando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde individual e coletiva ao longo do seu desenvolvimento infanto-juvenil (FREIRE, 2014).

Como agente multiplicador de saúde, o enfermeiro tem como uma das principais ferramentas a promoção e prevenção da saúde. Segundo a teórica de enfermagem Dorothea Orem, que discute a questão do autocuidado, é necessário prover ferramentas que condicionem o uso dessas práticas através do ensino sobre educação em saúde, a fim de habilitar o indivíduo a participar de forma ativa para a melhora de sua condição vigente, conseqüentemente, contribuindo para o coletivo, no que tange à diminuição de comorbidades e seus agravos, melhora da qualidade de vida, diminuindo a frequência na utilização dos serviços de saúde (SCHWINGE & ARAÚJO, 2021).

Tais condições de ensino-aprendizagem e promoção da saúde podem ser desenvolvidas nos espaços escolares através de projetos e propostas institucionais e governamentais sobre saúde, através de ações da enfermagem para o acompanhamento, compreensão e mudança de comportamento em saúde (SCHWINGE & ARAÚJO, 2021), como intitulado na pesquisa da linha a que me candidatei.

Podemos encontrar tal exemplo no Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), resultado do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com a perspectiva de desenvolver as ações específicas de saúde com estudantes da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2011). Sendo um dos primeiros passos, a nível nacional, de ação pedagógica de educação em saúde, como um direito a todos, que chegou às escolas públicas, mesmo que de forma opcional, como ação de saúde enquanto direito à saúde universal.

Assim, através de experiências anteriores, inclusive mais antigas que o surgimento do próprio termo Educação e Saúde, a escola abarca uma missão

primordial de desenvolver processos de ensino-aprendizagem. Além disso, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social, e, especialmente, no desenvolvimento infantil. Juntamente com outros espaços sociais, a escola desempenha papel determinante no desenvolvimento dos estudantes, na percepção e construção da cidadania. Desse modo, pode tornar-se elo de encontro para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

A importância dos profissionais de educação, especialmente dos docentes, como apresentado neste estudo, perpassa, no processo de formação cidadã, na área de Educação em Saúde, a busca integrativa de ações pedagógicas voltadas à promoção e prevenção da saúde como parte da composição das ações das Instituições de Ensino. Neste sentido, é preciso ressaltar o papel do professor no processo de parceria e instrumentalização pedagógica visando à construção do autocuidado dos indivíduos na sociedade, como sujeitos de construção e reconstrução dos saberes, em um processo contínuo de transformação da realidade (SCHWINGE & ARAÚJO, 2021).

Nesse sentido, as práticas educativas em saúde devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a ampliação das diferentes áreas da melhoria da saúde humana, como atividade física, alimentação, repouso, ambiente adequado e etc., integrando as diferentes funções sociais da Saúde e da Educação na formação cidadã dos indivíduos e no cumprimento dos direitos da população (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

Através da integração Educação em Saúde e Instituições de Ensino, é possível estabelecer a participação social de ações numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa, especialmente voltada à alimentação infanto-juvenil, considerando o tempo e a dinâmica escolar. Nesse sentido, a educação em saúde discutida no espaço escolar pode atuar como portadora da coerência política da participação social, no debate sobre o surgimento de doenças, a fome, desnutrição, como também na transformação das limitações existentes em melhoria da qualidade de vida (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

Trazer ao cenário da educação em saúde a interlocução com espaços de ensino, que atuam entre outras áreas com a alimentação e a nutrição infanto-juvenil e apontam a necessidade de uma reflexão integrativa de formação e práticas que envolvam as múltiplas áreas e atores sociais (PEREIRA & MOCELIN, 2023).

Assim, a relação entre a educação, saúde e a alimentação e nutrição de crianças

e jovens parte da ideia integrativa de ações de prevenção e conscientização de hábitos saudáveis, visando à melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos com o processo educativo das instituições de ensino. Comer é uma necessidade vital, e tratar da educação em saúde voltada especialmente aos aspectos da alimentação e nutrição, no espaço escolar, é um passo importante para mudança nos hábitos alimentares de cada indivíduo. A escola, como fator que favorece a elaboração e reelaboração de estratégias de ensino, ajuda a criar condições mais favoráveis e permanentes de orientação em educação alimentar e nutricional, entre outros aspectos ligados à saúde (FERNANDES et. al, 2014).

O desenvolvimento de hábitos saudáveis relacionados à alimentação parte dos primeiros anos de vida, como também na infância e adolescência, especialmente fixado e consolidado na juventude. Tais etapas da vida marcam as decisões individuais das práticas alimentares adequadas (MADRUGA et al., 2012). A escola voltada à Educação Básica desempenha um importante papel na formação de uma alimentação adequada e saudável, ampliando o estilo de vida saudável, com atividades de promoção da saúde (SANTOS et al., 2014).

Um dos programas que aborda as questões da alimentação saudável é a Educação Alimentar e Nutricional (EAN): um campo de conhecimentos e práticas que visam à promoção de hábitos alimentares saudáveis a partir da autonomia do sujeito. A EAN se faz de forma contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, demonstrando uma proposta integrativa (PEREIRA & MOCELIN, 2023).

Ao ser observado o aumento da obesidade infantil, que é considerado um problema de saúde pública, em âmbito nacional, foi desenvolvida uma estratégia de saúde em escolas públicas, denominada "Crescer saudável". Tal programa consiste em um conjunto de ações implementadas, junto ao programa de saúde na escola, com objetivo de enfrentar a questão da obesidade no país e tem como público-alvo as crianças que possuem até 10 anos, que estão na pré-escola, educação infantil e ensino fundamental (BRASIL, 2022).

O programa tem, em sua estrutura, os seguintes eixos: vigilância alimentar e nutricional, programa de alimentação adequada e saudável, incentivo às práticas corporais e de atividade física, cuidados especiais para crianças que já apresentam obesidade. Tais eixos ajudam a fazer um diagnóstico precoce e também intervir antes que a obesidade se instale. Tal trabalho foi registrado, gerando um banco de dados,

que é compartilhado como o sistema do SUS, facilitando, assim, o monitoramento do desenvolvimento dessas crianças. É importante ressaltar que as estratégias de saúde precisam caminhar em conjunto de forma complementar, para que o atendimento a esses indivíduos ocorra de forma integral (PEREIRA & MOCELIN, 2023).

Portanto, a Educação em Saúde em diálogo, com ações desenvolvidas em instituições de ensino, podem promover ganhos em duas faces do mesmo processo, tanto para área da saúde como para a área da educação, de modo interdependente e coconstrutivo. Com o pressuposto de “desenvolvimento do indivíduo em todas as suas dimensões, como a fisiológica, a emotiva, a afetiva, volitiva, a racional, a ética, a espiritual, a social, a ecológica ou a comunitária” (FEIO & OLIVEIRA, 2010), um estudo promovido em espaços de ensino, através da perspectiva docente, atua em um processo contínuo e permanente de uma prática profissional integrada que promova qualidade de vida ao público infanto-juvenil de modo multidimensional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES

Inicialmente, ao discutir o conceito de Educação em Saúde, deve-se questionar como a temática se constitui, argumentando a perspectiva que se desenvolve e com a qual ela converge e diverge (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009). Para tal, é necessário problematizar as formas de conceber, organizar e analisar teorias e práticas relativas à sua atuação no campo da saúde.

Durante o processo, a ideia do próprio conceito do que é Educação e do que é Saúde é composta, e pode ser recusada e/ou oferecida a priori, por processos de lutas políticas, tornando-se aquilo que constantemente se constrói como projeto de sociedade (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009). O conceito pode ter diversas compreensões, por possuir “um caráter multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político filosóficas sobre o homem e a sociedade” (SCHALL & STRUCHINER, 1999, p. 4).

Cardoso de Melo (2007), auxilia-nos com tal perspectiva ao afirmar que é preciso

Rever as ideias ao redor do que seja processo de trabalho em saúde, do compromisso social desse trabalho, a partir da complexidade das diferentes razões e das tensões implicadas nas relações (...). E isso implica uma nova ética para a saúde, fundada na compreensão das condições de vida para além das sociedades humanas (...). Implica ainda pensar uma nova estética em termos de educação, como também uma capacidade de compreender a realidade como arte de desencantamento e reencantamento desse mundo em que vivemos e como uma das possíveis manifestações de vida — não a única, nem necessariamente a mais perfeita e acabada (CARDOSO, 2007, p. 18).

O autor afirma que o conceito de Educação em Saúde perpassa a “capacidade de compreender a realidade”, como conceitos que produzem sentido, e podem vir a funcionar como potentes mecanismos de submissão e/ou libertação.

Com isso, há uma ideia de que a Educação em Saúde pode vir a servir a um dado projeto de sociedade, passível de ser compreendida, projetada e desenvolvida por uma estrutura social, política, econômica e cultural que a constitui; seja pela

reflexão crítica do sujeito, através de uma interlocução dialógica, ou através de mecanismos de controle do vem a ser Educação em Saúde e formação do sujeito (CARDOSO, 2007).

Ao discutir alguns momentos históricos, considerados importantes marcos na construção e desenvolvimento do conceito de Educação em Saúde, encontramos tais interlocuções políticas/históricas/sociais como elementos que desencadeiam sentidos e práticas de atuação.

Podemos ver tal movimento manifestar-se no final do séc. XIX e o início do século XX, com as amplas tentativas de ação em Educação em Saúde baseadas na perspectiva higienista e sanitaria, como modo de intervenção nas questões de saúde.

A Educação em Saúde no Brasil teve seu início por volta do século XIX, por conta das necessidades sanitárias que se apresentavam nas grandes cidades na época (VASCONCELOS, 2001, p. 75). O Brasil passou por um período de grandes transformações, como a libertação dos escravos, a ampliação das indústrias, a imigração de europeus e desenvolvimento do comércio, ocasionando um aumento populacional desordenado e pouco estruturado. Devido à falta de informação, higiene e saneamento básico, muitas doenças atingiram a população de forma avassaladora, dificultando a qualidade de vida e levando muitos a óbito (CANDEIAS, 1988, p. 349).

Em um contexto de condições sanitárias precárias, surtos epidêmicos e ampliação das atividades econômicas nos centros urbanos, surge o esforço da promoção de ações sanitárias coletivas para diminuir e combater as epidemias, através de orientações e ensinamentos à população com políticas públicas de grande porte. Contudo, tais iniciativas de orientação perdiam força conforme os surtos epidêmicos diminuía. Ou seja, a preocupação com a qualidade de vida das classes populares se tornou maior, mais em situações pontuais, em epidemias. (LOPES, PEREIRA & MOREL, 2020, p. 192).

Um dos eventos que marcou essa época foi a revolta da vacina (VASCONCELOS, 2001, p. 75), que teve como consequência, por parte das políticas públicas, a criação de um curso de Educação em Saúde, para professoras de escola primária (CANDEIAS, 1988, p. 351, SILVA, 2007). No ano de 1927, foram formadas as primeiras “educadoras sanitárias”, no Instituto de Higiene de São Paulo. Essas professoras com formação em educação sanitária tinham a função de ensinar hábitos saudáveis e sanitariamente corretos para os alunos, a fim de que se criasse uma

população com uma mentalidade sanitária saudável. Assim, se iniciaram as primeiras ações de Educação em Saúde nas escolas (CANDEIAS, 1988, p. 351, SILVA, 2007).

A necessidade da criação de ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, com objetivo de estimular à tomada de consciência e procedimentos em prol do autocuidado, tornou-se prioridade, especialmente na formação de atitudes e valores que levam o indivíduo a um comportamento saudável, sendo revertido em benefício de saúde individual e auxílio à saúde coletiva (CANDEIAS, 1988, p. 352, SILVA, 2007).

Considerando a perspectiva política de tais intervenções, o momento histórico atuou centrado no processo de Educação em Saúde pautado na construção da responsabilização dos indivíduos, com atuação verticalizada, caracterizando-se com prescrição de normas, feita por uma relação assimétrica, reduzindo as ações pedagógicas à ideia de aplicabilidade, ou seja, de “aplicar” medidas sanitárias, considerando somente a perspectiva do interventor no processo de solução dos problemas de saúde, sem considerar outras condições sociais, culturais e de existência (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009).

Essa abordagem foi nomeada por diferentes autores como educação em saúde tradicional (FIGUEIREDO; RODRIGUES & LEITE, 2010), educação em saúde informativo-comunicacional (MOREIRA, 2001), ou educação em saúde higienista-sanitarista (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009), ou ainda de educação em saúde com foco divulgativo (SANTOS, 2000), entre outras abordagens, correspondendo a uma perspectiva de ausência de informação dos participantes os quais era preciso instruir; sem ou com pouca articulação dos sujeitos envolvidos; através da transmissão de conhecimento, numa perspectiva restrita e especialmente considerando o conceito de saúde, como ausência de doença (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

Nesta concepção, a educação em saúde é feita como ação informativa, prescritiva e unidirecional, como referida por Paulo Freire ao conceituar educação bancária (FREIRE, 1996). Os participantes possuem suas identidades fixadas, com posturas passivas, menor autonomia, baseada numa perspectiva particular integrada a parâmetros de uma determinada classe social hegemonicamente pré-definida (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

Há um repertório específico de bens culturais, selecionados e transmitidos para manter, em certo grau, uma essência de fixação identitária, o que ao passar do tempo

se descaracterizou como atuação imposta de forma autoritária, mas continuou incorporada ideologicamente como algo a ser valorizado, para atender a um determinado projeto de sociedade (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

Embora esse tipo de educação em saúde, com objetivos facilmente mensuráveis, tenha conseguido controlar grandes epidemias, através, por exemplo, da adesão das populações a campanhas de vacinação, os seus objetivos ficaram aquém das expectativas, em virtude de vários fatores. Ao ser um trabalho feito sobre as pessoas e não com as pessoas, esses modelos ignoram (ou desprezam) que nem todos os indivíduos têm capacidade de compreender a informação transmitida, ou a valorizam da mesma forma, além de que os indivíduos são também portadores de um saber (analógico, intuitivo) que, por ser diferente do saber técnico-científico, não é legitimado como válido (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

Na perspectiva tradicional/higienista/sanitarista, a transmissão do conhecimento técnico-científico por vezes é considerada como um benefício assistencial, com o argumento da carência de informação por parte do educando ou ato de favor dos educadores como os únicos detentores do saber, por terem o conhecimento técnico-científico. Nesta lógica, as pessoas participantes das ações de Educação em Saúde atuam de modo não participativo, pois a comunicação possui um caráter informativo, de aquisição e memorização, sem a construção conjunta e reflexão coletiva das ações.

As transformações no campo da educação, da saúde, das políticas e dos aspectos econômicos e sociais, alteraram o modo de discutir a proposta da Educação em Saúde ao longo do século XX. Profundas mudanças permitiram desenvolver, de modo mais integral e amplificado, o conceito, pois “passamos para uma perspectiva mais abrangente e integradora, criadora de condições que permitam às pessoas desenvolverem-se holisticamente na sua multidimensionalidade. O passo, embora de gigante, foi gradual (...)” (FEIO & OLIVEIRA, 2015, p. 704), pois, na prática, os desafios de acompanhar as mudanças de perspectiva na Educação em Saúde são, ainda hoje, grandes e complexos.

Tanto a Educação como a Saúde passaram a considerar, no conjunto da concepção e atuação do campo, uma análise voltada às diferentes “realidades sociais, buscando revelar as suas características e as relações que as condicionam e determinam” (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009, p. 1). Tal proposta passa a visar não somente a aspectos de intervenções individuais, mas projetos de transformação social.

Da mesma forma, a compreensão integrativa do processo de atuação muda conceitualmente a ideia de saúde, que não mais expressa “ausência de doença” e sua conotação negativa, mas passa a ser vista como “um estado de bem estar físico, mental, social e espiritual, em constante mutação ao longo da vida” (FEIO & OLIVEIRA, 2015, p. 703), “nesse sentido, são indissociáveis o conceito de saúde e a noção de direito social” (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009, p. 1). Isto é, passou a se discutir a Educação em Saúde, para além da intervenção vertical, mas como modos de produção social, cultural, política, econômico e histórico passível de mudança e transformação.

Neste íterim, surge a Educação Popular em Saúde, como uma perspectiva mais abrangente, dialógica e integrativa, criando meios interativos de participação efetiva de todos os envolvidos, especialmente para o desenvolvimento integral do processo educativo.

2.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DIALÓGICA

Quando nos propomos a desenvolver uma nova alternativa de produção de conhecimento na área de Educação em Saúde, com maneiras mais participativas de abordar a população, estamos entrando em um plano em que os métodos de ensino tradicionais são insuficientes. Ao interagirmos com pessoas, estamos lidando com afetos, percepções, interesses, limites, vivências e leituras da realidade bem distintas e, às vezes, distantes do que estamos acostumados. Assim, torna-se necessário ampliar os “canais” de percepção e comunicação para possibilitar uma compreensão que se aproxime um pouco mais dessas distintas realidades, tornando essa relação pedagógica mais eficaz, prazerosa, humana e transformadora. (CONVERSANI, 2004, p. 5).

A mudança qualitativa da compreensão do conceito de Educação em Saúde perpassou alguns movimentos teóricos que influenciaram tanto a área da Educação como a da Saúde. Um dos conceitos de Educação em Saúde que abrange uma visão mais participativa, em prol da transformação social, por meio de ações permanentes em saúde, como espaço de luta pelos direitos da população, para além da mera informação, pode ser encontrado na perspectiva da Educação Dialógica em Saúde, mais conhecida como Educação Popular em Saúde.

A Educação Popular em Saúde propõe contribuir com a criação de espaços e ações pedagógicas mais autônomas para todos os envolvidos, destacando a alteridade e movimentos na luta por direitos, na busca por transformação individual e coletiva, problematizando a realidade tomada como referência. A Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social, ou seja, “implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações (...)” (BRASIL, 2007, p. 15).

Nesta perspectiva, as ações de saúde envolvem relações sociais nas quais emergem, junto a todos os envolvidos, as necessidades de atuação. Educar em saúde que permeia lutas por políticas públicas, em prol da comunidade em seus aspectos multidimensionais, em que práticas de saúde são fenômenos educativos (CARDOSO, 2007).

Um dos teóricos mais conhecidos no campo da Educação Popular, em ambas as áreas (Educação e Saúde), é o professor pernambucano Paulo Freire (1996). Como descrito no texto: “Pacientes Impacientes: Paulo Freire”, apresentado por Ricardo Burg Ceccim, Freire discute que “só superaremos a postura ‘de querer libertar o dominando’, quando entendemos que ‘não estamos sozinhos no mundo’ e que o processo de libertação não é obra de uma só pessoa ou grupo, mas de todos nós” (CECCIM, 2007, p. 34).

O autor traz contribuições ao campo da Educação em Saúde ao protagonizar, nas ações educativas, a participação e o saber popular, através de processos educativos mais democráticos. Na Educação Popular em Saúde, o movimento educativo começa e termina na comunidade, no coletivo. Através de um processo integrativo, permanente e comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, baseando-se no diálogo com os saberes dos participantes dos serviços de saúde, suas análises e críticas da realidade.

Implica adotar uma postura reflexiva, “o educador não outorga soluções, mas ajuda e orienta na procura de soluções. Isso implica necessariamente uma relação baseada no diálogo (...). Dialogar pressupõe a predisposição para ouvir” (FEIO & OLIVEIRA, 2015, p. 712).

É neste universo que se inserem outras ações de educação em saúde, pois, quando os indivíduos reconhecem que fazem parte e são portadores de conhecimentos em diálogo e contribuição, atuam de forma ativa no processo

saúde/doença/cuidado (ALVES, 2005), praticando maior interlocução com mudanças duradouras e responsabilidade coletiva, desenvolvendo uma análise crítica sobre a realidade, em busca de uma “educação como prática de liberdade” (FREIRE, 1996).

No âmbito das instituições de ensino, a promoção de Educação Popular em Saúde proporciona a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população através da relação ensino-aprendizagem, de práticas e hábitos saudáveis, nas orientações diárias educacionais no espaço escolar, enquanto proposta constitutiva de desenvolvimento e formação para promoção da vida e saúde dos estudantes (BRASIL, 2006).

A saúde deve ser compreendida como produto da vida cotidiana, que perpassa aspectos socioculturais ligados às condições de vida. Diante disso, a reflexão sobre as concepções que envolvem a Educação em Saúde se tornam ainda mais importantes ao considerar a ampliação dos estudos das duas áreas em parceria, de modo a fornecer elementos para a prática, visto que “o desconhecimento dos (as) professores (as) em geral sobre as questões mais básicas ‘da saúde’ se enraíza no processo de formação inicial e se alonga na formação continuada” (LIMA; MALACARNE; STRIEDER, 2012, p. 201).

Diante do exposto, para esta dissertação, assumiu-se como norteador de conceito em Educação em Saúde aquele proposto pela Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2015; FREIRE, 1996; BRASIL, 2013) na busca por transformação individual, coletiva e social através das contribuições docentes e suas problematizações da realidade local de suas experiências tomada como referência de análise ao debate da Educação em Saúde nas escolas.

A Educação Popular em Saúde mostra-se como uma perspectiva relevante na pesquisa, do ponto de vista da crítica social que as falas e dados dos participantes nos oportunizam discutir, ou seja, tal perspectiva teórica nos mobiliza a refletir que as ações de Educação em Saúde implicam atos pedagógicos que fazem parte uma inserção histórica, social e política que problematiza as questões apresentadas pelos docentes.

E por que pensar a Educação em Saúde de modo integrativo ao conjunto de elementos apresentados pelos participantes de pesquisa? Pois, como é possível perceber nos resultados da pesquisa, algumas iniciativas de educação em saúde escolar constituíram-se ao longo dos anos como um espaço de ações pontuais e sem a regularidade necessária, tornando o espaço escolar, antes visto como local

potencializador de promoção da saúde, algo restrito a um grupo específico de comunidades que se interessam e praticam tais propostas em algumas unidades escolares.

O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostram que 'transmitir informações' a respeito do funcionamento do corpo 'e descrição' das características das doenças, bem como um elenco de hábitos de higiene, 'não é suficiente' para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudáveis. 'É preciso educar para a saúde' levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que acontecem no dia a dia da escola. (...). O documento de Saúde situa a realidade brasileira, indicando possibilidades de ação e transformação dos atuais padrões existentes na área da saúde (BRASIL, 1997, p. 85).

Como citado acima, no texto publicado pelo Ministério da Saúde (1997), "o ensino de saúde tem sido um desafio para a educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora" (1997, p. 85), pois as condições de envolvimento contínuo e permanente com a Educação em Saúde tem sido por "transmissão de informações" (FEIO & OLIVEIRA, 2015), sem que tal ação se torne uma experiência concreta de aprendizagem (FREIRE, 1996). "É preciso educar para a saúde, levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que acontecem no dia a dia da escola" (BRASIL, 1997, p. 85), e tal necessidade está diretamente ligada ao modo como os profissionais da educação e saúde abordam as possibilidades do processo integrativo do sujeito envolvido (BRASIL, 2015).

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS

A pesquisa propõe como ambiente de estudo a Escola, considerando-a como espaço promotor de Educação em Saúde. Como mencionado no subitem anterior, há algum tempo, as políticas públicas de saúde admitem o espaço escolar como um local ideal que auxilia na constituição de valores, orientações para a vida, construção de crenças, conceitos e formas de entender e viver cotidianamente, sendo este espaço um potencializador de produção social da saúde (BRASIL, 2007a).

Os professores e suas instituições de ensino atuam de modo colaborativo, participativo e integrador ao desenvolvimento da promoção da saúde populacional por meio da Educação em Saúde (GRACIANO et al., 2015). Exercendo um papel importante como facilitador de acesso às diferentes ações e políticas públicas em

saúde, a escola torna-se um canal direto, uma ferramenta imprescindível de compartilhamento intersetorial da Educação em Saúde, pois trata-se de um “processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2011, p. 27).

A escola como promotora de saúde é de grande importância na vida dos estudantes que ali estão (KUSMA et al., 2012). Sendo uma forte influência para o desenvolvimento crítico das crianças, juvenis e adolescentes da população, a escola pode potencializar as decisões saudáveis dos indivíduos, por ser um ambiente de contínua frequência dos sujeitos e promotora da formação integral dos envolvidos (WHO, 1998; HAYEK et al., 2017).

Com os argumentos apresentados, consideramos essencial a inserção da Educação em Saúde nas escolas, como oferta de ações intersetoriais para a educação pública e para saúde pública da população. Tal investimento amplia a equidade de acesso à promoção da saúde, ao incentivar o desenvolvimento da Educação em Saúde em um ambiente que atende grande parte da população em vulnerabilidade (NDUMBE-EYOH & MOFFATT, 2013).

A escola abarca um conjunto de profissões, com especializações diferentes para cada função a se realizar. Há, na escola, a parte administrativa, gerenciada pelos profissionais da secretaria, gestão da escola, coordenação pedagógica, administração geral, entre outros profissionais que cuidam da parte burocrática e educacional.

Também encontramos, na escola, profissionais responsáveis pela dinâmica do cotidiano escolar, sua manutenção e limpeza, programação e execução de cardápio, entre outras ações que ocorrem nas entradas, saídas, corredores, horários, espaços, alimentações, manutenção de mobiliários, higienização e etc, esses funcionários atuam como inspetores, coordenadores de turno, porteiros, vigilantes, equipe de limpeza, merendeiras etc.

Dentre o conjunto de ações da escola, entende-se que todos os profissionais participam ativamente para que o processo de ensino-aprendizagem ocorra de forma satisfatória, sendo todos estes considerados profissionais da Educação. De acordo com a lei federal 13.054/2014, que criou o Dia Nacional dos Profissionais de Educação, todos os funcionários da escola de Educação Básica, mesmo exercendo funções técnico-administrativas, são profissionais da Educação.

A escola não funcionaria sem a presença do seu conjunto de profissionais, sem a sua participação no projeto da escola, sem o seu compromisso com as atividades educacionais, sendo todos os envolvidos influenciadores da vida escolar dos estudantes.

Dentro deste conjunto de profissionais da educação e sua diversidade de contribuições ao estudo sobre Educação em Saúde na escola, escolhemos os professores como sujeitos da pesquisa. Sem reduzir as ações pedagógicas da escola à docência, ainda que este profissional também seja um genuíno profissional atuante na prática pedagógica, escolha dos docentes como participantes da pesquisa se deu pela sua interlocução transdisciplinar, espacial e contínua com o corpo de profissionais da escola e, especialmente com o tempo de contato e atuação com os estudantes, de faixa etária infanto-juvenil.

É o professor que passa o maior tempo com o estudante dentro da escola, além de ser este profissional capaz de atuar de modo transdisciplinar, como orientado pelos PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais (2007) –, de maneira ativa e constante nos estudos de Educação em Saúde na Escola (PACHECO, 2014) e é com eles que nos aproximamos ao longo da pesquisa.

Os professores que atuam no Ensino Fundamental e seu público estudantil possuem papel fundamental no processo de Educação em Saúde nas escolas, e, segundo o Núcleo Ciência Pela Infância (2014), indivíduos na faixa etária infanto-juvenil estão em processo de formação do seu estilo de vida, seja alimentar, seja cultural ou social, sendo, portanto, fases da vida propícias para a promoção da alimentação adequada e saudável. Segundo Pereira et al. (2010), “os distúrbios nutricionais na infância estão relacionados com o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis na vida adulta, sendo, portanto, a infância fase de extrema importância para ações de promoção da saúde (...)” (PEREIRA, 2010, p. 367).

Considerando o público infanto-juvenil como capazes de aprender e mudar a realidade local, estes são considerados um público propício a expressar seu conhecimento de forma prática, ativa, reflexiva sobre a sociedade, ao aprender constantemente (CCNCD, 2017). “O desenvolvimento integral na infância é crucial, as experiências ocorridas nesta fase terão influência ao longo de toda a vida do indivíduo, seja na área da saúde, seja no seu bem-estar social, emocional e cognitivo” (CCNCI, 2014, p. 4).

O público infanto-juvenil é o grupo de indivíduos cuja faixa etária compreende de

4 a 18 anos, abrangendo estudantes de toda a Educação Básica. Este público possui a capacidade de receber estímulos que serão desenvolvidos e ampliados conforme sua interação com o meio social. As aprendizagens oferecidas na infância e adolescência levam os indivíduos a construir conceitos, valores, posturas e habilidades os quais poderão incorporar ao longo da vida adulta (CCNCI, 2014).

A escolha pela pesquisa sobre a perspectiva de docentes que atuam com estudantes do público infanto-juvenil para nos preceitos e estudos que valorizam a importância da aprendizagem e o desenvolvimento pessoal no início da vida, especialmente vinculados a profissionais da educação que acompanham anualmente tais grupo de estudantes, seja em uma ou mais disciplinas escolares, sendo estes profissionais (professores) capazes de analisar a mudança de hábitos nos indivíduos por um longo tempo (CCNCI, 2014).

Entendendo ser este grupo interligado a promoção de experiências de aprendizagem, através do ensino, observação, imitação, práticas de experimentação, memorização, entre outros estímulos recebidos, justificamos, assim, porque investigamos o grupo dos professores e suas percepções sobre as crianças, as práticas de Educação em Saúde na Escola e suas experiências profissionais sobre a temática, auxiliando o estudante a construir amplos conhecimentos sobre o mundo que o cerca, seja pelos profissionais da Saúde, seja pelos professores, mas este segundo grupo nos interessa pelo número restrito de pesquisas que destacam a perspectiva docente (PACHECO, 2019), frequência do tempo que estão com os alunos e a transversalidade que perpassa por todas as disciplinas escolares.

As políticas públicas de saúde, há algum tempo, já admitem a escola como um espaço propício para o desenvolvimento de propostas sobre Educação em Saúde (BRASIL, 2007b). A intersetorialidade existente em tal parceria promove o crescimento de ambos os campos, auxiliando o crescimento de todos os envolvidos com o processo educativo. Mas, o que questionamos é: como o investimento de ações em Educação em Saúde na escola é visto na perspectiva docente? O que este grupo tem a dizer? Quais são as suas contribuições aos debates do campo da Educação em Saúde? Por tais questões, propomo-nos investigar e discutir tais indagações.

As políticas públicas voltadas à discussão da Educação em Saúde na escola encontram-se em forte consonância com a necessidade de discutir o papel dos docentes neste processo, uma vez que ressaltam a necessidade de construir coletivamente ações educativas de autonomia, autocuidado, prevenção e promoção

de saúde através de processos de conscientização dos cidadãos, tomando como horizonte o respeito às diferenças e considerando os múltiplos contextos e histórias de vida dos sujeitos. (SCHWINGE & ARAÚJO, 2021).

No entanto, a implementação de políticas públicas no nível institucional, através da atuação docente em parceria com profissionais de saúde, estando desarticulada da reformulação dos processos de ensino-aprendizagem aos saberes didáticos sobre saúde, não resulta uma efetiva transformação das práticas cotidianas dos estudantes. É necessário adotar metodologias que permitam uma aprendizagem ativa nas escolas, com as quais professores e alunos, envolvidos, encontrem segurança nas informações integrativas vividas junto aos profissionais de saúde na escola, além de reavaliar a lógica prioritária de transmissão de conteúdos técnicos e a integração entre ensino e serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

Faz-se necessário expandir a discussão e investigação de outras implementações da promoção e prevenção da saúde em espaços constituídos como ambientes de promoção social e cultural. Em muitos casos, a saúde é vista com ênfase exclusiva nos fatores e nas características biológicas, promovidas nas escolas pelas áreas de Ciências Naturais e Biologia, sem, em muitos casos, compreender sua complexidade e importância, por não ser promovida por especialistas (enfermeiros, nutricionistas, médicos etc.) (GUSTAVO; GALIETA, 2014, p. 3).

Para tanto, ressaltamos a relevância da concepção de Freire (2014) para a promoção da Educação em Saúde nas escolas como ações integradas de formação dos sujeitos em saúde e especialmente em educação alimentar. Freire estuda a necessidade da educação problematizadora na formação das crianças e jovens; e em relação à temática da Educação em Saúde, seus estudos colaboram com a importância da construção do paradigma da integralidade com os aspectos ligados à formação cidadã, social, cultural e intelectual, através do diálogo e da troca entre os saberes, preconizadas a formação estudantil, crítico e reflexivo, promovida pelo docente que atue com responsabilidade social e cidadania.

O educador Paulo Freire (1996) concebeu uma epistemologia inovadora da educação em princípios de uma educação que emancipe os sujeitos, ou seja, educação que amplia e promove reflexão para mudança da vida. Na proposta de Paulo Freire, a educação emancipatória baseia-se na relação entre as situações cotidianas e a histórias de vida na qual estudantes e professores constroem seus saberes em diálogo uns com os outros. Freire afirma que todos os envolvidos no

processo educativo, sejam professores, alunos e demais profissionais da/na instituição são transformados em “aprendentes e ensinantes”, um desdobramento vivido por meio de uma ação contínua e coletiva.

A educação com prática da liberdade, um dos princípios de Paulo Freire, é próximo às ideias da teórica de enfermagem Dorothea Orem e sua reflexão sobre o autocuidado, pois Freire problematiza a necessidade de estimular a consciência crítica da realidade e a postura ativa, sendo a educação encarada como um ato político e de aprendizagem individual e coletiva. No entanto, Freire ressalta que: “Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém” (p. 67, 2017), ou seja, não podemos dar ao outro os princípios de autonomia e/ou de autocuidado necessário para melhoria de sua saúde, é preciso construir individualmente e coletivamente tais necessidades, através das relações interpessoais.

Assim, tanto a autonomia, a conscientização, como o autocuidado serão sempre resultado de um esforço individual e coletivo, promovido em meio às ações políticas coletivas incentivadoras, que gera o próprio amadurecimento e se constrói nas relações entre seres humanos e, somente nestas interações, ela se consolida, podendo, ao longo dos primeiros anos de vida, influenciar positivamente as decisões saudáveis dos indivíduos.

Dorothea Orem (1971), enfermeira e pesquisadora dos estudos sobre o autocuidado, discute sobre a necessidade da atuação do profissional de enfermagem, com o indivíduo envolvido no atendimento, na busca da promoção do autocuidado para que seja capaz de identificar a falta de atuação/capacidade/orientação para o atendimento das suas necessidades individuais e, assim, auxiliar a desenvolver ações que tornem os indivíduos potenciais praticantes do seu autocuidado, promovendo transformação social e particular.

Nesta perspectiva, o profissional de enfermagem atua na promoção da educação em saúde e do autocuidado como regulador do sistema de orientação aos agentes educativos de instituições de ensino, tornando-o mais independente da assistência em enfermagem, na promoção e desenvolvimento de capacidades básicas de higiene, cuidado e prevenção de sua saúde e dos outros. Orem declara que “estas capacidades podem se desenvolver no dia a dia, através de um espontâneo processo de aprendizagem, auxiliado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros ou pela experiência na execução de medidas de autocuidado” (OREM, 1971 apud REMOR et. al, 1986, p. 1)

Para Orem (1971), o foco de investigação dos estudos de enfermagem são os seres humanos, que, na definição da autora, são defendidos como seres únicos, com seu funcionamento biológico, simbólico e social. “Um ser que está em íntima relação com o meio ambiente, que adapta suas necessidades aos estresses do meio, mas que utiliza tecnologia para controlá-las, a fim de satisfazer as necessidades” (OREM, 1971 apud REMOR et. al, 1986, p. 2). Ou seja, o modo como lidamos com as nossas necessidades, informações e atitudes está intimamente ligado ao ambiente no qual nos relacionamos, pois fazemos parte de um todo integrado, isto é, um sistema.

Nossos mecanismos, estímulos e padrões de comportamento, ambiente, valores e normas influenciam nossa tomada de decisão acerca do que nos cerca por meio de ações coletivas e individuais. Neste sentido, “a enfermagem tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de autocuidar-se e a provisão e manutenção deste autocuidado de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, recuperar a doença ou dano, e enfrentar seus efeitos” (OREM, 1971, p. 233).

Deste modo, a autora define autocuidado como “a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar” (OREM, 1971, p. 232). Assim, Orem apresenta diferentes tipos de autocuidado, seja na esfera universal, em seu desenvolvimento, ou no caso de desvio à saúde. Trago e destaco as contribuições referentes ao autocuidado universal, para os quais a autora afirma ser importante constituir rotinas diárias, como encontramos em espaços escolares, para o desenvolvimento de estratégias e condições para a melhoria da saúde individual e coletiva, tornando os profissionais envolvidos parte ativa e primordial nas mudanças do estilo de vida.

A autora também afirma que uma metodologia de assistência dirigida ao indivíduo ou ao coletivo proporciona aos envolvidos a ampliação da percepção quanto à importância da mesma, pois, além de sistematizar e orientar sobre a melhoria da saúde individual e coletiva, os profissionais envolvidos aperfeiçoam e se beneficiam das ações integrativas de educação e saúde.

Assim, papel dos docentes nas ações de Educação em Saúde nas escolas perpassa ambos os autores, Freire (educação) e Orem (saúde), especialmente ao discutir que “ninguém educa ninguém, mas que os homens se educam entre si na relação com o mundo” (FREIRE, 1987, p. 79), sendo, através dessas relações, que os professores assumem papel indispensável na formação de hábitos saudáveis no estudantes. A capacidade de discernir auxilia aos estudantes a percepção da

realidade desafiadora de promover e desenvolver suas práticas em educação em saúde. Ao mesmo tempo, como docente ativo em sua formação, incentiva e proporciona modos de prevenir e promover a saúde como princípio educativo, por meio de práticas de Educação em Saúde.

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA E A ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

Na Educação em Saúde, encontramos diversos eixos de atuação, como: prevenção de doenças, desenvolvimento da higiene corporal e bucal, práticas de exercício físico, campanhas de vacinação, desenvolvimento psicossocial saudável, meio ambiente e desenvolvimento social etc. Dentre as possibilidades de discussão de variados eixos existentes, trabalhados ao longo da pesquisa sobre Educação em Saúde na escola, o estudo buscou dar mais destaque às questões alimentares, pelo limite de tempo da pesquisa e, especialmente por reconhecer que, dentro do espaço escolar (nosso ambiente de estudo), há uma necessidade de intervalos para alimentação, devido à duração do tempo de permanência na escola, no qual encontramos maior demanda de aprofundamento do estudo, devido à interlocução deste assunto.

2.4.1 Escola como espaço de formação em saúde e promotora de alimentação saudável

Os horários de desjejum, almoço ou lanche em uma escola é um dos momentos mais propícios para desenvolver hábitos alimentares saudáveis, através da experiência coletiva de experimentação de alimentos ofertada às crianças, pelo seu caráter formativo, educativo e social enquanto instituição de ensino.

A oferta de educação alimentar gratuita na escola surgiu entre os anos 1930 e 1940, por manifestações sociais em prol do fornecimento de alimentação na escola, defendendo sua necessidade para as crianças mais vulneráveis. Mesmo com tais iniciativas, a proposta de alimentação escolar gratuita não se concretizou imediatamente, pois o governo não tinha recursos financeiros para tal iniciativa (BRASIL, 2006).

Em 1950, a alimentação escolar como proposta nacional começou a surgir, mas nem todos eram privilegiados por tal ação. Como o alimento ofertado era oriundo de

doações de outros países, e sem ter verba e estrutura organizacional de grande porte, o governo atendia parte do seu público, não sendo possível oferecer o alimento a todas as escolas. Na escala de maior necessidade, a região nordeste foi a primeira região a ser atendida, o governo Federal começou a distribuir esses alimentos às crianças com maior índice de desnutrição e ainda não abarcava todas as escolas brasileiras.

Por se tratar de doações internacionais, a alimentação escolar operava com uma diversidade de produtos industrializados, como: farinha de trigo, leite em pó etc. A mudança do estilo nutricional da alimentação escolar gratuita em escolas públicas só começou a acontecer com a diminuição das doações, em 1960, no qual o governo, gradativamente, foi mudando a qualidade nutricional da alimentação escolar gratuita. Segundo o documento PAE- Políticas de Alimentação Escolar:

Na década de 70, mesmo o Brasil assumindo a compra dos alimentos, as aquisições de produtos industrializados representavam cerca de 54% do total de gastos com alimentação escolar. Os principais produtos comprados nesse período foram: paçoca; farinha láctea; sopa industrializada (sopa de feijão com macarrão, sopa de creme de milho com proteína texturizada de soja, creme de cereais com legumes), entre outros (BRASIL, 2006, p. 17).

Ao longo do tempo, a alimentação escolar na escola pública se tornou algo de importantíssimo valor social, o que mudou ao longo das décadas o quadro de desnutrição no Brasil. A alimentação escolar se tornou direito, luta política e, principalmente, lei, como assegura a Constituição de 1988, no artigo 6º, ao tratar do direito humano à alimentação. Que diz: "Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da constituição" (BRASIL, 1988).

Como também o artigo 208º, que trata especificamente do dever do Estado com a Educação ao garantir "VII - atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde (BRASIL, 1988).

Mas o reconhecimento da escola como espaço de promoção da alimentação, e ainda como necessária e praticada de maneira qualificada e saudável para os estudantes, contou com outras ações nos anos subseqüentes e proporcionou a melhoria das propostas e criação de programas e políticas públicas com tais especificidades de atuação. Como é o caso do art. 3º, parágrafo único, da Resolução

n. 06/2020 do FNDE- Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, que regulamentou o modo de executar administrativamente o PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar, ao discutir o direito à alimentação escolar para todos os estudantes da Educação Básica da rede pública brasileira, como um dever do Estado e dos municípios.

2.5 PRÁTICAS INTERNACIONAIS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Conforme descrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a nível mundial todas as pessoas têm direito à educação e direito à saúde, como direitos fundamentais à vida e desenvolvimento social e econômico.

De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), em parceria com a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), as práticas de Educação em Saúde no mundo têm operado em parceria pelos direitos fundamentais do ser humano, especialmente durante e após as situações vividas pela pandemia da covid-19 (OPAS, 2022).

De acordo com os padrões e indicadores globais (OPS, 2022), no ano de 2021, houve aumento significativo nas mudanças do perfil de saúde dos estudantes das escolas a nível mundial. Após o enfrentamento, no final de 2019 e 2020, dos primeiros períodos da pandemia, as crianças e jovens voltaram para as escolas com aumento de questões relacionadas ao estresse, ansiedade e outros problemas de saúde mental (ONU, 2021).

Ainda se considerarmos os dados de alimentação escolar, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), as informações preocupam ainda mais, pois cerca de 365 milhões de estudantes do ensino fundamental ficaram, no ano de 2021, sem a oportunidade de ter a merenda escolar (ONU, 2021).

De acordo com a Organização das Nações Unidas – ONU (2021), também é possível encontrar aspectos positivos após a diminuição da pandemia e retorno às atividades escolares, com práticas da Educação em Saúde nas escolas. Conforme descrito pela ONU (2021), a Educação em saúde em escolas de baixa renda, “onde condições como vermes parasitas ou anemia são prevalentes, podem levar a 2,5 anos de escolaridade adicional (...) as intervenções de prevenção da malária podem resultar

em uma redução de 62% no absenteísmo” (ONU, 2021, p. 1).

Outro dado importante foi a melhoria da participação dos estudantes a nível global ao fazerem “refeições escolares nutritivas aumentaram as taxas de matrícula em 9% e a frequência em 8%, em média; e exames e óculos gratuitos aumentaram em 5% a probabilidade de os alunos passarem em testes padronizados de leitura e matemática” (ONU, 2021, p. 1). Outra prática pós-pandemia, que auxiliou os estudantes, foi a “promoção da lavagem das mãos que reduziu as doenças gastrointestinais e respiratórias entre 21% e 61% nos países de baixa renda, resultando em menos ausentes” (ONU, 2021, p. 1).

Tais conquistas proporcionadas por práticas de Educação em Saúde no mundo também podem ser observadas, na revisão sistemática realizada no conjunto desta pesquisa, em formato de artigo, descrita com mais detalhamento no capítulo que aborda os resultados finais da pesquisa, o qual aponta a mudança nos hábitos alimentares dos estudantes, a nível internacional, por influência da atuação da Educação em Saúde nas escolas.

Um dado importante a ser destacado, no conjunto da revisão sistemática, trata da importância da Educação em Saúde dentro da escola, como um espaço que auxilia a construção dos aspectos subjetivos do sujeito, suas escolhas e decisões alimentares.

Dos 15 artigos analisados, mais da metade, cerca de 11 publicações de países diferentes, teve como foco principal a necessidade de aumentar iniciativas do consumo de refeições escolares saudáveis, especialmente pelo caráter transformador da educação na influência e construção de aspectos da subjetividade das pessoas e sua função social, através do ensino e da aprendizagem de conteúdos curriculares voltados à temática de promoção de saúde nas escolas.

Tais abordagens curriculares podem prevenir, melhorar ou diminuir as doenças infantis, como o excesso de peso e a obesidade, através de planejamentos coletivos pautados na organização diária dos agentes envolvidos com os estudantes, como a gestão escolar, os professores e suas famílias, como apontaram as pesquisa dos países da América do Norte, no conjunto da revisão sistemática.

2.6 PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A implementação da necessidade de se discutir saúde nas escolas se tornou obrigatória através do artigo 7º da lei 5.692 de 1971. Tal lei abarcava a necessidade de criação de ações de saúde através de programas elaborados dentro das escolas de Educação Básica, para a ampliação do conhecimento e atuação dos indivíduos na melhoria de sua higiene e saúde básica. Neste período, programas de saúde tinham um forte caráter higienista, ou seja, não tratavam de modo global outras necessidades do sujeito, que necessitava de outros aportes integrais em sua formação na educação em saúde.

Em 1996, surge a LDB, lei 9.394 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), e as iniciativas de correlação da educação e saúde foram esquecidas e reduzidas à única referência de dever do Estado com “a educação escolar pública, o qual será efetivado mediante a garantia de atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde” (BRASIL, 1996).

Mas, neste mesmo período (1995), surge o debate acerca da necessidade de criação de Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para a Educação Básica, um documento integrativo curricular que abarca as disciplinas tradicionais (história, geografia, arte, educação física, língua portuguesa, matemática e ciências naturais), como também a inserção de “temas transversais”, no qual a saúde passa a ganhar mais destaque (BRASIL, 1998).

Os PCNs surgem como plano curricular oficial para o ensino fundamental brasileiro, que, além das disciplinas tradicionais citadas acima, selecionou seis temáticas transversais consideradas elementares ao estudo nas escolas infantis e juvenis, contemplando as seguintes áreas: saúde, orientação sexual, trabalho e consumo, ética, pluralidade cultural e meio ambiente (BRASIL, 1998).

Outros incentivos à ampliação do olhar sobre a escola como um espaço de formação em saúde e promoção da alimentação adequada e saudável, aconteceu com a promoção de programas nacionais de acesso à alimentação adequada e saudável (AAS), Educação Alimentar e Nutricional (EAN), ou ainda, por exemplo, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa Saúde na Escola (PSE) (ACCIOLY, 2009; BRASIL, 2009a), para auxiliar na estruturação da escola como ambiente promotor da saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE), por exemplo, traz uma perspectiva coletiva ao conceito de Educação em Saúde, especialmente voltado aos espaços escolares. O PSE é um exemplo de como a política pública brasileira de Educação em Saúde se materializa no campo da prática, ou seja, tal programa concretiza a proposta de integração sinalizando, de modo documental e prático, o que é papel de cada profissional envolvido com a natureza das ações pedagógicas de Educação em Saúde em instituições de ensino.

Com o PSE, há uma verba reservada para custear ações de Educação em Saúde, mesmo com as diminuições e cortes orçamentários ao longo dos anos, tal investimento e atuação intersetorial, pode aumentar o acesso às necessidades comunitárias, ampliar a interlocução dos diferentes direitos sociais e culturais da população, além de auxiliar os indicadores de qualidade de saúde local, através de ações correlacionadas de escolas próximas com as equipes de Saúde da Família. Tais ações promovidas por políticas públicas brasileiras oportunizam a atuação da Educação em Saúde nas escolas, como veremos a seguir, ao detalhar algumas dessas políticas públicas e suas abordagens.

2.6.1 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem como um dos seus principais objetivos a atuação, parceria, articulação constante e permanente entre os campos da educação e da saúde, especialmente voltados à formação integral comunitária e individual, por meio de ações voltadas à melhoria da qualidade de vida dos estudantes (BRASIL, 2007b).

[...] as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (Parágrafo único, Art.4º) (BRASIL, 2007b).

Tal programa pode contribuir em diferentes demandas educacionais da rede pública, por se tratar da combinação de iniciativas focadas em atitudes preventivas, práticas saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, no diálogo e orientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde; princípios com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que podem vir a afetar o pleno desenvolvimento de crianças e jovens das classes populares.

O Programa Saúde na Escola (PSE) surgiu no ano de 2007, pelo Decreto nº 6.286, destinado a apoiar a plena formação para a cidadania através da promoção, prevenção e atenção à saúde (BRASIL, 2007), buscando minimizar as fragilidades e suscetível condição que pode ser enfrentada durante o desenvolvimento dos estudantes oriundos das escolas públicas; um programa que promove discussões sobre a saúde; tratamento dentário, palestras, dinâmicas, feiras de saúde, entre outras atividades.

As diretrizes do Programa Saúde na Escola (PSE) caracterizam-se pela: integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; ações territoriais; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; descentralização e respeito à autonomia; cuidado longitudinal; controle social, monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2015).

São ações do PSE as atividades territoriais apoiadas nas propostas da gestão federal, como podemos encontrar no PSE Carioca (2022), elaborado pela prefeitura do Rio de Janeiro, por exemplo, ao pautar assuntos preconizados pela comunidade em parceria ao documento do Ministério da Saúde, pautado nas seguintes abordagens: Saúde Ambiental, Promoção da Atividade Física, Alimentação saudável e Prevenção da obesidade, Verificação da situação vacinal, Prevenção à covid-19, Saúde Mental, entre outras ações (RIO DE JANEIRO, 2022).

O PSE já atuou com oferta parcial de adesão enquanto política nacional. Especialmente em seu Manual Instrutivo, descrito na edição de 2012, o PSE detalhou critérios para a participação vinculados à parceria do Programa Saúde da Família (PSF), Programa Mais Educação (com escolas que ofertavam propostas para período integral) e Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), limitando a participação de alguns municípios. Em 2013, todos se tornaram aptos a aderir ao programa, sendo propagado também para outros níveis de ensino, com creches e pré-escolas (BRASIL, 2015).

O modo operacional de gestão do PSE é formado por “GTIs - Grupos de Trabalho Intersetoriais”, que são divididos por atribuições federais, estaduais e municipais. O programa é composto por 8 diretrizes, a primeira aborda a questão da formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; a segunda trata da progressiva ampliação intersetorial de ambos os campos de atuação; a terceira abrange participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade; a quarta aponta a promoção da cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à

saúde; a quinta destaca ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em prol da integralidade dos setores; a sexta diretriz propõe o fortalecimento do enfrentamento das vulnerabilidades; a sétima destaca a importância da comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde e, por fim, a oitava diretriz discute a necessidade de atuação efetiva de reorientação dos serviços de saúde oferecendo uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade (BRASIL, 2011).

“No âmbito da saúde, o SUS representa a garantia da assistência à saúde integral, cuja organização contempla a Atenção Primária à Saúde. Desse modo, o PSE olha para a escola pública como espaço social capaz de movimentar o pleno desenvolvimento do estudante” (FERNANDES et. al, 2022, p. 13).

2.6.2 Educação Alimentar e Nutricional (EAN)

O marco de referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) foi desenvolvido por um grupo de profissionais de diversas áreas e por representantes de alguns ministérios, como: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Associação Brasileira de Nutrição, dentre outros órgãos governamentais. Grupo este que acredita na importância da educação alimentar e nutricional como forma de contribuir para a formação de indivíduos mais saudáveis.

A meta foi promover um campo comum de reflexão e orientação da prática no conjunto de iniciativas de educação alimentar e nutricional, que deu origem a ações públicas, que contemplem setores ligados à promoção, distribuição, abastecimento e consumo de alimentos.

Tal ação busca ser trabalhada de forma intersetorial, conta com a colaboração de profissionais e setores de diversos segmentos. Os resultados desse trabalho apontam para uma contribuição na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, valorização da cultura alimentar local, fortalecimento de hábitos regionais, redução de desperdícios de alimentos, promoção do consumo sustentável e da alimentação sustentável.

Segundo o marco de EAN, apesar do seu reconhecimento e resultados expressivos, ainda é necessário ampliar a discussão sobre suas possibilidades e seus limites, pois, segundo os documentos apresentados e analisados, apesar de sua

importância estratégica, o seu espaço de ação não é claramente definido, ou seja, “a educação alimentar e nutricional está em todos os lugares, e ao mesmo tempo não está em lugar nenhum” (BRASIL, 2012, p. 14).

Se alimentar não só é uma necessidade fisiológica imposta pelo corpo quando há necessidade de repor energia ou nutrientes, é também fonte de prazer, meio de socialização e de expressão religiosa e cultural. A forma de se alimentar e os motivos para ingerir alimento variam segundo a cultura e disponibilidade, e esses fatores se modificam conforme o tempo passa. Educação alimentar e nutricional são ferramentas para auxiliar esse indivíduo a exercer sua autonomia e escolha (BRASIL, 2012).

Educação Alimentar e Nutricional, no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar (BRASIL, 2012, p. 23).

Foram desenvolvidos alguns princípios para reger o programa de EAN: Planejamento avaliação e monitoramento das ações; Sustentabilidade social, ambiental e econômica; Abordagem do sistema alimentar na sua integralidade; Valorização da cultura alimentar local e respeito à diversidade de opiniões e perspectivas, considerando a legitimidade dos saberes de diferentes naturezas; A comida e o alimento como referências e valorização da culinária com prática emancipatória; A promoção do autocuidado e da autonomia; A educação enquanto um processo permanente e gerador de autonomia e participação ativa e informada dos sujeitos; A diversidade dos cenários de prática; intersetorialidade (BRASIL, 2012).

As ações de EAN, desenvolvidas nos espaços escolares, têm como objetivo ensinar e realizar práticas do que é de conhecimento dos alunos de diversas formas, como palestras, brincadeiras, jogos, dinâmicas, distribuição de material didático, atividades com a terra, dentre outros, e como meta não somente a transmissão de informação, mas auxiliar as mudanças de práticas alimentares inadequadas para uma boa saúde. Cada ação é pensada visando a um público específico, e visa a responder às seguintes questões: Qual é o problema identificado ou diagnóstico? O que deve ser modificado? Qual será o objetivo do programa alimentar nutricional? O que fazer para que as mudanças propostas ocorram? Como fazer? E analisar se os objetivos foram

atingidos, gerando resultados (FERNANDES, 2014).

2.6.3 Programa Crescer Saudável

Foi realizado um estudo sobre as ações de prevenção e controle voltados à obesidade, com o objetivo de compreender o que era implementado em tais ações, levando em conta os diferentes órgãos, a pesquisa aconteceu em todos os estados brasileiros no período de 2014 a 2016. A pesquisa se deu através de questionários eletrônicos aos dirigentes da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade que representam os Ministérios da Educação, Saúde, Planejamento, Cidadania e Desenvolvimento Agrário, responsáveis também pelo Comitê Técnico.

A ferramenta de pesquisa foi aplicada, respeitando a especificidade de cada órgão, segundo a atividade exercida, com a meta de entender as ações de prevenção e controle de obesidade realizadas por estas instâncias durante o período de duração da investigação. Após o término do prazo estabelecido, o material foi recolhido para análises e correções. As respostas respeitaram os seguintes eixos: Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis; Ações de educação, comunicação e informação; Promoção de modos de vida saudáveis nos ambientes/territórios: vigilância alimentar e nutricional: atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde: Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos.

Após o término das etapas citadas, o programa Crescer Saudável teve o seu início, no ano de 2017, conectando estratégias e ações entre o ministério da educação e o ministério da saúde, com objetivo de diagnosticar, tratar obesidade infantil e estimular a prática de hábitos saudáveis. Os municípios que receberam prioridade tinham como características: densidade populacional, cobertura ampla de vigilância alimentar e nutricional e maior prevalência na frequência de indivíduos com excesso de peso com idade até 10 anos.

Para alicerçar o programa otimizando os seus efeitos, o ministério da saúde criou uma estrutura que oferece cuidado integral para os indivíduos que se encontram acima do peso, desenvolvendo diretrizes e linhas de cuidados específicas, com fluxos definidos visando ao acompanhamento do usuário e organizar os serviços e a conduta a serem incrementadas nos pontos de apoio da rede, respeitando cada nível de complexidades apresentada. A triagem e o tratamento da doença utiliza como recurso

a integração dos serviços de diferentes complexidades. O programa “Crescer saudável” foi descontinuado, e suas ações foram incorporadas indiretamente dentro do PSE, através de ações voltadas ao debate da alimentação infantil. Tal programa teve o seu papel de destaque nas ações de Educação em Saúde, mas não permaneceu até os dias atuais.

2.6.4 Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (BRASIL, 2004) vem sendo desenvolvido desde a década de 1950, tomando forma e maior reconhecimento como o PNAE, a partir de 1976, sendo garantida pela Constituição brasileira de 1988. O programa tem como finalidade repassar a verba do governo federal para a escola ou para a prefeitura, com objetivo de garantir a alimentação escolar, compondo os cardápios que atendam às diversas necessidades nutricionais dos alunos de escola pública, durante todo o período letivo. O programa tem como responsável técnico o profissional nutricionista, contribuindo com a confecção de cardápios para uma alimentação equilibrada e saudável, auxiliando a instrução dos agentes que preparam o alimento e fiscalizando todo o processo (BRASIL, 2013a).

O PNAE desenvolve cada vez mais um papel social e de política pública de alimentação, nutrição e saúde, que vem ao encontro de um direito humano, que é a alimentação adequada e a garantia da segurança alimentar e nutricional. Especialmente se pensarmos que nosso país tem diferentes realidades e estamos num período pós-pandêmico, então a importância do Programa é muito evidenciada. Sabemos que há muitos desafios, mas os avanços foram muitos também ao longo das décadas (PEREIRA & MOCELIN, 2023, p. 1).

O PNAE abarca em sua esfera, o estímulo à agricultura familiar local, incentivando o pequeno produtor, estimulando o cultivo local e gerando fonte de renda aos agricultores locais, fortalecendo a produção de alimentos típicos da região. Em 2009, estabeleceu-se que 30% dos recursos disponibilizados pelo PNAE devem ser destinados à compra de alimentos oriundos da agricultura familiar local. Ao ser estimulada a agricultura local, os alunos também são beneficiados, pois estarão consumindo produtos frescos, e minimamente processados, contribuindo para uma dieta mais saudável, e otimizando a logística envolvida no transporte e no valor dos alimentos.

Caminhando junto com o PNAE, temos as ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) incentivadas e dirigidas pelo profissional nutricionista, mas de cunho

multidisciplinar, envolvendo profissionais de outras áreas para atuarem em parceria. Tais ações consistem em estabelecer um programa educativo com objetivo pré-determinado.

O programa de EAN é regido pelos seguintes princípios: Planejamento, avaliação e monitoramento das ações; Sustentabilidade social, ambiental e econômica; Abordagem do sistema alimentar na sua integralidade; Valorização da cultura alimentar local e respeito à diversidade de opiniões e perspectivas; A comida e o alimento como referências – culinária emancipatória; A promoção do autocuidado e da autonomia; A educação enquanto um processo permanente, participativo e gerador de autonomia; A diversidade dos cenários de prática; intersetorialidade.

No caso das escolas particulares, o Programa PNAE não tem regência de atuação. O que não impede de as escolas particulares atuarem em prol da melhoria da saúde dos estudantes e professores, como também não ultrapassa a importância e preservação da educação em saúde através da promoção da alimentação adequada, conversa com profissionais da saúde e promoção de parcerias sobre educação alimentar (SOUZA, 2011).

As ações desenvolvidas no espaço escolar têm como objetivo ensinar de diversas formas, como palestras, brincadeiras, jogos, dinâmicas, distribuição de material didático, atividades com a terra, dentre outros, e como meta não somente a transmissão de informação, mas auxiliar nas mudanças de práticas alimentares inadequadas para uma boa saúde. Cada ação é pensada visando a um público específico, e visa a responder às seguintes questões: Qual é o problema identificado ou diagnóstico? O que deve ser modificado? Qual será o objetivo do programa alimentar nutricional? O que fazer para que as mudanças propostas ocorram? Como fazer? E analisar se os objetivos foram atingidos, gerando resultados (FERNANDES, 2014).

2.7 POLÍTICA PÚBLICA, DEFINIÇÕES E APLICAÇÕES

Como descrito, existem várias políticas públicas que abraçam diversas necessidades dos indivíduos no ambiente escolar, e é através de políticas públicas que o governo consegue garantir acesso a direitos já estabelecidos por lei. Deste modo, as políticas públicas são fundamentais para as engrenagens de auxílio à população. Assim como diversos termos, as palavras “política pública” não possuem

uma definição capaz de abarcar toda a sua complexidade:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Lynn (1980) a define como um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer.

Outras formas de conceituar ressaltam as políticas públicas como solução de problemas focados no governo, e, em alguns casos, excluindo a participação de instituições, outros governos e da sociedade, o que poderia convergir em soluções mais rápidas e mais eficientes. O Desenvolvimento da política pública também é visto como tradução do propósito e do objetivo governamental, ação resultante dos planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação. Após o início de sua execução, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação. As estratégias vigentes culminaram em mudanças e resultados, segundo a determinação da respectiva administração governamental.

Um dos conceitos mais conhecidos é o de H.Laswell (1958), em que defende que as decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Respondendo aos questionamentos levantados por H. Laswell (1958), com o olhar voltado para perspectiva da educação em saúde, algumas das possíveis respostas, segundo o que o presente estudo tem demonstrado, seriam:

Quem ganha o quê? (H.Laswell, 1958) Os indivíduos que estão em processo de formação de hábitos de saúde que se encontram dentro da escola, pois educação em saúde lhes dá a opção de um caminho saudável, através da aprendizagem e da participação ativas e nas tarefas desenvolvidas visando à aprendizagem desta área.

Por quê? (H.Laswell, 1958) Porque são indivíduos que estão em processo de formação de hábitos que o acompanharam por toda a vida. E tais hábitos podem estar diretamente relacionados com uma vida saudável ou não.

Que diferença faz? (H.Laswell, 1958) A educação em saúde paramenta o indivíduo a ter condições para exercer práticas saudáveis. O indivíduo saudável tem uma melhor qualidade de vida, utiliza os serviços de saúde de forma mais pontual, refletindo diretamente na questão dos recursos para a saúde que poderão ser otimizados, trazendo ganhos não só para o indivíduo, mas para a coletividade. Diante

de todo o exposto, o presente trabalho visa a identificar a inserção da Educação em Saúde em escolas básicas sob ótica do docente.

3 JUSTIFICATIVA

Educação em Saúde é uma estratégia de grande impacto, com alcance político e social, e as consequências de suas ações auxiliam na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, na diminuição das necessidades por serviços de saúde e no auxílio ao desenvolvimento de uma cultura mais saudável. Um dos centros de discussão deste campo é a escola, como defendem algumas políticas públicas brasileiras voltadas à educação em saúde.

Neste contexto, a pesquisa justifica-se na proposta de compreender a Educação em Saúde (ES) na perspectiva docente, com profissionais que atuam em instituições de ensino que atuam com o primeiro segmento do Ensino Fundamental, visando a contribuir com os estudos sobre ES, através das apropriações pedagógicas, didáticas e metodológicas vividas pelos docentes participantes de práticas de ES.

Tal abordagem contribui para o debate acerca de algumas limitações da ES dentro da escola, apresentando atuações, apontando dificuldades, o que pode ser melhorado, sua importância e abordando como a Educação em Saúde tem sido trabalhada nas diferentes escolas, através de relatos dos participantes da pesquisa.

Somado a este quadro, temos o levantamento de dados e reflexões oriundas de uma revisão sistemática sobre educação em saúde na escola, identificando-se como uma ferramenta importante de contribuição às pesquisas em saúde, por permitir um estudo detalhado sobre a seguinte questão: “A Educação em Saúde nas escolas pode influenciar a formação de hábitos alimentares saudáveis?”.

Justificando-se também no ponto de vista do debate político, a Educação em saúde, no contexto escolar brasileiro, materializa-se na prática por meio de algumas políticas públicas voltadas à temática, que nos impulsionam a discutir suas diferentes implementações, acessos e permanências, nos quais a pesquisa também vem a justificar-se, especialmente pela necessidade política de discutir alguns desses programas, suas nuances e divergências de atuação.

A fim de contribuir para discussão das lacunas existentes na literatura a respeito da relação da educação em saúde nas escolas, sob a ótica dos professores envolvidos nas práticas de educação em saúde, a pesquisa destaca a relação entre os profissionais de educação e da saúde como atuantes ativos, em processos dialógicos de ES, permitindo, desta forma, compreender as experiências docentes e entender as

demandas desses sujeitos dentro do contexto escolar e suas contribuições ao campo da Educação em Saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar e compreender as práticas de educação em saúde em escolas segundo a perspectiva docente.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma revisão sistemática sobre atividades de educação em saúde realizadas em escolas;
- Descrever o perfil de professores da Educação Básica, participantes da pesquisa, considerando sua perspectiva em relação à Educação em saúde;
- Identificar o conhecimento de docentes em relação à Educação em Saúde;
- Identificar ações de Educação em Saúde realizadas nas escolas de Educação Básica, a partir da perspectiva docente.

5 MÉTODOS

Os métodos da presente pesquisa estão divididos em dois eixos de investigação. Um eixo de pesquisa bibliográfica sobre o tema, através de uma revisão sistemática, e outro eixo com questionário e coleta de dados sobre a perspectiva docente em atuações escolares voltadas à temática da Educação em Saúde. Ambos os eixos metodológicos aconteceram de modo concomitante, sendo um estudo de campo, quanti-qualitativo, transversal, observacional, realizado de junho de 2022 a janeiro de 2024. Primeiramente, foi realizada uma revisão sistemática sobre a temática: “A Educação em Saúde nas escolas pode influenciar a formação de hábitos alimentares saudáveis?”. Em paralelo, foi elaborado e divulgado um questionário virtual para professores de escolas que atuavam com estudantes do público infanto-juvenil. Para este levantamento de dados, a Análise de Conteúdo foi a metodologia utilizada na sistematização, leitura, categorização e interpretação do material coletado.

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA:

Foi realizado um estudo de revisão sistemática feito por dois pesquisadores independentes, no período de maio a outubro de 2023. Os caminhos metodológicos sucederam-se conforme o cronograma de pesquisa que foram; o desenvolvimento da pergunta norteadora utilizando a estratégia PICO, desenvolvimento de critérios de inclusão e exclusão, estratégia de busca dos estudos auxiliado pela base DeCs e MeSH, seleção dos estudos como auxílio da plataforma RAYYAN, extração dos dados relevantes segundo a necessidade da pesquisa, síntese dos dados expostos por uma tabela, conclusão e submissão a uma revista.

A pergunta da presente revisão foi desenvolvida com auxílio da estratégia PICO, que auxiliou a dar clareza e objetividade à pergunta norteadora da pesquisa. O questionamento levantado foi: “A Educação em Saúde nas escolas pode influenciar a formação de hábitos alimentares saudáveis e, conseqüentemente, a qualidade de vida das crianças e dos jovens estudantes?”. Para a seleção dos estudos foram usadas as bases de dados: Lilacs, PubMed e Embase. Foram utilizados os descritores; Educação em saúde, qualidade de vida, alimentação saudável e escolas, selecionados como auxílio da base DeCs e MeSH, que possui, em sua base de dados, os descritores mais utilizados nas plataformas utilizadas para seleção dos estudos.

Na etapa seguinte, foram selecionados estudos publicados nos últimos dez anos, disponíveis em inglês, português e espanhol, considerando-se como fatores de inclusão artigos que relacionem educação em saúde no ambiente escolar, que demonstram as ações de educação em saúde ocorrido no ambiente escolar, e artigos que abordaram educação em saúde e alimentação na escola.

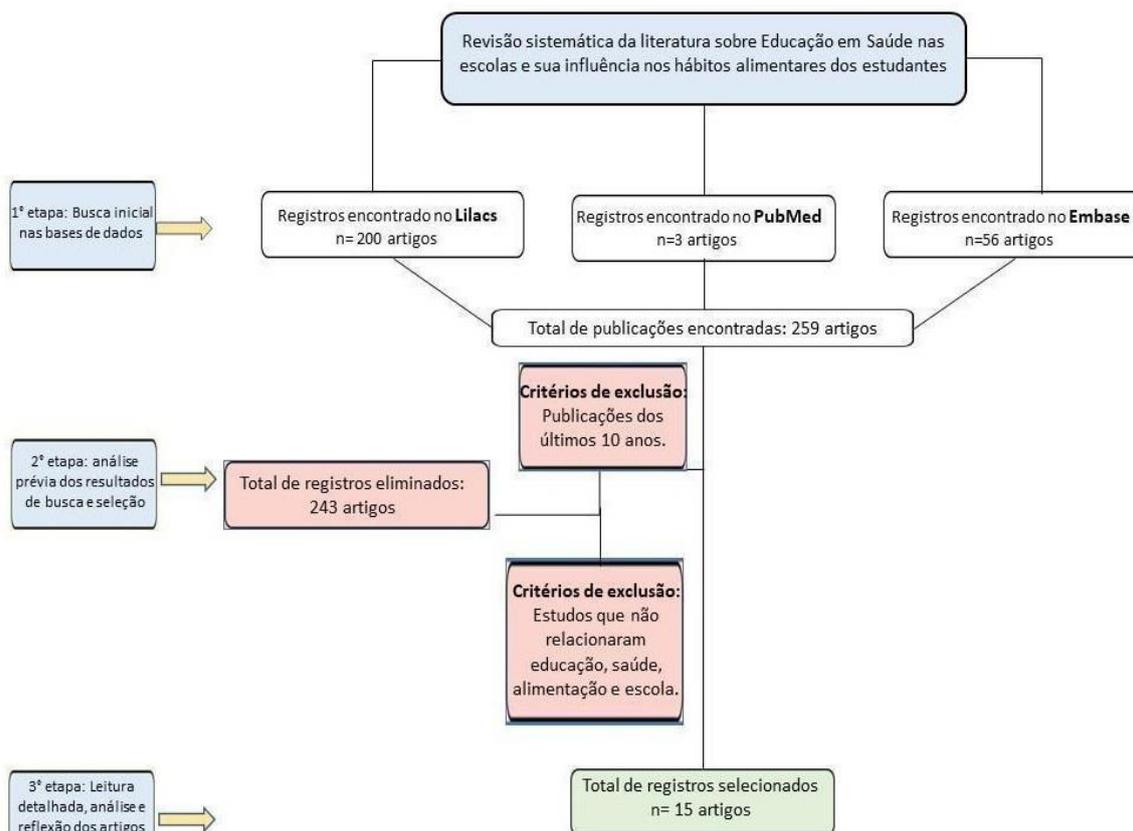
Os estudos considerados selecionáveis foram artigos de pesquisas que avaliavam intervenções, iniciativas e políticas com possibilidades de influenciar e/ou ampliar a oferta do consumo de alimentação saudável nas escolas. O critério de exclusão foi: Artigos que não relacionam educação, saúde e escola. Ainda dentro dos critérios de exclusão, foram considerados os seguintes aspectos: artigos que não examinavam a alimentação vinculados ao espaço escolar; iniciativas que ocorreram fora do ano letivo (ou seja, férias de verão) ou pesquisas que usavam o espaço escolar somente na estrutura de empréstimo e não estavam vinculados ao corpo docente, discente e técnico da Unidade institucional (como espaços cedidos para empresas, igrejas e comércio). Como método de estruturação dos estudos, também foi usada a plataforma Rayyan, para organização inicial dos títulos, resumos e links de referência para posterior revisão feita pelos dois pesquisadores independentes.

No momento seguinte, foi realizada uma busca minuciosa, utilizando os critérios citados, para a seleção do material. Este processo está resumido na “Figura 1 e 2”, que tratam do formato de busca nas bases de dados:

Formatos de Busca		
Base de dados	Descritores	Resultados
PubMed	"Quality of Life" OR "Calidad de Vid" OR "Qualidade de Vida" AND "Health Education" OR "Educação em Saúde" OR "Educación en Salud" AND "Schools" OR "Escolas" OR "Instituciones Académicas" OR "Saúde do Estudante" OR "Student Health" OR "Salud del Estudiant" AND "Alimentação Saudável" OR "Diet, Healthy" OR "Dieta Saludable"	200
Lilacs	"Alimentação Saudável" OR "Diet, Healthy" OR "Dieta Saludable" AND "Quality of Life" OR "Calidad de Vid" OR "Qualidade de Vida" AND "Health Education" OR "Educação em Saúde" OR "Educación en Salud" AND "Schools" OR "Escolas" OR "Instituciones Académicas" OR "Saúde do Estudante" OR "Student Health" OR "Salud del Estudiant"	3
Embase	'quality of life'/exp OR 'quality of life' OR 'calidad de vid' OR 'qualidade de vida') AND ('health education'/exp OR 'health education') OR 'educação em saúde' OR 'educación en salud') AND ('schools'/exp OR 'schools') OR 'escolas' OR 'instituciones académicas' OR 'saúde do estudante' OR 'student health' OR 'salud del estudiant') AND 'alimentação saudável' OR 'diet, healthy'/exp OR 'diet, healthy' OR 'dieta saludable')	56

Figura 1: Formatos de busca na Base de Dados

Inicialmente, encontramos 259 artigos que envolviam questões alimentares de crianças e adolescentes, mas não necessariamente vinculados ao ambiente escolar. Assim, primeiramente retirando artigos publicados antes de 2013 e estudos repetidos em duas ou mais bases de dados, verificamos o total de 180 artigos. Posteriormente, aplicamos os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente, e 15 estudos foram selecionados para a presente revisão. Este processo está resumido na Figura 2.



Fonte: Dados da pesquisa(2023)

Figura 2: Diagrama de fluxo para revisões sistemáticas- pesquisas apenas em bases de dados e registros.

5.2 PESQUISA DE CAMPO

Também foi proposto com a pesquisa investigar as ações docentes de promoção e prevenção da saúde, através de questões acerca da temática, em formato digital (questionário), com recrutamento de participantes por meio de redes sociais dos pesquisadores, com envio de “Convite digital” aos potenciais participantes.

Neste segundo movimento metodológico, foi criado um “Convite virtual” como

link de aceite ao convite e envio de contatos para a participação do questionário (Anexo1) a cada participante. O envio por *e-mail* do termo e posterior questionário contém apenas um destinatário, visando à proteção do anonimato dos participantes. Dos professores que responderam ao “convite virtual”, foram selecionados os participantes, considerando os seguintes critérios: Ser professor (a), ter experiência no Anos Iniciais do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano de escolaridade) e ter disponibilidade para o preenchimento do questionário virtual, para coleta de dados.

Os caminhos metodológicos sucederam-se conforme o cronograma de pesquisa. O primeiro momento ocorreu no segundo semestre de 2022 e contou com a elaboração do questionário, ao formular as questões de investigação baseadas nas ações docentes em saúde, considerando os estudos desenvolvidos em diálogo com os aportes teóricos.

Foi elaborado um questionário virtual (Anexo 2), em uma plataforma de edição e construção de formulários gratuitos, com disponibilidade de *link* aberto para preenchimento dos participantes da pesquisa¹

5.2.1 Aplicação e análise do questionário elaborado

Trata-se de um estudo de campo, quanti-qualitativo, transversal, observacional, realizado de junho de 2022 a janeiro de 2024. Foi elaborado e divulgado um questionário virtual para professores de escolas públicas e privadas da Educação Básica do Brasil e que atuavam com estudantes do primeiro segmento do Ensino Fundamental.

O questionário formulado propôs desenvolver dimensões principais de atuação da investigação: aspectos pedagógicos e aspectos da formação profissional dos professores, com um total de 18 questões estruturadas, como um instrumento para opinarem a cada questão, item a item, sobre a promoção e prevenção da saúde desenvolvidas pelos docentes, em seus espaços escolares, consideradas por eles como ações de orientação e reflexão em educação em saúde.

A coleta de dados aconteceu durante o primeiro semestre de 2023, após apreciação do CEP e aprovação junto à Plataforma Brasil (nº 65856222.7.0000.5285), com posterior a divulgação e aplicação do questionário, em formato virtual,

¹ *Link* do questionário disponível em: < <https://forms.gle/EVHeP4JchfdTTMkZ7>>.

considerando o acesso dos participantes segundo sua disponibilidade em responder e seu retorno com o preenchimento de respostas às questões formuladas. O convite ao *link* do questionário foi divulgado em espaços virtuais, redes sociais e redes de compartilhamento virtuais. O questionário foi elaborado pelos autores e possuía perguntas quanto ao contexto escolar, experiências de formação docente, suas percepções sobre práticas pedagógicas sobre Educação em Saúde, aspectos de sua formação e orientações na área e aspectos relacionados à alimentação escolar nas escolas.

Foi realizada uma caracterização do perfil dos professores da rede básica de ensino, como tempo de formação profissional e tempo de atuação em anos; se já estudou sobre Saúde nas escolas e se já conhecia o termo Educação em Saúde (sim /não). Sobre as percepções dos professores, foi questionado se havia ações de Educação em Saúde na sua Instituição e se havia a presença de profissionais da saúde para tratar do tema (sim /não). Sobre a alimentação escolar, foi questionado se havia alimentação escolar regular e gratuita na instituição e se o professor considerava a alimentação (oferecida pela escola ou do próprio estudante) saudável (sim /não). Os dados das perguntas objetivas foram analisados através da *análise quantitativa*, pela apresentação de frequência relativa e absoluta, utilizando como auxílio dos *software* Excel® e Stata®², versão 17.

5. 3 ABORDAGEM QUALITATIVA: ANÁLISE DE CONTEÚDO

O questionário continha ainda perguntas subjetivas que permitiram a realização de uma análise qualitativa dos dados, realizada pela Análise de Conteúdo, considerando as características apresentadas pelo instrumento de coleta de dados (BARDIN, 2016). De acordo com Laurence Bardin (2016), autora amplamente conhecida nas pesquisas sobre Análise de Conteúdo, tal metodologia é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos” (BARDIN, 2016, p. 42).

A análise de conteúdo “observa com interesse as tentativas que se fazem no campo alargado da análise de comunicações” (BARDIN, 2016, p. 27), que, nesta

² STATA v.17 - É uma aplicação de gerenciamento de dados que fornece um ambiente estatístico tanto para estudantes quanto para profissionais

pesquisa, foram estruturadas pela análise do questionário, a partir das três etapas da análise do material, que constituem a análise de conteúdo. São elas: 1º Pré-análise, 2º Exploração do material e 3º Tratamento dos resultados, conforme apresentadas na Figura 3 a seguir.



Figura 3: Passos da metodologia de Análise de Conteúdo - Bardin (2009).

5.3.1 Pré- Análise

Nessa etapa, a escolha de documentos, que tem como objetivo estruturar as ideias principais e a escolha das estratégias de análise dos dados, foi utilizado questionário virtual, como documento de análise, pela dificuldade de acesso aos professores presencialmente pós pandemia e pela facilidade de alcançar um maior número de participantes.

A formulação das hipóteses e objetivos foi realizada por meio do modelo dialógico de reflexão das respostas coletadas, com o objetivo de entender a perspectiva docente sobre Educação em Saúde, ou seja, foi realizado um plano de análise dos dados de modo quanti-qualitativo, tarefa desafiadora, considerando o quantitativo de mais de 100 respostas descritivas para diferentes questões, o que apontou a necessidade de fazer escolhas considerando as seguintes condições: O que selecionar no todo do material coletado? Quais implicações as escolhas da pesquisa poderiam revelar? Quais recortes seriam necessários?

Assim, na primeira etapa de pré-análise, a proposta foi alinhar as hipóteses de pesquisa com os objetivos iniciais que poderiam proporcionar indicadores que orientassem nossa interpretação final da pesquisa. Foi feita uma *leitura flutuante* dos dados em busca de “invadir impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas” (FRANCO, 2008, p. 52). Essa leitura flutuante baseou-se na interlocução com a questão de pesquisa e os objetivos, eixo principal de orientação da análise do questionário, ou seja, considerando as respostas dos docentes nas diferentes

questões nas quais apontavam suas perspectivas sobre Educação em saúde nas escolas. Também recorreremos às regras apresentadas por Bardin (1977, p. 97) para pré-análise da pesquisa (regra da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência).

Na regra da exaustividade, na qual “é preciso terem-se em conta todos os elementos desse corpus” (BARDIN, 1977, p. 97), foram considerados todos os elementos do registro dos participantes, seu campo de atuação, sua linguagem, seu contexto com a temática, criando conexões nas diferentes respostas para uma análise mais consistente. Na regra da representatividade, na qual é possível efetuar uma amostragem rigorosa que represente o universo inicial da análise, optamos por considerar caso a caso, característica de uma pesquisa de aspectos qualitativos e, por isso, não usamos a representatividade por amostragem, pois consideramos ser possível analisar a totalidade das respostas, considerando suas características.

Na regra da homogeneidade, na qual usamos “um documento retido como homogêneo”, usamos os mesmos questionários sem distinção, obedecendo aos mesmos critérios precisos para todos os participantes (BARDIN, 1977, p. 98), entendendo que respeitamos esta etapa da pré-análise correspondendo à regra. Sobre a última regra que trata da pertinência, na qual “os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise” (BARDIN, 1977, p. 98), foi respeitado tal procedimento, capturando os dados coletados, o que foi pertinente à questão e ao objetivo de pesquisa, como é apresentado na análise de dados da pesquisa posteriormente, sendo estes os nossos parâmetros para a elaboração de indicadores, a fim de interpretar o material coletado (Quadro 1).

Indicadores	Levantamento	Código de uso	Descrição
Registro objetivo	Feito por perguntas fechadas com opções de respostas.	“Informação por porcentagem”	Recolhimento realizado através de questionário virtual (Agrupamento das respostas por frequência. Descritas na pesquisa em dados estatísticos gerais).
Registro descritivo	Feito por perguntas abertas para respostas detalhadas.	“Participante nº”	Recolhimento realizado através de questionário virtual (A identificação pessoal das respostas foi preservada com a troca dos nomes por números)
Registro livre	Espaço no final do questionário para relatos pessoais.	“Participante nº”	Recolhimento realizado através de questionário virtual (A identificação pessoal das respostas foi preservada com a troca dos nomes por números)

Quadro 1: Síntese dos indicadores iniciais organizados na pré-análise que compuseram o corpus da pesquisa.

5.3.2 Exploração do material

A segunda etapa da metodologia de conteúdo, conhecida como “exploração do material”, é dividida nas fases: Codificação, Recorte, Categorização (categorias iniciais, intermediárias e finais). Contou com a formulação de regras e dos eixos temáticos, especialmente em prol da interlocução com as respostas dos participantes e a análise do alcance de compreensão do questionário.

Codificação

Os conjuntos de respostas dos participantes foram separados por palavras-chaves (Escola; Alimentação; Programas; Prática docente, entre outras) identificadas, agregadas e enumeradas por agrupamentos de assuntos semelhantes, com aproximações nas informações coletadas, representativas nas características do conteúdo, realizando uma primeira codificação por temas correlacionados, como: Educação em Saúde e atuação dos professores; Educação e Saúde e sua relação com o espaço da escola; Política pública de Educação em Saúde, Alimentação escolar, entre outros.

De acordo com a codificação inicial, as respostas descritivas foram desmembradas conforme os códigos que geraram os temas, levantados a partir das discussões e questionamentos dos participantes.

Recorte

Foi nesta etapa que recortamos as temáticas apresentadas nas respostas em unidades de registro, retiramos respostas iguais e selecionamos os assuntos mais que foram abordados pelos participantes. Tais recortes deram origem às categorias de análise iniciais da pesquisa. Neste processo de codificação dos dados, ocorreram o recorte e identificação da composição dos códigos das respostas oferecidas pelos participantes, a classificação dos registros e a criação das categorias de análise, que contou com o critério de reunir elementos segundo suas semelhanças e suas diferenças, com posterior reagrupamento, em função de ideias comuns ou próximas.

Categorização:

Categorias iniciais – Primeiramente, as categorias iniciais contaram com o corpo geral das informações das primeiras impressões do conjunto de dados da realidade apresentada pelos participantes da pesquisa. As categorias integram o referencial

teórico estudado ao conjunto de respostas dos docentes e suas percepções sobre Educação em Saúde. Não houve limite para o número de categorias iniciais, e elas se constituíram pela quantidade de questões trazidas pelos participantes. A Tabela 1 apresenta as categorias iniciais; destaca-se que o presente estudo desdobrou a categoria 6.

Categoria Inicial
1. Formação dos professores participantes
2. Currículo acadêmico docente
3. Tempo de docência
4. Compreensão sobre PSE na escola
5. Atuações do PSE
6. Parcerias Intersetoriais
7. Profissionais de saúde na escola
8. Alimentação escolar
9. Alimentação pessoal e familiar
10. A relação do estudo e a fome
11. Aprendizagem e sua relação com a saúde
12. Espaço escolar e suas vantagens
13. As práticas docentes sobre a temática
14. Ações vividas nas práticas dos estudantes e professores
15. A influência da saúde na escola para a família do estudante
16. Os problemas da Educação em Saúde nas escolas
17. Dificuldade no acesso aos serviços de saúde

Tabela 1: Tabela das Categorias Iniciais de Análise

Categorias Intermediárias – Após as primeiras categorias serem construídas, considerando a subjetividade dos pesquisadores e sua relação com a pesquisa, ao fazer a releitura e discussão das categorias iniciais, foram elaboradas dez categorias intermediárias, que emergiram inicialmente das dezessete categorias iniciais, pautadas na aproximação dos assuntos, conforme a Tabela 2 a seguir:

Tabela de categorias de análise: Questionário “Educação em saúde na escola na perspectiva docente”	
Categorias de análise	Subcategorias
1. Educação em saúde e o perfil dos participantes (Docentes)	1.1 Educação em saúde durante a formação docente
2. Educação em saúde e o PSE na escola	2.1 Práticas na escola com o PSE
3. Educação e Saúde e a presença de profissionais de saúde na escola	
4. Educação em Saúde e as práticas docentes	4.1 Currículo 4.2 Papel do professor
5. Educação em saúde e sua importância na escola	5.1 Intersetorialidade 5.2 Escola como local de aprendizagem 5.3 Criança e sua influência familiar
6. Educação em saúde e alimentação na escola	6.1 A importância da alimentação escolar em casos de vulnerabilidade
7. Educação em saúde e os limites, problemas e desafios encontrados na escola	

Tabela 2: Tabela das Categorias Intermediárias de Análise. Fonte: Esquema elaborado pelo autor

Categorias Finais – As categorias finais são apresentadas baseadas nas categorias iniciais e intermediárias. Na proposta final, consideramos o agrupamento das categorias oito e nove, que abordam a temática da alimentação e sua relação com a educação em saúde, criando subitens. Nas categorias cinco, seis e sete, agrupamos os assuntos interligados, pois, em ambas as categorias intermediárias, a temática voltou-se a Educação em saúde e sua importância na escola, criando uma nova categoria em comum. Tais categorias foram construídas com intuito de amparar as interpretações e inferências, que aparecem em seguida nos resultados, representando, de modo organizado, como uma síntese das análises, a tabela abaixo: das categorias finais.

Quadro de categorias de análise: Questionário “Educação em saúde na escola na perspectiva docente”	
Categorias de análise	Subcategorias
1. Educação em saúde e o PSE na escola	1.1 Práticas na escola com o PSE 1.2 Intersetorialidade
2. Educação e Saúde e a presença de profissionais de saúde na escola não vinculados ao PSE	2.1 Educação em Saúde e as práticas na escola 2.2 Currículo
3. Educação em saúde e alimentação na escola	3.1 A importância da alimentação escolar em casos de vulnerabilidade
4. Educação em saúde e os limites, problemas e desafios encontrados na escola	

Quadro 2: Categorias Finais de Análise sobre o questionário: Educação em Saúde na escola na perspectiva docente. Fonte: Esquema elaborado pelo autor

Por fim, a última etapa na qual foi possível fazer o “tratamento dos resultados”, através da interpretação, reflexão e diálogo, proporcionou-nos a discussão das diferentes abordagens levantadas pelas respostas dos professores. Nesta etapa, foi possível variar a interpretação em duas características principais, as operações estatísticas da pesquisa quantitativa e os diálogos descritivos da pesquisa qualitativa.

Essas características constituíram-se nas respostas que se configuraram nas questões fechadas como uma “fase, onde os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas” (CAPELLE, 2003, p. 6), ou nas características ofertadas pelas respostas às questões abertas, como um modo categorial de organização e interpretação das respostas descritivas, no qual o professor participante estabelece aproximação ao narrar as suas experiências, dando à investigação um caráter qualitativo, mais profundo e rico, por sua singularidade e presença autoral, especialmente por trazer ao corpo do estudo uma diversidade de características linguísticas, textuais, expressivas e reflexivas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 103 pessoas distribuídas da seguinte forma:

- 81,0% dos participantes com idade acima de 36 anos; a maior parte possuía pós-graduação - 46,6%;
- 60,2% possuíam mais de 15 anos de docência,
- 77,7% dos professores participantes atuaram e participaram de eventos e práticas relacionadas à saúde em suas escolas, e
- 74,8% afirmaram trabalhar em suas ações pedagógicas.

Quando perguntados sobre aproximação sobre o tema saúde em suas formações acadêmicas, 34,0% relataram que o tema teria sido abordado; 36,0 %, não, e 30,0% não lembrava.

Sobre a oferta de alimentação regular e gratuita na escola, 81,5% alegaram que eram ofertadas, e 76,5% consideraram a alimentação ofertada ou trazida pelo estudante como saudável.

As características quanto à formação e atuação dos professores estão descritas na Tabela 3 a seguir:

Variáveis	N	%
Formação acadêmica		
Graduação	25	24,3
Pós-Graduação	48	46,6
Mestrado	20	19,4
Doutorado	6	5,8
Curso Normal (Ensino médio, Técnico)	4	3,9
Tempo de atuação		
Até 1 Ano	4	3,9
De 1 a 5 Anos	25	7,8
De 5 a 10 Anos	48	11,7
De 10 a 15 Anos	20	16,5
Mais de 15 Anos	6	60,2
PSE na escola de atuação		
Sim	33	32,0
Não	40	70,9
Não Sei	30	29,1
Presença de profissionais da saúde para tratar temas relacionados à saúde na escola		
Sim	67	65,1
Não	31	30,1
Não Sei	5	4,9

Variáveis	N	%
Ações pedagógicas e temáticas relacionadas à promoção de saúde ou prevenção de doenças		
Sim	77	74,8
Não	26	25,2
Já estudou algo relacionado à saúde em sua formação acadêmica		
Sim	35	34,0
Não	37	35,9
Não Me Lembro	31	30,1
Você já escutou o termo "Educação em Saúde"?		
Sim	64	62,8
Não	38	37,2
Há na escola alimentação regular e gratuita?		
Sim	84	81,6
Não	19	18,4
Você considera a alimentação oferecida na escola ou trazida pelo estudante:		
Saudável	78	76,5
Não Saudável	24	23,5

Tabela 3: Caracterização e práticas de educação em saúde de educadores que atuam com o primeiro segmento do Ensino Fundamental em unidades escolares.

Os dados quantitativos apontam que em relação ao perfil dos participantes, considerando sua formação acadêmica, do total de participantes, 3,9% não possuem nível superior, tendo feito o Ensino Médio Técnico (Formação de professores). Já 24,3% dos professores possuem Graduação. A maior parte dos participantes da pesquisa possui Pós-Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado), totalizando 71,8% das respostas. Ao detalharmos estes dados, encontramos: 46,6% possuem pós-graduação (Especialização), 19,4% possuem mestrado e 5,8% possuem doutorado.

Sobre o tempo que atua como educador, a maioria dos participantes respondeu que possui mais de 15 anos de docência, totalizando 60,2%. Neste sentido, a análise das informações prestadas foi originada por professores considerados experientes em sua área do magistério pelo longo tempo de atuação. O segundo período com o maior número de respostas sobre o tempo de atuação profissional foi de docentes com 10 a 15 anos de experiência como professores, representando 16,5% dos participantes do questionário.

Sobre algumas possibilidades de ações externas sobre saúde na escola, a presença do "Programa Saúde na Escola- PSE" para a maioria dos participantes é baixa, pois não possuem contato ou não sabem informar se existe atuação deste programa em suas escolas. Em contraste a esse dado, mesmo sem a presença do

programa, a maioria dos entrevistados recebe profissionais de saúde em suas escolas, ou trabalha, com os estudantes, temáticas sobre Educação em saúde.

O que os professores dizem sobre a Educação em Saúde nas escolas?

A análise dos dados se deu por dois métodos da análise de conteúdos, para perguntas objetivas, por meio de dedução frequencial pela quantidade de respostas iguais ou com a mesma frequência de informações, criando dados estatísticos; como também pelo método da análise por categorias temáticas, no qual as categorias temáticas procuraram aproximações de sentido que o codificador percebe ao interligar indicadores próximos no conjunto das mensagens, ou seja, as perguntas com respostas descritivas. Destacamos também que, para preservar a identidade das professoras e professores participantes, os nomes reais foram trocados por números correspondentes a cada participante.

As análises que seguem abaixo foram apresentadas de forma a conhecer a organização dos temas centrais elencados pelos participantes da pesquisa, o que possibilitou a criação de categorias de análise, resultantes dos eixos principais das temáticas destacadas nas respostas.

Categoria 1: Educação em saúde e o PSE na escola

Uma das categorias que proporcionou dados estatísticos e de análise de conteúdos foi sobre a temática do PSE. Segundo os dados levantados no questionário, 102 participantes responderam à questão: “Você conhece o Programa Saúde na Escola (PSE)?”, sendo exatamente a metade do grupo (50%) conhecedor do programa, e 50% do qual o programa é desconhecido.

Ao perguntar se a escola de atuação do professor tem a presença do “Programa Saúde na Escola” (PSE), mesmo com 50% dos participantes conhecendo o PSE, somente 32% deles afirmaram ter tal programa em suas escolas. Um dado que nos chamou a atenção é o fato de 38,8% dos professores participantes declararam “não ter” o PSE na escola e, especialmente, um grupo de participantes (29,1%) afirmar “não saber se tem” o programa em suas escolas.

Quando questionados sobre o PSE, alguns professores não responderam, alegando desconhecimento sobre o programa. Ficou evidente que alguns professores tiveram participação no programa e acompanham as ações que acontecem com os estudantes. Outra informação que destacamos foi o fato de a maioria dos participantes

declarar ações do dia a dia com o PSE, situações que, provavelmente, ocorreram de maneira prática, sem necessariamente um programa de capacitação aos professores sobre PSE.

Quando há integralidade entre a escola e os serviços de saúde, é facilitado o acesso de alguns indivíduos que, em outras circunstâncias, não iriam em busca dos serviços de saúde, ou, em alguns casos, essa procura se daria de forma tardia. Tal auxílio é oportunizado quando os profissionais de saúde que atuam na região são convidados pela instituição para participar de eventos que promovam a saúde na escola.

As instituições de ensino, através dos olhares atentos dos professores, perceberam as necessidades vigentes dos alunos, organizam eventos e fazem a integralidade entre as instituições. A associação entre essas duas esferas facilita a promoção da saúde, considerando a equidade, como no exemplo citado pelo participante nº 18, em que relata a importância de se discutir sexualidade com indivíduos com deficiência intelectual e questões de gênero e sexualidades.

Segundo os relatos apresentados pelos participantes da pesquisa, tais ações têm feito a diferença na vida de muitos estudantes em algumas regiões. Os professores apontaram os seguintes relatos nas respostas descritivas:

“No local onde está situado o CIEP, a saúde é muito precária, então, quando o PSE vai até lá e conversa com os alunos e responsáveis a respeito, há uma possibilidade de melhoria na comunidade. E, quando abordamos temas junto ao PSE, o resultado é ainda melhor” (Participante nº 12).

“Ressalto as ações do PSE nas escolas municipais do RJ que já atuei. Em especial, uma conversa do posto de saúde da região com estudantes da Classe Especial e famílias sobre questões de gênero e sexualidade. Se tratava de uma classe especial composta por estudantes adultos, com deficiência intelectual e diferentes modos de sociabilização, com interesses em namorar, ter amizades, casar, ter filhos, mas muitas vezes infantilizados por suas famílias e sem espaço para conversar sobre. Foi uma conversa muito produtiva que acredito ser necessária para crianças, jovens e adultos conhecerem a si e a seu corpo” (Participante nº 18).

“Escola é um lugar onde a saúde deveria estar em primeiro lugar, depois da família muita coisa poderia ser prevenida se na escola houvesse educação e saúde andando lado a lado” (Participante 26).

Já outro grupo de participantes, apresentado abaixo, relata experiências quase contrárias aos relatos descritos acima. É fato que cada região tem suas necessidades específicas, e isso deve ser respeitado, mas a falta de harmonia no entrelaçamento da esfera de saúde e educação traz problemas, tanto para área da saúde que ganha uma

demanda maior e tem mais dificuldades para identificar demandas das comunidades, quanto para área da educação, não tendo o apoio dos profissionais da saúde e nem tendo acesso aos serviços disponíveis pelo governo para resolver questões identificadas.

Um das consequências mais graves do que foi exposto são as dificuldades que os estudantes terão que superar sem auxílio, trazendo atrasos em sua vida acadêmica e prejuízos graves à sua saúde.

“Acidentes acontecem na escola, (em casos simples os profissionais não sabem agir e, muitas vezes, repetem o senso comum ou o que veem na TV. Sal na boca /sem saber se quem vai receber pode. Álcool no nariz sem saber se o desmaiado pode... alunos desmaiam na escola. Alunos tentam suicídio com excesso de medicamentos e vêm pra escola (...).

Pais de escolas públicas, muitas vezes, não têm acesso a saúde pública. (...) Ou seja.... Mas nosso país tem um PROGRAMA muito bonito no papel, mas o alcance ainda é muito pequeno. Ao longo dos meus mais de 25 anos dentro da escola, já vi muita coisa”. (Participante nº 26)

“O Programa Saúde na Escola, infelizmente, não é presente em boa parte das escolas e depende muito de disponibilidade de profissionais de saúde e proximidade do posto com a escola, que, se procurada, raramente recusa o intercâmbio.” (Participante nº 33)

Nas falas acima, podemos observar que professores e professoras demonstraram certa frustração com as atuações do programa em algumas escolas dos participantes de pesquisa. Tendem a considerar que o alcance do Programa acontece em escolas perto dos postos de saúde, e que o profissional de saúde nem sempre tem disponibilidade, indicando-o como único responsável pelo PSE dentro da escola. Alguns professores se colocaram como participantes ativos, com experiências positivas que marcaram sua trajetória docente com as ações de Educação em Saúde.

Destaca-se também a importância do professor e, por consequência, os profissionais que atuam na escola, saberem atuarem em situações de emergências que possam ocorrer na escola. Tal declaração do participante x relata alguns equívocos ao tentar auxiliar os alunos. O baixo alcance das ações realizadas pelo programa PSE, relacionados à quantidade de escolas que recebem esse programa é evidenciado no relato do participante nº 33.

“É necessário entender porque o programa não tem alcançado regiões com demandas. Para haver melhor eficiência dos programas governamentais, seria viável, de tempos em tempos, serem realizadas avaliações sobre o alcance e sobre a eficiência dos programas, a fim de adaptar tais programas às realidades cotidianas, que, de tempos em tempos, sofrem alterações, otimizando assim os efeitos a curto e

longo prazo. Neste contexto, também se encontra a importância de dar voz aos educadores que estão de frente com os programas e utilizam estas ferramentas para auxiliar na educação e formação dos indivíduos. Esses profissionais conseguem apontar o que de fato funciona e o que não se materializa no campo da prática” (Participante nº 33).

Subcategoria 1.1 - Práticas na escola com o PSE

Alguns participantes decidiram detalhar as ações que ocorreram em suas escolas. Por este motivo criamos uma subcategoria de análise para pautar algumas práticas do PSE desenvolvidas nas escolas, presente nos relatos dos professores:

“Palestra com as famílias em parceria com a Clínica da Família e ou Hospital Carmela. Temos ação com técnicos de Odontologia onde eles conversam com as crianças sobre a importância da escavação e teatrinho”. (Participante nº 57)

“Programa de vacinação na escola, Programa de saúde bucal, Palestras bimestrais para toda comunidade escolar, Avaliação de saúde dos alunos para a prevenção de doenças, Programa voltado às mães sobre saúde e prevenção de doenças, entre outros. Nossa parceria é maravilhosa!” (Participante nº 79)

“Nós fazemos a semana da alimentação saudável, temos parceria com a clínica da família de referência da nossa região para vacinação infantil, aplicação de flúor e tratamento dentário”. (Participante nº 87)

Como podemos perceber nos relatos, a presença contínua de ações do programa PSE acontecem de modo integrativo aos profissionais de saúde mais próximos das escolas. Na tentativa de compreender a experiência da Educação em Saúde nas escolas por meio de um programa governamental, alguns professores revelam, em seus discursos, a importância da promoção e do cuidado da saúde para os alunos da escola. Isso porque ela também promove um elo entre família e comunidade.

Educação em saúde e sua importância na escola

Destacamos que 100% dos professores participantes consideraram importante a abordagem de temas relacionados à saúde na escola, especialmente ao considerarem ambos os campos, Educação e Saúde, ligados pelo mesmo fio condutor. No contexto da pós-pandemia, ao retornarem às aulas de forma regular, 95% dos docentes participantes desta pesquisa relatam ter identificado questões relacionadas à saúde mental dos alunos, como estresse, depressão, ansiedade dentre outros.

Alguns participantes destacaram a importância da educação em saúde na escola, apontando a perspectiva da intersetorialidade como uma ferramenta crucial para a formação dos estudantes, especialmente ao considerar a importância da

parceria entre as áreas de Educação e Saúde, pois afirmam que só a escola não é capaz de promover a saúde.

Subcategoria: 1.2 - Intersectorialidade

Algumas das respostas sugerem que ambas as temáticas devem caminhar juntas, acredito ser pertinente afirmar, baseado nas questões levantadas e observadas, que é necessário que esses profissionais distintos em suas áreas acadêmicas e de atuação também caminhem junto em favor de alcançar mais eficiência nas questões envolvendo a Educação em Saúde.

Os resultados destes esforços poderão ser percebidos a longo prazo se considerarmos o olhar segundo a ótica das coletividades, sendo demonstrado através da redução da frequência de comorbidades, população como baixos índices de obesidade, dentre outros aspectos positivos que surgem quando uma comunidade leva um estilo de vida saudável.

A escola tem a possibilidade de alcançar não somente o aluno, mas toda a comunidade que se encontra ao redor, através de projetos que permitam a integração da sociedade com as atividades desenvolvidas no interior escolar. Muitos moradores das regiões onde se encontram os centros estudantis foram membros das instituições no passado, esse fato pode auxiliar para o sucesso das investidas ao estender tais projetos através da abertura dos portões para a comunidade. Essa também poderia ser uma forma de auxiliar o coletivo, contribuindo para a melhora das questões voltadas para a saúde, como vemos nas declarações abaixo, feitas pelos participantes da pesquisa.

A ferramenta da educação em saúde também passa a ser um instrumento norteador, alertando para os alunos e para a sociedade que ter saúde não se limita apenas à ausência de doenças (segundo o conceito de saúde expresso pela ONU). Ações planejadas podem demonstrar a importância de se levar em conta outros fatores que, de forma análoga, estão sendo catalisadores do aparecimento de doenças, diminuindo a qualidade de vida do indivíduo e potencializando problemas de saúde.

Podemos perceber tais perspectivas, ao declararem:

“Saúde e educação andam de mãos juntas. É através da educação em saúde que promovemos uma sociedade mais saudável no âmbito biopsicosocioespiritual”

(Participante nº 02).

“A noção de saúde deve estar em interface com o currículo escolar, com o projeto político pedagógico e com as práticas de ensino” (Participante nº 92).

“Sobretudo nas instituições públicas, onde, muitas vezes, somos os únicos ou um dos únicos pontos focais de ações de cidadania na região” (Participante nº 85).

“Saúde-escola deveriam andar juntos. Toda escola deveria ser um espaço de promoção à saúde” (Participante nº 26).

“As práticas adequadas a ambientes com muitos alunos precisam ser replicadas, e a Saúde é de fato uma questão social importantíssima, e a educação nesta área é algo fundamental” (Participante nº 67).

“A saúde está conectada com a vida, e a escola trabalha com indivíduos”. (Participante nº 66).

“Porque a saúde vai além da simples ausência de doença, e a escola é um espaço importante para disseminação/ reflexão desse conceito, e podem ser levantados por meio das práticas vivenciadas no dia a dia” (Participante nº40).

Educação em saúde e sua importância na escola

Outro destaque mencionado pelos professores participantes sobre a Educação em Saúde e sua importância na escola foi a ênfase dada ao espaço escolar como local de aprendizagem contínua, promotor da consolidação dos saberes, favorável à educação em saúde infanto-juvenil.

Segundo relatos de alguns participantes, em muitos casos a escola será o único espaço de discussão e construção de conhecimento voltado a questões básicas de saúde. Isso demonstra e confirma o quão importante é o espaço escolar como promotor de educação em saúde, e como os profissionais que estão de frente com essa demanda precisam estar preparados e serem apoiados para realização desta atividade, a fim de que esses indivíduos possam ter habilidades para cuidar de sua saúde de forma adequada, melhorando, assim, sua qualidade de vida e contribuindo para um coletivo mais saudável, tornando menor a demanda pelos serviços de saúde.

“Tendo em vista o público que atendo, é fundamental ter esse espaço, já que para muitos é o primeiro (diria até único espaço) de contato com essa temática de forma mais humanizada e de construção de conhecimento. Tendo em vista que boa parte dos relatos que já tive de alunos e de responsáveis é que o atendimento no primeiro setor da saúde é quase sempre muito rápido, impessoal e por vezes impreciso” (Participante nº 21).

Alguns participantes destacam o espaço escolar como espaço estratégico de desenvolvimento e alcance social, realçando, em suas falas, que, em algumas localidades, a escola será o único aparato social presente, e a única fonte onde de

desenvolvimento de saber formal. Destaca-se também que, em algumas circunstâncias, é o local em que se pode falar com mais indivíduos ao mesmo tempo, otimizando, assim, o aprendizado.

Alguns cenários podem se encaixar nestas características, tais como comunidades isoladas pelo poder paralelo, regiões agrárias e prisões (escola para menores infratores). Infere-se pelo exposto que, em diversas situações, a escola é o único braço social que alcança algumas demandas, e, na ponta deste braço, estão os professores, seus conteúdos, suas dinâmicas, suas percepções e olhares para os alunos.

Tais condições justificam também a razão e o esforço para entender o olhar de cada um desses profissionais tão importantes em suas atividades, revelando assim as fragilidades e como se pode contribuir para melhorar e otimizar os contextos relacionados à Educação em Saúde. Segundo os cenários apresentados no parágrafo anterior, é notório que um dos primeiros profissionais a encaminhar o estudante a um serviço de saúde possivelmente será o professor em muitos cenários sociais. Apesar de não ser esse o objetivo que conduz as iniciativas de Educação em Saúde, esta condição acaba sendo um resultado promovido pelos flagelos do contexto socioeconômico vivido por muitos no Brasil.

Em muitas situações são os profissionais que identificam/percebem doenças e necessidades de cuidados especiais, dentre outras demandas dos seus educandos, como mencionado por alguns participantes do questionário. O professor, quando qualificado e atento aos seus discentes, faz a diferença na vida do estudante, de seus responsáveis e contribui com a sociedade para um coletivo mais igualitário e homogêneo.

“A escola prepara para a vida, e ter esse tema principalmente como prevenção já ajuda para o caso de acontecer alguma coisa relacionada à saúde” (Participante nº 103).

“Porque atende ao maior número de cidadãos no mesmo espaço/tempo.” (Participante nº 40). “A escola é o único local do saber formal.” (Participante nº 41).

“Trabalho em escolas da periferia, sendo esse o único aparato público dessas regiões” (Participante nº 11).

“O ambiente escolar é propício a situações constantes de observações relacionadas à saúde tanto psicológicas quanto emocionais e nutricionais. Os desníveis sociais são indicadores de comprometimento tanto físico quanto mental!” (Participante nº 14).

“A escola deve ser exemplo e direcionar hábitos saudáveis” (Participante nº 71).

“Por ser um espaço de construção de conhecimentos e de promoção de ações que beneficiem o sujeito como um todo. A escola deveria ser um ambiente que proporcionasse a saúde física e mental dos sujeitos” (Participante nº 91).

“A escola pode ser um braço da família do aluno e temas básicos” (Participante nº 75).

“A escola é lugar de aprendizado e, por isso, o local ideal para trabalhar o tema da saúde” (Participante nº 38).

A instituição escolar também é tida como local que possui fonte segura de conhecimento, esse fator contribui para a fragmentação de alguns paradigmas construídos pelo conhecimento popular. O conhecimento popular tem o seu valor, mas, em alguns casos, prejudica a aceitação de recomendações mais apropriadas em algumas áreas. O que mostra a importância da Educação em Saúde a ser discutida dentro do ambiente escolar, oportunizando aos estudantes o conhecimento científico, a possibilidade de confrontar ideias, tirar dúvidas e, terem uma perspectiva, utilizando as lentes da ciência para determinados temas. Esses fatores contribuem para a construção de indivíduos críticos e articulados em suas crenças e seus hábitos.

“A escola é, na maioria das vezes, aquela que é exemplo. Então, ao tratarmos desses temas, os alunos vão querer melhorar cada vez mais” (Participante nº 12).

“A escola é o caminho mais fácil e mais assertivo para se atingir determinado grupo ou faixa da população” (Participante nº 39)

“Porque na escola é um lugar onde muitas pessoas diferentes com vivências diferentes se encontram e falam sobre saúde em um ambiente tão diverso e que nem sempre recebem suporte de saúde adequado, ajuda na prevenção e até mesmo na descoberta de doenças” (Participante nº 09).

Educação em saúde para além da escola / Criança e sua influência familiar

Outro destaque feito pelos professores é sobre a faixa etária de atuação, ou seja, a infância e adolescência como período de formação e consolidação de hábitos para a vida toda, como também o papel desses estudantes como agentes multiplicadores de informações para suas famílias, especialmente quando a escola oportuniza o espaço de discussão sobre Educação em Saúde.

A família pode ser considerada um potencializador das boas práticas que serão desenvolvidas e adotadas por esses alunos em seu desenvolvimento. Com o crescimento e desenvolvimento, cada indivíduo adota um estilo de vida, mas essas escolhas podem ser influenciadas pelos estímulos ofertados por seus responsáveis. Tais fatos apontam a importância da Educação em Saúde ensinada na escola, ao ser

compartilhada também com pais e responsáveis.

“Há muitas informações sobre prevenção e cuidado que se podem ensinar desde a infância, e a escola é um espaço ideal para difundi-las” (Participante nº 33).

“Os alunos são multiplicadores e podem levar essa temática para a família.” (Participante nº 31).

“Porque, através das crianças, consegue-se informar as famílias.” (Participante nº 25).

“É mais fácil construir conhecimentos na infância, e as crianças são canais de multiplicação de conhecimentos para a família” (Participante nº 100).

Os professores também destacam a importância do conhecimento fundamentado em estudos e pesquisas, procedentes de atuações conjuntas da Educação e da Saúde comprometidas com a veracidade do conhecimento e discutem:

“A informação é primordial na prevenção. Sobretudo em tempos obscuros onde até as vacinas são questionadas.” (Participante nº 28).

“Na escola, há oportunidade de veiculação de informações fidedignas sobre saúde com linguagem próxima à realidade da comunidade escolar.” (Participante nº 27).

No ano de 2020, a covid-19 chegou no Brasil e, de forma devastadora, ceifou muitas vidas. Uma das formas de prevenção da doença era a lavagem correta das mãos, não envolve grandes custos, não era necessário um estudo denso para entender a técnica, ação essa que pode prevenir uma série de outras doenças, como a gastroenterite (que em uma época já foi a causadora de muitas mortes de crianças (ONU, 2021)).

A prevenção em saúde, quando conduzida pelo caminho da Educação em Saúde, pode potencializar seus efeitos, mas tal caminho é esclarecido através da utilização da ciência potencializando os resultados. A escola, junto aos professores, foi um grande polo de ensinamento sobre a lavagem das mãos para os seus alunos, por exemplo. Tal momento destacou a importância do professor como condutor do conhecimento científico, da escola como instituição responsável pela formação e da Educação em Saúde, auxiliando a melhora da qualidade de vida.

Fica claro a notoriedade do professor como responsável em ensinar e em estimular as boas práticas. Comprovando a importância de entender, analisar e contribuir para ampliar a visão deste profissional, auxiliando em suas demandas, fortalecendo o desenvolvimento de projetos envolvendo escola e também a comunidade local, buscando novos colaboradores, como projetos de extensão

desenvolvidos nas universidades, participação de estratégias governamentais.

Categoria 2: Educação e Saúde e a presença de profissionais de saúde na escola não vinculados ao PSE

Outra categoria, criada a partir dos dados, trata da presença dos profissionais de saúde nas escolas, devido à manifestação positiva dos participantes da pesquisa acerca da inserção desses profissionais nas ações de Educação em Saúde na escola, especialmente pela troca e orientação. De acordo com os dados estatísticos, podemos considerar que 65,5% dos participantes já receberam profissionais de saúde para tratar temas relacionados à saúde. Além disso, parte dos entrevistados detalha a importância da integração, “principalmente que profissionais de saúde estejam envolvidos para que possam realmente passar toda a informação que os alunos necessitem” (Participante nº77).

Na perspectiva docente, participantes da pesquisa apontaram ser

“importante que profissionais possam desenvolver palestras e atividades para a comunidade escolar sobre a discussão temas dessa área” (Participante nº49).

“Acredito na importância e necessidade de a escola promover debates com alunos e professores para que a comunidade escolar possa ter acesso à informação, bem como a determinados profissionais de saúde, como também saber como proceder e a quem recorrer, caso seja necessário” (Participante nº 90).

E ainda ao dizer:

“Minha unidade recebeu uma equipe da Fiocruz para fazer uma pesquisa sobre a covid-19 nas crianças bem pequenas. E essa rotina da saúde na escola afetou a experiência da comunidade escolar” (Participante nº 48).

“Tenho vivido, este ano, no projeto alimentação e saúde, boas trocas com as nutricionistas da escola. Elas visitam as turmas, e os estudantes estão envolvidos” (Participante nº 50).

“Na minha antiga escola, era comum minha parceria com profissionais da enfermagem nas minhas aulas. É sempre muito bom” (Participante nº 73).

“Houve palestras com dentistas, enfermeiros, fonoaudiólogos” (Participante nº20).

Nos relatos, é possível perceber que a presença de profissionais de saúde impacta positivamente a escolha, orientação e decisão positiva na vida dos estudantes e demais participantes nas ações de Educação em Saúde na escola. Alguns relatos sugerem a presença de profissionais de saúde com contínua frequência ao fortalecer práticas de hábitos saudáveis.

É importante salientar que na temática da educação em saúde, a parceria dos professores com os profissionais de saúde contribui para um cenário mais rico e como mais oportunidades de aprendizados para o aluno, articulações favoráveis para o professor, para instituição, e facilidade para o profissional de saúde em alcançar e atender indivíduos vulneráveis que, em outras circunstâncias, não seriam alcançados.

Em suma, os benefícios de uma parceria entre a saúde e a educação trazem grandes benefícios para todos os envolvidos, além de auxiliar na melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Subcategoria 2.1: Educação em Saúde e práticas na escola

Sobre as práticas de Educação em Saúde relatadas pelos participantes, percebemos que parte dos professores, cerca de 77% do grupo de participantes, há eventos que abrem espaços para discutir assuntos relacionados à saúde em suas escolas.

Boa parte dos participantes afirma trabalhar em suas ações pedagógicas, temáticas relacionadas à promoção de saúde ou prevenção de doenças, com um total de 78,4% dos declarantes.

Ao detalhar quais assuntos os professores consideram pertencentes a temática da saúde e que foram desenvolvidos dentro de suas práticas pedagógicas, os participantes elencaram os seguintes temas: higiene bucal, vacinação, alimentação, prática de esportes, higiene, contaminação, verminose, doenças hereditárias, doenças contagiosas, obesidade, hábitos saudáveis, saúde mental, prevenção a pediculose e escabiose, gravidez na adolescência, microrganismos, consumo de água potável, autocuidado, atividades psicomotoras, doenças sexualmente transmissíveis, plantas medicinais, saúde e sua relação com a poluição, uso de drogas, agrotóxicos, importância da agroecologia e câncer de mama.

Estes assuntos foram repetidos por diferentes professores, e, portanto, foi possível decodificar quais temáticas foram mais citadas pelos docentes como temáticas que frequentemente são abordadas em suas escolas.

Considerando a metodologia por frequência, analisadas nas respostas descritivas, podemos destacar as seguintes temáticas: Higiene pessoal: citado por mais de 20% dos participantes; Alimentação: citado por mais de 17% dos participantes; Higiene bucal: citado por mais de 13% dos participantes; Doenças

contagiosas: citado por mais de 11% dos participantes;

Ao detalhar quais ações pedagógicas consideram pertencentes à temática da saúde, os participantes descreveram as seguintes práticas desenvolvidas em suas escolas: palestras com profissionais de saúde, roda de conversa, aulas expositivas, produção e utilização de jogos, convite a nutricionista e enfermeira, livreto informativo, entrega de kit higiene, confecção de quadro da quantidade de açúcar, montagem de maquetes, leitura de reportagens e receitas sobre vida saudável, incentivo a experimentação de sucos, vitaminas e alimentos, palestras com amigos profissionais da saúde, projetos e sequências didáticas voltadas para o tema, parceria com o posto de saúde do bairro, que faz a ponte com os cursos de medicina e odontologia de uma Universidade próxima, oficinas, aplicação de flúor em nossa unidade escolar, vídeos-debates, construção de um material coletivo, registro escrito e desenhos, projetos sobre saúde bucal, prevenção ao Coronavírus; gravidez na adolescência; saúde mental, Feira de Ciências, estudos sobre o protocolo de retorno às aulas com normas sanitárias, orientação quanto à atualização da caderneta de vacinação com outros profissionais, Debates, exibição de vídeos, organização do espaço escolar para viabilizar a dinâmica dos projetos saúde/escola, feira de Saúde, leitura de jornal, folder informativo e livros, palestra com as famílias em parceria com a Clínica da Família e ou Hospital Carmela, ação com técnicos de Odontologia, discussões com estudantes, pequenos eventos com turmas isoladas, utilização de diversos materiais: vídeos, músicas, cartazes e histórias reais, construção de cardápios e prática de exercícios.

“Como professora ensinei várias vezes os meus alunos a lavagem de seus uniformes, a importância do banho e escovação dos dentes” (Participante nº 97).

“Planejei, certa vez, me apropriar dos plantões médicos e suas especialidades oferecidos nos postos de saúde municipal e trabalhar como conteúdo com os discentes e responsáveis. Isso se deu num contexto específico em que o exercício da cidadania era o foco principal em nossa cidade e buscamos maior integração entre os serviços públicos da comunidade e a sociedade” (Participante nº 98).

Ao perguntar aos docentes sobre o termo “Educação em saúde”, 62,7% confirmaram já ter escutado sobre a temática, enquanto 37,3% declaram nunca ter ouvido falar. A falta de informação sobre Educação em Saúde revela a necessidade de considerar constantemente a relação entre teoria e prática na formação e na atuação docente no que se refere ao estudo integrativo da educação e da saúde. Discutir o significativo quantitativo da perspectiva docente que não articula, de maneira

integrada, à prática para um ensino em saúde na escola, por meio do termo e posterior ação da Educação em Saúde aponta como algumas ações pedagógicas com característica assistencial e setorial não cumprem o esperado para um trabalho educativo socializador e promotor de vida saudável aos sujeitos; ou, quando ofertados de modo adequado, não atingem 100% das escolas. Alguns professores sinalizam a necessidade de tal intersectorialidade, ao dizer:

“a prevenção de doenças é a melhor forma de evitar situações irreversíveis. A educação é o meio que se usa para conscientizar sobre o estilo de vida.” (Participante nº 60), ou ainda ao falar: “Vejo a promoção da saúde como qualidade de vida” (Participante nº 58).

Subcategoria 2.2 - Currículo

Ao solicitar que fossem consideradas as temáticas abordadas no currículo escolar da instituição, cada participante escreveu, em ordem de maior importância, os números correspondentes aos assuntos que são considerados prioridade na escola, como objetivo aos estudantes. Foram ofertadas as seguintes opções aos participantes:

- 1- Ser alfabetizado;
- 2- Aprender a calcular;
- 3- Construir socialização e cidadania;
- 4- Desenvolver autonomia e responsabilidade;
- 5- Cuidar da saúde;
- 6- Desenvolver habilidades físicas e motoras.

Cada professor deveria elencar, em ordem de maior importância até a menor importância, os objetivos institucionais presentes no currículo de suas escolas, para conseguirmos analisar o grau de importância das temáticas sugeridas.

Por se tratar de uma resposta descritiva, é importante destacar que 7 participantes, dos 103 professores, decidiram não responder, e, das 96 respostas ofertadas nesta questão, cinco (5) professores sinalizaram que não conseguiriam responder de modo organizado, numerando o grau de importância, pois, em suas escolas, o currículo era integrado, e todos os assuntos estavam interligados.

Pontuaram que “todos os itens caminham juntos” (Participantes nº 58/90), *ou ainda ao dizer:*

“- Nossaaa. É muito difícil fazer uma ordem de importância, porque as temáticas não se dão de modo verticalizado e, sim, horizontalidade. Socializamos, cuidamos, alfabetizamos, afetamos....tudo junto e misturado.” (Participante nº11).

Das 96 respostas obtidas, 91 delas apontaram a numeração indicada, apresentando o grau de importância das temáticas no currículo de suas escolas. Ao ordenar as opções pelo grau de importância curricular em suas escolas, 42,8% dos professores afirmaram que, em suas instituições escolares, o currículo dá maior importância à necessidade do estudante de “1. Ser alfabetizado”, em primeiro lugar, e “2. Aprender a calcular” com 25,2% de respostas atreladas à primeira sequência de importância.

O segundo maior assunto tratado nos currículos escolares indicados pelos participantes é a necessidade de “3. Construir a socialização e cidadania” com 24,1% das respostas atreladas ao “4. Desenvolvimento da autonomia e responsabilidade” com 18,6% das respostas declaradas pelos professores.

Algo que nos chamou a atenção foi o fato de os itens “5.Cuidar da saúde” e “6.Desenvolver habilidades físicas e motoras” terem sido os itens menos citados na ordem de grau de importância no currículo das escolas, sendo, respectivamente, 8,7% na opção 5, que trata especialmente da temática da saúde, e 4,3% na opção 6, que correspondeu ao desenvolvimento de habilidades físicas e motoras. Tal dado sugere que, mesmo em escolas que abordam a temática da saúde, em seus eixos curriculares, tal assunto não é prioridade na maioria dos casos.

Papel do professor

Um educador que emprega em suas aulas o contexto da educação em saúde em temas transversais, segundo o indicado pelo Ministério da Educação (MEC), desenvolve projetos e busca a contribuição dos profissionais de saúde. De uma forma direta ou indireta é um agente de saúde. Pois, atuando como influenciador, transmissor e multiplicador de ideias, pode dar subsídios para que os indivíduos adquiram hábitos saudáveis.

“Somos transmissores e multiplicadores de boas ideias” (Participante nº 89).

“O professor é influenciador. As crianças precisam de modelos durante seu

crescimento social e emocional, o professor acaba sendo esse agente em potencial. Logo, a escola é um excelente local para essa educação acontecer” (Participante nº 48).

“Os alunos podem ser influenciados por boas práticas de saúde se de fato forem instruídos de forma correta” (Participante nº 77).

“Em todas as ações e, sobretudo em um caminho de escuta e cuidado, é possível! Saúde é uma questão séria e resvala na plenitude do indivíduo. Como educadores e como educação em lei, temos o objetivo de educação integral, ou seja, educar em todos os sentidos” (Participante nº 85).

Por que entender a perspectiva do professor sobre educação em saúde? O professor está continuamente com o público infanto-juvenil, sendo uma área de atuação profissional capaz de perceber as mudanças de comportamento a longo prazo, como vemos no relato do participante a seguir, ao dizer :

“Quando a pessoa adquire o conhecimento sobre os benefícios de uma vida saudável, assim como os riscos que possui quando hábitos incorretos são adotados, a mudança comportamental acontece” (Participante nº 78).

“Sou professora há mais de dez anos e sempre vi a importância da saúde na escola. Na escola, encontramos crianças com necessidades de orientação e não somos preparados para lidar... casos de depressão, stress, bullying que geram reações ao corpo e mente das crianças. Muitas também se alimentam de maneira inadequada, a família envia lanches gordurosos. Tbm já dei aula para o quinto ano, e eles começam a perguntar com mais frequência sobre o corpo, suas mudanças” (Participante nº 24).

Categoria 3: Educação em saúde e alimentação na escola

Ao ser debatida a temática de educação em saúde dentro do ambiente escolar, além dos diversos desafios enfrentados pelo professor, há um destaque feito pelos participantes da pesquisa quando o assunto é alimentação e, de forma paralela, também se levanta o assunto das limitações socioeconômicas vividas pelos estudantes.

Nas afirmações de alguns participantes, suas preocupações perpassam o campo da alimentação na escola. Para os docentes, não é suficiente ofertar conteúdo, fazer o aluno vivenciar práticas para solidificar suas aprendizagens, se em seu cotidiano ele não possui condições sociais e econômicas de desenvolver o que foi aprendido. Apesar dos esforços realizados pelo governo, através dos programas para combater a fome, levar saneamento básico às áreas mais carentes, dentre outros, as disparidades sociais ainda são muito frequentes no contexto vivido pelos alunos. Condição essa que fragiliza o ensino e a aprendizagem não somente dos temas relacionados à educação em saúde, mas de qualquer conteúdo ensinado.

Em diálogo com tais questões, encontramos alguns debates trazidos pelos docentes participantes, como:

“Muitas doenças vêm de uma má alimentação, e diversas crianças já começam os seus dias comendo biscoitos de chocolate, bolinho Ana Maria, Cheetos e bebendo Toddynho ou guaraná natural. Não comem alimentos que verdadeiramente as nutrem. (...) Isso tudo contribui para crianças desnutridas, e uma geração cada vez mais doente” (Participante nº 61).

Ao discutirmos acerca das contribuições docentes, destacamos que a alimentação saudável tem sido um desafio vivido pela população das cidades, onde o cotidiano é carregado de atividades sem fim (Garcia, 2015, p7).

A facilidade de preparo dos alimentos industrializados, mantidos em conservas, enlatados e muito processados, ganham destaque por promover uma praticidade em seu consumo; em contrapartida, em sua maioria, são extremamente nocivos à saúde. Tais alimentos são ofertados pelos responsáveis de forma equivocada, acreditando que estão alimentando e nutrindo ao estudante, quando de fato estão prejudicando o desenvolvimento de uma boa saúde (GONÇALVES et al. 2008).

Tais ações beneficiam não só aos alunos das instituições, mas traz contribuições importantes que se somam à coletividade, trazendo benefícios não só ao indivíduo, mas também à população como um todo, sendo um potencializador para a melhora de qualidade de vida, auxiliando a formação de hábitos saudáveis, diminuindo, assim, as chances de adquirir comorbidades.

Outra contribuição docente apontou as ações de Educação em Saúde desenvolvida em sua escola através de um exemplo prático de um projeto desenvolvido ao longo dos anos com os estudantes, e detalha:

“- Fizemos o projeto ‘Descasque mais e desembale menos’, com feirinha, apresentação de cardápios, brincadeiras com nomes e imagens de legumes, frutas e verduras” (Participante nº 84).

A professora participante relata que sua escola investiu tempo dedicando-se à temática da alimentação por se tratar de um assunto continuamente sugerido pelos estudantes.

É de suma importância a abordagem dos mais variados assuntos envolvendo a educação em saúde, mas também é necessário entender e atender as demandas específicas encontradas em determinados grupos distintos, trazendo atualizações, flexibilização e eficiência para o que é educar em saúde. Dando, assim, condições de

um desenvolvimento saudável aos indivíduos, apoiando-se nas questões de equidades, abraçando, assim, a demanda específica para cada grupo de indivíduos segundo as suas necessidades.

Para tal, uma das estratégias que apresenta uma eficiência robusta é a dinâmica, desenvolvida nos projetos ministrados por professores e outros profissionais dentro da escola. Muitas destas atividades proporcionam experiências com degustação, conhecimento de novos alimentos saudáveis, receita e cardápios saudáveis, proporcionando diferentes vivências no tema, para além do conhecimento técnico científico. Proporcionando, assim, ferramentas para a construção de hábitos saudáveis que irão compor a vida individual e também influenciaram todo o coletivo envolvido diretamente ou indiretamente em tais atividades.

É notável como o consumo de alimentos que contribuem pouco nutricionalmente (ou a falta de alimentos adequados) interfere no bom crescimento e desenvolvimento, estão cada vez mais presentes nos cardápios da população, por motivos variados, a situação é tão crítica que os professores notam em seus alunos essa condição.

Alguns docentes detalham tais aspectos, ao afirmar que:

“Sem os nutrientes, o cérebro não funciona bem” (Participante nº 52).

“Os indicadores de desnutrição são fundamentais para que se possa estabelecer um parâmetro de avaliação para o nível de aprendizagem!” (Participante nº 14).

“Uma criança desnutrida tem extrema dificuldade na aprendizagem devido à falta de nutrientes importantes para o funcionamento do cérebro”. (Participante nº 10).

E, ainda, ao dizer:

“Muitos alunos a merenda escolar é a única refeição desses alunos. Quando por motivos diversos, como falta de água, e a merenda tem que ser fria, os alunos reclamam muito, pois ficaram o dia inteiro com fome” (Participante nº 83),

ou ainda, ao descreverem suas preocupações:

“Alimentação está ligada diretamente ao desenvolvimento das crianças física e psicologicamente” (Participante nº 48).

Subcategoria 3.1 - A importância da alimentação escolar em casos de vulnerabilidade

Não se pode ignorar o fato de que muitos alunos não possuem o que comer em seus lares, apesar dos diversos projetos para combater a fome que o país desenvolve. O corpo é fortalecido, e nossas funções vitais são desenvolvidas segundo a alimentação que ingerimos. Um aluno que não se alimenta de forma adequada, ou

nem se alimenta, dificilmente irá absorver qualquer tipo de conhecimento seja ele qual for. É de suma importância que esses alunos sejam identificados, e que sua questão estrutural seja sanada.

Alimentação ofertada somente no ambiente escolar não dará conta de suprir a demanda desse indivíduo que luta contra a fome.

“A criança que sofre com a insuficiência nutricional não tem ânimo para aprender.” (Participante nº 88).

“Para a efetivação do aprender é preciso estar em sua plena constituição vital. Ninguém aprende nem apreende com fome.” (Participante nº 19).

Faz-se necessário investigar onde e por que os programas que são desenvolvidos pelo governo para o combate à fome não chegam a esses indivíduos, e *se necessário, reestruturá-los, a fim de combater, de forma mais eficiente, a fome.*

“Sou professora de alfabetização e já acompanhei estudantes com problemas severos de desnutrição. Alguns precisavam de maior ajuda nas tarefas, apresentavam dificuldade de compreensão e, após alguns anos na escola, chegaram a ser reprovados em anos subsequentes por não considerarem sua desnutrição na gestação e início da vida” (Participante nº 24).

“Uma mente nutrida favorece aprendizagens. Um ser humano que não possui os elementos necessários para uma nutrição adequada está debilitado, enfermo. Alguém que está doente não tem 100% de condição para aprender. Ele está limitado” (Participante nº 02).

“Já tive, em outra escola, alunos que desmaiavam por estarem sem se alimentar. A aprendizagem fica extremamente prejudicada.” (Participante nº 70).

É importante que o professor esteja habilitado a reconhecer sinais de desnutrição, pois é o profissional que está diariamente em contato com os alunos e, por isso, tem maior oportunidade de perceber o problema. Sua identificação precoce é de suma importância, porque pode amenizar fatores que dificultem a aprendizagem desse indivíduo, o agravamento dos problemas de saúde devido a uma dieta ineficaz e auxiliá-lo junto à família ou responsáveis, para buscar ajuda a fim da resolução do problema.

“Onde leciono, os alunos, a maioria, só se alimentam na escola. Quando eles chegam de um final de semana ou recesso, por exemplo, chegam com sono e muita fome. Não conseguem se concentrar e aprender. A alimentação é de suma importância para o aprendizado” (Participante nº 12).

“A fome dói e desestabiliza qualquer ser. Quem tem fome só pensa em como saná-la. Nunca tive alunos que chegaram a ser diagnosticados com desnutrição, mas tive e tenho alunos muito pobres e que chegam à escola sem comer. Nesses casos, a primeira refeição completa e talvez a única seja a oferecida pela escola. Muitas vezes,

me deparei com alunos não conseguindo se concentrar em sala pelo fato de estarem com fome” (Participante nº 90).

“Venho de uma época em que não havia colação para as crianças e, na segunda-feira, era o dia mais difícil de conseguir atenção das crianças, porque vinham do final de semana sem uma alimentação adequada. Já tive estudantes que tremiam de fome e tinham sensação de desmaio. Como aprender nessas circunstâncias?” (Participante nº 11).

O estudante que tem tal dificuldade e não resolve essa questão com eficácia estará correndo sérios riscos de saúde e com perigo de viver o fracasso escolar. É importante envolver os responsáveis nas questões de educação em saúde no que se refere à alimentação saudável, pois o conhecimento inadequado sobre a importância dos alimentos que são essenciais para uma alimentação adequada que auxilie o crescimento e o desenvolvimento desses indivíduos. Paralelo ao esforço da escola e da família e aliado aos temas de educação em saúde, tem-se à disposição as iniciativas e os programas governamentais para auxiliar no tratamento de indivíduos que necessitem de assistência.

Categoria 4 - Educação em saúde e os limites, problemas e desafios na perspectiva docente

Críticas, desafios, problemas e limites da Educação em Saúde nas escolas também apareceram nas contribuições docentes. Questões referentes ao contexto familiar precário do estudante, a falta de recursos, entre outras demandas.

A ausência de efetividade do programa saúde na escola é citado em muitas falas dos participantes desta pesquisa. É sinalizado, nas falas, que muitas regiões possuem carências relacionadas às questões de saúde que se somam com dificuldade no acesso aos serviços de saúde, resultando dificuldade de dar prosseguimento aos tratamentos necessários, após serem identificadas tais demandas no ambiente escolar.

A questão do alcance limitado que o programa alcança também é apontado por professores que já estiveram em diferentes regiões que o programa não alcança. A discussão em torno da educação em saúde de forma indireta levanta outras questões, como: a fragilidade das comunidades e de seus territórios esquecidos pelo governo, o atendimento não satisfatório de quem busca os serviços de saúde e a ineficiência governamental em lidar com muitas destas questões.

A educação em saúde aponta para prevenção e promoção em saúde, mas também, em sua natureza, tem a funcionalidade de mostrar o que se passa na saúde

individual, como o espelho que mostra o que deve ser mantido e o que necessita ser melhorado, tratado ou curado. Nos relatos, alguns docentes afirmaram que:

“É importante ter educação em saúde na escola? Vital, principalmente devido à carência da comunidade e ao sistema de saúde precário ofertado pelo município” (Participante nº 34).

“Mas nosso país têm um PROGRAMA muito bonito no papel, mas o alcance ainda é muito pequeno. Ao longo dos meus mais de 25 anos dentro da escola, já vi muita coisa” (Participante nº 26).

Segundo Paulo Freire (1996), a educação é transformadora, mas como modificar questões de saúde sem suporte dos serviços de saúde, que não conseguem dar conta da demanda existente, e sem auxílios dos programas que, em suas construções, não suprem a necessidade existente? A realidade, segundo os relatos de alguns docentes que participaram desta pesquisa, mostra que, ao expor os conteúdos relacionados à educação em saúde, surgem necessidades que não conseguem ser supridas somente em sala de aula e, em muitos casos, não contam como os auxílios que deveriam estar disponíveis à população, tendo como responsável o estado.

Em outro momento, uma das participantes afirmou:

“Eu já tive um aluno que tinha a maioria dos dentes podres de cárie, ele sentia muitas dores e, todas as vezes, a família era solicitada. Para não atrapalhar a mãe no trabalho, o aluno não reclamava de dor, pedia pra beber água pra deixar água gelada no dente.” (Participante nº 63).

Uma questão levantada pelos participantes é o pouco conhecimento apresentado pelos responsáveis, como narrado acima, e suas dificuldades laborais para incentivar e cuidar da saúde de seus filhos. Outra problemática apresentada pelos participantes interligada às questões estudantis nas ações e/ou faltas de Educação em saúde nas escolas, como descrita abaixo, são críticas à própria limitação profissional docente, pois, segundo o exposto por alguns participantes, existem fragilidades de conhecimentos em saúde em alguns profissionais da educação.

“Escola é um lugar onde a saúde deveria estar em primeiro lugar, depois da família; muita coisa poderia ser prevenida se na escola houvesse educação e saúde andando lado a lado. Acidentes acontecem na escola, (em casos simples, os profissionais não sabem agir e, muitas vezes, repetem o senso comum ou o que veem na TV). – Sal na boca! (Sem saber se quem vai receber pode) – Álcool no nariz! (Sem saber se o desmaiado pode...) Alunos desmaiam na escola. Alunos tentam suicídio com excesso de medicamentos e vêm pra escola. Alguns sintomas de doenças iniciais, muitas vezes, são percebidos na escola, mas o professor não é da área da saúde, e, na maioria das vezes os pais ignoram as orientações. Pais de escolas públicas, muitas vezes, não têm acesso à saúde pública. Pais pobres e geralmente

trabalhadores explorados não podem faltar ao trabalho (fala deles) para buscar tratamento e cuidar da saúde dos filhos” (Participante nº26).

“Já tive a vivência de estudantes que estão doentes e, mesmo assim, a família traz para a escola” (Participante nº 92).

“Acredito que há mais a ser feito. Muitas vezes, desenvolvem-se trabalhos com vistas a instrumentalizar o aluno para melhora do seu autocuidado, mas isso não é suficiente. Pois ele precisa de recursos financeiros para fazer valer esse conhecimento e essa nova prática. Por exemplo, podemos fazer um projeto sobre alimentação saudável, mas a família não tem condições de alimentar-se com as porções nutricionais adequadas. Ou fazer um projeto sobre higiene (...), por exemplo, dividir a escova dental ou a toalha com outros moradores da casa” (Participante nº 08).

“O conhecimento liberta!! Quanto mais informação, menos impactos na saúde do corpo e da mente! Falta, especificamente para população com quem trabalho, o acesso à rede de saúde municipal e estadual.” (Participante nº 32).

As lacunas e dificuldades existentes ao discutir a temática e ao olhar para os programas disponíveis pelo governo voltados para esta área, ficam expostos a cada resposta e, ao analisar as falas, fica claro como é relevante criar espaços para que essas vozes ganhem volume. Não pelo simples exercício de se expressar, mas com intuito de mostrar aos governantes e aos responsáveis por criar e implementar programas, onde estão as brechas que necessitam de reparo, para que seus resultados sejam otimizados.

Segundo o exposto pelos participantes, não é correto afirmar que os programas em sua totalidade não surtiram nenhum resultado satisfatório, pelo contrário, nas escolas atendidas por programas governamentais, as possibilidades são consideradas fundamentais e, em muitos casos, o único meio de acesso à população. Porém, tais narrativas apresentam limites e demonstram a necessidade de continuidade e aprimoramento nas suas articulações, a fim de melhorar seu alcance e sua eficiência.

É necessário continuar o processo de aprimoramento dos programas, criando novas articulações que atendam à realidade de cada região em sua especificidade, contribuindo para fornecer subsídios e condições reais para a prática do que se está sendo ensinado e vivido. Tal exercício envolve múltiplos esforços e articulações, não só governamentais, mas também culturais, sociais, institucionais e também pessoais.

“Muitos reconhecem necessidades e não estão conseguindo ser atendidos pelo poder público. Esperam meses e anos para uma consulta. Exames, então... quase impossível! Como cuidar?? A prevenção é importante, mas, quando precisam de diagnóstico, não conseguem” (Participante nº 32).

“Nós abordamos esse tema apenas durante a pandemia, em que discutimos o protocolo de retorno às aulas, de acordo com as normas de enfrentamento à covid 19.

Depois não tivemos mais contato com o tema da saúde” (Participante nº 38).

“Infelizmente participei da elaboração do Projeto de Educação e Saúde na Escola (Pública). Elaboramos um Projeto que previa a presença de Profissionais da saúde na escola – Enfermeiro, Psicólogo e ainda Assistente Social. Mas... a iniciativa não passou de uma ocupação do tempo que nem tínhamos e, como é comum, o Projeto a nível de Estado não teve continuidade” (Participante nº 99).

Desafios, limites e problemáticas sobre a Educação em Saúde na escola traz ao estudo a necessidade do debate das dificuldades de acesso, implementação, continuidade, parceria, investimento, entre outras demandas, que fortaleçam as ações contínuas neste espaço de aprendizagem coletiva.

Potencializar tais desafios como oportunidades de melhoria e aprimoramento tornam-se oportunidades ativas de Educação em saúde como uma proposta interdisciplinar e intersetorial de ampla relevância no espaço escolar.

Como apresentado nas contribuições docentes, em suas perspectivas sobre a Educação em Saúde nas escolas, alcançar melhor qualidade de vida saudável, consciente, ativa e proativa envolve diferentes aspectos, pois implica uma atuação baseada na cooperação, valores, participação democrática, habilidades, profissionais capacitados e ações integrativas que promovam saúde à população.

Contribuir com a criação de espaços e ações pedagógicas mais autônomas para todos os envolvidos, destacando a alteridade e movimentos na luta por direitos, na busca por transformação individual, e coletiva problematizando a realidade tomada como referência é um dos caminhos que observamos junto às contribuições docentes e aos estudos sobre Educação Popular em Saúde.

E, como afirmamos na problematização teórica, tal estudo mostra-se como um *dispositivo de crítica social* necessário aos estudos do campo da Educação em Saúde, ou seja, “implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações (...)” (BRASIL, 2007, p. 15).

É neste universo que se inserem outras ações de educação em saúde, pois, quando os indivíduos reconhecem que fazem parte e são portadores de conhecimentos em diálogo e contribuição, atuam de forma ativa no processo saúde/doença/cuidado (ALVES, 2005), praticando maior interlocução com mudanças duradouras e responsabilidade coletiva, desenvolvendo uma análise crítica sobre a

realidade, em busca de uma “educação como prática de liberdade” (FREIRE, 1996), como discutimos no referencial teórico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, dedicamo-nos a investigar e compreender a perspectiva docente sobre Educação em Saúde nas escolas. Segundo a pesquisa, os docentes participantes consideram a Educação em Saúde nas escolas como ações pedagógicas que promovem conhecimentos a todos os envolvidos (profissionais, estudantes e famílias) na busca por transformação individual, coletiva e social, ou seja, explicam que a Educação em Saúde envolve atos pedagógicos com os diferentes elementos da escola, como: infância, alimentação, aprendizagem, vulnerabilidade, família, programas governamentais, entre outros aspectos e, para tal, sua importância social e política perpassa lutas diárias que emergem do cotidiano da escola, no qual práticas de educar em saúde se constituem e se referenciam, problematizando a realidade que vivem com os estudantes.

Considerando o estudo realizado, concluímos que os resultados apresentados na pesquisa revelam a necessidade de ampliação da oferta de formação docente que aborde a importância da Educação em Saúde nas escolas como temática relevante no currículo escolar. É importante preocupar-se com o tema da Educação em Saúde nas escolas para evitar e/ou superar a possível forma reducionista como a temática pode ser entendida ou incorporada nas escolas, caso as instituições, docentes e estudantes, não realizem/vivenciem nenhuma relação com as ações pedagógicas, devido ao não contato com a Educação em Saúde.

As conclusões deste estudo sugerem que o ambiente escolar e a Educação em Saúde, alinhados às necessidades locais, auxiliam, na maioria dos casos, a melhora da qualidade de vida do indivíduo, segundo a perspectiva docente, seja para os estudantes ou responsáveis, pois, em muitos casos, esses indivíduos não tiveram acesso a esse tipo de informação (GONÇALVES et al. 2008).

Outro aspecto de destaque na pesquisa são relatos que trazem o profissional da área de saúde como agente integrativo e contribuinte nas ações de educação em saúde nas escolas. Para os docentes, as parcerias intersetoriais reforçam e asseguram uma interlocução efetiva da Educação em Saúde nas escolas quando ambos os profissionais trabalham de maneira ativa e participativa na comunidade local.

Dos participantes desta pesquisa 75,7% são pós-graduados, mestres, doutores e pós-doutorados, e 88,3% atuam como educador a mais de 5 anos. Apesar deste

perfil de profissionais, uma média de 66% não estudaram ou não lembram se estudaram sobre educação em saúde em sua formação. Cerca de 37,3% nunca escutaram o termo “educação em saúde”. Apesar deste contexto, mais de 74,81 % já trabalharam assuntos relacionados a temas que têm como objetivo a prevenção e a promoção de saúde.

Segundo os dados coletados e citados acima, sem ignorar as limitações deste estudo, é notório que novos estudos necessitam ser realizados a fim de entender se o currículo de formação dos docentes de nível médio capacita de forma eficiente, com o objetivo de que os professores formados saibam como trabalhar a educação em saúde de forma transversal em suas aulas, como o indicado pela lei. Não basta que as questões de educação em saúde sejam reconhecidas como necessárias na escola se os profissionais, que deveriam ensinar, não estão aptos, e, como demonstrado pela pesquisa, muitos nem escutaram falar do que deveria estar inserido em suas aulas de forma constante. Levando em conta a quantidade de anos já trabalhados e o nível de estudo da maioria dos participantes (pós-graduação a pós-doutorado), é notório que é necessária a inserção do tema educação em saúde nas formações acadêmicas dos docentes.

No contexto da pós-pandemia, ao retornarem às aulas de forma regular, 95% dos docentes participantes desta pesquisa relatam ter identificado questões relacionadas à saúde mental dos alunos como estresse, depressão, ansiedade dentre outros.

Observa-se que, segundo alguns contextos mencionados pelos participantes, em muitos casos, existe a identificação das necessidades, realizam-se ações educacionais para auxiliar no enfrentamento das questões vigentes, mas, após serem realizadas as atividades, tem-se dificuldades de continuar essa iniciativa. As questões de educação em saúde, segundo o relato dos participantes, vão para além dos muros da escola, precisam de continuidade e de auxílio de outros profissionais fora das dependências da escola.

Em teoria, este auxílio chega através dos auxílios governamentais e programas do governo, mas os diversos relatos apontam que tais iniciativas não chegam de forma eficiente para quem necessita, trazendo inconsistência às iniciativas de educação em saúde que acontecem dentro da escola, pois de que serve a instrumentalização realizada pelos mecanismos da educação em saúde se não é possível utilizá-la para mudar a condição que traz prejuízos?

O simples ato de informar não é suficiente para educar e para que essa educação seja transformadora, como sinaliza Freire (1996), é preciso praticar cotidianamente porque educar envolve ensinar, aprender, vivenciar em constantes tentativas de ampliação de condições favoráveis aos envolvidos. Isso requer uma crítica social sobre os diferentes aspectos que envolvem a Educação em Saúde nas escolas, como: acessibilidade, permanência e luta por direitos humanos, parceria efetiva e contínua com diferentes setores e continuidade das ações em outros espaços de atuação coletiva.

A maior parte dos participantes, cerca de 90%, enxerga que, através das ações educacionais, é possível, sim, instrumentalizar esses alunos a fim de que eles desenvolvam habilidades que os auxiliem a modificar sua condição através do autocuidado. Em muitas respostas, é destacado que a presença dos familiares neste processo não deve ser ignorada, e que o autocuidado aprendido e desenvolvido na escola também tem alcance familiar.

Apesar de muitas fragilidades citadas e discutidas durante o desenvolvimento deste trabalho, é notório que os professores reconhecem a importância dos assuntos e entendem que existe um potencial de transformação na vida dos alunos e de suas famílias: as ações relacionadas à educação em saúde dentro da escola, como citado em muitas experiências compartilhadas. É possível perceber o comprometimento com os temas relacionados à saúde, e, em alguns casos, suas dificuldades em difundi-las. Alguns relatos trazem como essência a participação de outros profissionais no auxílio do desenvolvimento destes temas, e outros relatos são contundentes em afirmar que ainda falta a presença de profissionais de saúde para estarem nas escolas, de forma mais presente.

Foi observado que nenhum dos relatos dos participantes comentou sobre ações voltadas a projetos de extensão como algum tipo de filiação universitária. Os projetos universitários de extensão podem muito auxiliar na educação em saúde, sendo uma via de mão dupla de aproveitamento, pois, nesse processo, não só o aluno da escola aprende, o universitário que está participando do projeto também ganha conhecimento e troca nesses tipos de atuação. Experiência essa que o auxiliará em sua vida acadêmica e, futuramente, profissional, trazendo habilidades de não só aprimorar suas abordagens em relação à educação em saúde com seus futuros pacientes, mas também a habilidade de lidar com públicos de idades e contextos sociais distintos, enriquecendo sua formação pedagógica.

Um outro aspecto pouco citado pelos docentes é a sua relação com a gestão da escola ao atuarem em ações de Educação em Saúde em suas instituições. A gestão escolar, órgão responsável por fazer conexões entre os programas governamentais, profissionais de saúde, parcerias universitárias e entre outros, foi somente por um participante de forma indireta como parte das ações em suas escolas. Apesar de não ser este o foco da pesquisa, é importante que os docentes saibam a quem recorrer, em primeira instância, para acionar os programas governamentais, e outras associações que vão beneficiar os alunos em suas demandas.

Uma das limitações desta pesquisa se deu devido ao baixo número de participantes, durante o período inicial de divulgação e participação estabelecido na pesquisa, comparados ao número de pessoas contatadas por diversos meios. Tal condição nos demandou mais tempo de divulgação, espera e contato em prol do objetivo desejado, no qual alcançamos maior abrangência posteriormente. Conforme a pesquisa se desenvolveu, outros questionamentos surgiram, como: identificar se o docente era de uma escola particular ou pública e a região na qual esse profissional atua (fator que influencia as informações sobre o PSE, especialmente se consideramos que sua atuação encontra-se em escolas perto da cobertura de estratégias de Saúde da Família), limitando saber por qual motivo não há PSE nas escolas relatadas na pesquisa; mas, como a pesquisa já estava sendo respondida por alguns participantes, não poderíamos incluir novas perguntas.

O desenvolvimento desta pesquisa aponta para algumas demandas que necessitam de novas investigações, dentre elas, destacamos: a necessidade de entender se os programas governamentais relacionados à educação em saúde, em sua execução, estão alcançando, de forma eficiente, todos que precisam; investigar a formação docente e a oferta curricular acadêmica sobre a capacitação em educação em saúde; ampliar a investigação, considerando também a perspectiva do estudante, da família e de outros envolvidos na educação em saúde nas escolas. Assim, a pesquisa apontou outras possibilidades de continuidades e novos estudos, considerando as contribuições docentes apresentadas nesta investigação.

Considerando os resultados analisados, a pesquisa revela que a perspectiva docente amplia o debate acerca do campo da Educação em Saúde nas escolas, considerando o permanente contato dos docentes com os estudantes, antes, durante e após as ações e práticas de Educação em Saúde, proporcionando maior detalhamento das consequências da falta ou presença da atuação da Educação em Saúde nas escolas.

O conhecimento, as habilidades e percepções docentes a respeito das necessidades locais auxiliam a promoção da Educação em Saúde e proporcionam aos profissionais da Saúde maior envolvimento nas demandas comunitárias. Parte da Educação em Saúde realizada no ambiente escolar emerge das necessidades observadas por cada professor no ambiente de sua sala de aula, sua sensibilidade, ao perceber as necessidades de cada indivíduo, pode ser um fator importante para motivar o desenvolvimento de atividades específicas às necessidades observadas. Assim, este estudo se torna ainda mais relevante ao destacar a perspectiva docente e suas contribuições ao campo da Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para a Saúde da Família Programa:** rumo à atenção integral e ao modelo de saúde reorientação. Interface - Comunic Saúde, Educ 2005; 9 (16): 39-52.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, Brasil; [1977] 2016.
- BARBOSA.R.M, SOARES. E.A, LANZILLOTTI. H.S. Avaliação do estado nutricional dos escolares segundo três referências. **Rev. Paul Pediatr.** In press, 2009.
- BOCCALETTO, E.M.A.; MENDES, R.T (org.). **Alimentação, Atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo/SP.** 1 ed. Campinas: Ipes Editorial, 2009.
- BYDLOWSKI. C.R Lefèvre A.M.C & PEREIRA, I.M.T.B. **Promoção da saúde e a formação cidadã:** a percepção do professor sobre cidadania. Ciênc. Saúde Colet 16 (3), p. 1771-1780. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Instrutivo Programa Crescer Saudável.** Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Resolução nº 06/2020. **Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE.** FNDE: Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Brasília, DF. 2020.
- BRASIL. Portal da Saúde. **Programa Saúde na Escola (PSE).** Caderno do Gestor do PSE. Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição /Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas -EAN.** Brasília: MDS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo PSE : **Programa Saúde na Escola** : tecendo caminhos da intersectorialidade. Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**: orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto no 6.286, de 5 de Dezembro de 2007** - Criação do Programa Saúde na Escola – PSE. Diário Oficial da União, 06 dez., 2007b.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base. Brasília: Funasa, 2007c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. **Determinantes sociais da saúde ou por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS; 2006b.

BRASIL. **Resolução nº 38, de 23 de agosto de 2004**. Estabelece critérios para execução do PNAE. FNDE: Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Brasília, DF. 2004.

_____. **Parâmetros curriculares nacionais**: Temas transversais: meio ambiente e saúde (1ª a 4ª série). Brasília: Ministério da Educação (MEC); Secretaria de Educação Fundamental (SEF), 1998.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: primeiro e segundo ciclos: meio ambiente, saúde. Brasília: MEC/SEF. 1997.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. **LDB - Lei nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996**.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde. 8.**, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da Educação em Saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, 347- 365, 1988.

CARDOSO DE MELO, J. A. Educação e as Práticas de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Trabalho, Educação e Saúde**: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

_____. **Educação Sanitária**: uma visão crítica. Cadernos do Cedes. São Paulo: Cortez Editora- Autores Associados, n. 4, p. 28-43, 1981.

_____. **A Prática da Saúde e a Educação**. Saúde em Debate, n. 1, p. 13-14, out/nov. 1976.

CCNCD, Conselho Científico Nacional sobre a Criança em Desenvolvimento. Jovem as crianças se desenvolvem em um ambiente de relacionamentos. Center on the Developing Child at Harvard University. **Das Melhores Práticas aos Impactos Transformadores**. Tradução de Leonardo Abramowicz. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2017.

CCNCI, Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. **Estudo nº 1**: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem. Disponível em: <<http://www.ncpi.org.br>>, Acesso em: 10 Abr. 2024. USP, São Paulo, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 32-45. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CONVERSANI, D.T.N. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. In **Bis-Boletim do Instituto de Saúde nº34**. São Paulo, 2004.

DEMARZO, M. M. P. ; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

FEIO, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa. **Confluências e divergências conceituais em educação em saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p. 703-715, 2015.

FERNANDES, Ana G. de S. et al. **Alimentação escolar como espaço para educação em saúde**: percepção das merendeiras do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (1):39-48, 2014.

FERNADES, Lucas Agustinho, SHIMIZU, Helena Eri. NETO, Priscila Fernandes do Prado. CAVALCANTE, Fabiana Vieira Santos Azevedo. SILVA, Juliana Rezende Melo da. PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. **Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil**. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro, v. 46, n. Especial 3, p. 13-28, Nov 2022.

FIGUEIREDO, M.F.S, RODRIGUES, NETO J.F, LEITE, M.T.S.. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília: jan-fev; 63 (1): 117-21, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança**: reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 36ª edição. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra, 2014.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 66ª edição. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

GUSTAVO, L. S.; GALIETA, T. **A educação em saúde está contemplada na formação inicial de professores de Ciências Biológicas?** Revista da SBEnBio – Associação Brasileira de Ensino de Biologia, n. 7, p. 4877-4889, 2014.

GRACIANO, Andréa Monteiro de Castro; CARDOSO, Natália Mendes Matos; MATTOS, Flávio Freitas; GOMES, Viviane Elisângela; OLIVEIRA, Ana Cristina Borges. **Promoção da saúde na escola**: história e perspectivas. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 3, n. 1, p. 34-38, 2015.

KUSMA S.Z, MOYSES S.T, MOYSES S.J. **Promoção da saúde**: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2012

LASWELL, H.D. **Politics**: Who Gets What, When, How. Cleveland, Meridian Books, 1958.

LIMA, D. F.; MALACARNE, V.; STRIEDER, D. M. **O papel da escola na promoção da saúde**: uma mediação necessária. *Eccos Revista Científica*, n. 28, p. 191-206, 2012.

LOPES, Marcia Cavalcanti Raposo; PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire; MOREL, Cristina Massadar. História da educação em saúde no Brasil. In: MOREL, Cristina Maria Toledo Massadar; PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire; LOPES, Marcia Cavalcanti Raposo (Org.). **Educação em saúde**: material didático para formação técnica de agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 191-200, 2020.

MADRUGA, S.W.; ARAÚJO, C.L.P. ; BERTOLDI, A.D.; NEUTZLING, M.B. et al. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.4 6, n.2, p. 376-86, 2012.

MOREIRA, A. F. B. e CANDAU, V. M. **Educação escolar e cultura (s)**: construindo caminhos. Revista Brasileira de Educação. N. 23, p. 156-168, 2003.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. ; PEREIRA, I. B. **Educação em Saúde**: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) -Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

OREM, D. E. **Enfermagem**: conceitos da prática . New York , Mac Graw-Hill , 1 971. 23 2p. 1971.

ONU, Organização das Nações Unidas . Assembleia Geral da ONU. (1948). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. (217 [III] A). Paris, 1948.

ONU, Organização das Nações Unidas. OMS e UNESCO publicam guia para que escolas promovam saúde. Notícias Nações Unidas Brasil. Publicação digital em 24 de junho de 2021. Disponível em:< <https://brasil.un.org/pt-br/133062-oms-e-unesco-publicam-guia-para-que-escolas-promovam-sa%C3%BAde>>. Acesso em:10 Abr. 2024.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde**: Padrões e indicadores globais. Washington, D.C; 2022.

PACHECO, J. G. **Programa Saúde na Escola** : conhecimento, participação e avaliação de professores de escolas públicas do ensino fundamental. Dissertação de mestrado/UFMG. Minas Gerais, 2014.

PEREIRA, Alessandra da Silva & MOCELIN, Michel. Professores Michel Mocelin e Alessandra Pereira durante o II Congresso Internacional (Matéria jornalística). Jornal Comunicação UNIRIO. Rio de Janeiro, publicação digital: 11h50, publicado em 12 de junho de 2023. Disponível em: <<https://www.unirio.br/arquivos/geral/DocentesdaUNIRIOapresentamresumosemcongr essointernacional.jpeg/view>>. Acesso em: 10 Abr. 2024.

PEREIRA, Alessandra da Silva. et al. Frequência à creche e estado nutricional de pré-escolares: uma revisão sistemática. **Rev. Paul. Pediatr**, 2010; 28 (4):366-72.

REMOR, A. et al. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto . **Rev. Brasil. Enferm.**, Brasília, 39 (2/3): 6-11, abr./set. 1986.

SANTOS, F.D.R.; VITOLA, C.B.; ARRIEIRA, I.C.O.; CHAGAS, M.C.S.; GOMES, G.C.; PEREIRA, F.W. **Ações de enfermeiros e professores na prevenção e no combate à obesidade infantil**. Rev Rene, Fortaleza, v.15, n.3, p:463- 470, 2014.

SANTOS, V. Marco conceptual de educación para la salud. In: OSUNA, A. **Salud pública y educación para la salud**. Barcelona: Masson, 2000.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. **Educação em Saúde**: novas perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S4-S6, 1999.

SCHWINGE, Tatiane Cristina Possel Greter & ARAÚJO, Maria Cristina Pansera de. Educação em Saúde na escola: conhecimentos, valores e práticas na formação de professores. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 102, n. 261, p. 465-485, maio/ago. 2021.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. **Educação em saúde**: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 2, p. S4-S6, 1999.

SOUZA, A.A, Souza V, Guerra M. **Educação e saúde na escola**. Belo Horizonte: CAED-UFMG. 2011.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde São Paulo: Hucitec; 2001.

ANEXOS

ANEXO A – Manuscrito 1: “ Educação em saúde nas escolas e formação de hábitos alimentares saudáveis na infância e juventude: uma revisão sistemática”.

Manuscrito enviado à revista Sustinere e em avaliação.

Educação em saúde nas escolas e formação de hábitos alimentares saudáveis na infância e juventude: uma revisão sistemática.

Samuel Lima Leone

Enfermeiro, Mestrando do PPGENF da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) samuellima2455@gmail.com

Alessandra da Silva Pereira

Nutricionista, Doutora em Nutrição e Docente do PPGENF da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

RESUMO: As escolas exercem papel fundamental na formação de hábitos saudáveis na vida dos indivíduos. Promover ações em Educação e Saúde nas escolas, tornam os espaços educativos em potenciais espaços para promoção da alimentação escolar saudável na infância e na juventude, podendo assim contribuir para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Esta revisão sistemática analisa estudos que avaliaram ações de promoção da alimentação saudável em escolas públicas e privadas, em todo o mundo. Seguindo as diretrizes PRISMA, esta revisão foi realizada utilizando três bases de dados, que resultaram em um total de 16 estudos analisados. As análises evidenciam as seguintes estratégias levantadas pelos estudos: (1) implementação de políticas públicas voltadas a alimentação saudável na escola; (2) redução do desperdício alimentar com ampliação da qualidade da dieta ofertada; (3) integração das ações alimentares com as práticas de atividades físicas; (4) aumento da ingestão de frutas e vegetais; (5) atenção aos riscos de sobrepeso e obesidade vinculados a alimentação escolar e (6) refeições escolares

saudáveis. Os resultados da investigação sugerem que a mudança dos hábitos alimentares dos estudantes a favor da promoção da saúde está vinculada às propostas provenientes do seu convívio escolar. Ou seja, a integralidade do cuidado acontece na parceria entre os profissionais de saúde e educação por meio das relações multiprofissionais, como também na promoção de políticas públicas para a comunidade escolar. O impacto da educação alimentar e nutricional em espaços de ensino, embora tenham sido analisados por diferentes estudos, apontam limites no acompanhamento dos benefícios destas fora do ambiente escolar, necessitando da ampliação e/ou continuidade dos estudos no âmbito familiar, social, cultural e governamental em que a escola está inserida, conforme os dados analisados nos documentados de pesquisa.

Palavras-chave: Educação em saúde, Escolas, Educação Básica, Hábitos alimentares, Revisão sistemática.

Health education in schools and the formation of healthy eating habits in childhood and youth: a systematic review.

ABSTRACT: Schools play a fundamental role in forming healthy habits in individuals' lives. Promoting Education and Health actions in schools makes educational spaces potential spaces for promoting healthy school meals in childhood and youth, thus contributing to health promotion and disease prevention. This systematic review analyzes studies that evaluated actions to promote healthy eating in public and private schools around the world. Following PRISMA guidelines, this review was carried out using three databases, which resulted in a total of 16 studies analyzed. The analyzes highlight the following strategies raised by the studies: (1) implementation of public policies aimed at healthy eating at school; (2) reducing food waste by increasing the quality of the diet offered; (3) integration of dietary actions with physical activity practices; (4) increased intake of fruits and vegetables; (5) attention to the risks of overweight and obesity linked to school meals and (6)

healthy school meals. The research results suggest that changing students' eating habits in favor of health promotion is linked to proposals arising from their school life. In other words, comprehensive care occurs in the partnership between health and education professionals through multi-professional relationships, as well as in the promotion of public policies for the school community. The impact of food and nutritional education in teaching spaces, although they have been analyzed by different studies, point to limits in monitoring the benefits of these education outside the school environment, requiring the expansion and/or continuity of studies within the family, social, cultural and governmental context. in which the school is located, according to the data analyzed in the research documents.

Keywords: Health education, Schools, Basic Education, Eating habits, Systematic review.

Educación para la salud en las escuelas y formación de hábitos alimentarios saludables en la infancia y la juventud: una revisión sistemática.

RESUMEN: La escuela juega un papel fundamental en la formación de hábitos saludables en la vida de las personas. Impulsar acciones de Educación y Salud en las escuelas convierte los espacios educativos en espacios potenciales para la promoción de alimentación escolar saludable en la infancia y la juventud, contribuyendo así a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Esta revisión sistemática analiza estudios que evaluaron acciones para promover la alimentación saludable en escuelas públicas y privadas de todo el mundo. Siguiendo las directrices PRISMA, esta revisión se realizó utilizando tres bases de datos, lo que dio como resultado un total de 16 estudios analizados. Los análisis destacan las siguientes estrategias planteadas por los estudios: (1) implementación de políticas públicas orientadas a la alimentación saludable en la escuela; (2) reducir el desperdicio de alimentos aumentando la calidad de la dieta ofrecida; (3) integración de acciones dietéticas con prácticas

de actividad física; (4) mayor ingesta de frutas y verduras; (5) atención a los riesgos de sobrepeso y obesidad relacionados con las comidas escolares y (6) comidas escolares saludables. Los resultados de la investigación sugieren que cambiar los hábitos alimentarios de los estudiantes en favor de la promoción de la salud está vinculado a propuestas derivadas de su vida escolar. En otras palabras, la atención integral ocurre en la alianza entre profesionales de la salud y la educación a través de relaciones multiprofesionales, así como en la promoción de políticas públicas para la comunidad escolar. El impacto de la educación alimentaria y nutricional en los espacios de enseñanza, si bien han sido analizados por diferentes estudios, señalan límites en el seguimiento de los beneficios de esta educación fuera del ámbito escolar, requiriendo la ampliación y/o continuidad de los estudios en el ámbito en el que se ubica la escuela, según lo familiar, social, contexto cultural y gubernamental analizados en los documentos de investigación.

Palabras clave: Educación para la salud, Escuelas, Educación Básica, Hábitos alimentarios, Revisión sistemática.

INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde no Brasil teve seu início por volta do século XIX, por conta das necessidades sanitárias que se apresentavam nas grandes cidades na época (VASCONCELOS, 2001, p. 75). Devido à falta de informação, higiene e saneamento básico, muitas doenças atingiram a população de forma avassaladora, dificultando a qualidade de vida e levando muitos a óbito (CANDEIAS, 1988, p. 349). Um dos eventos que marcou essa época foi a revolta da vacina (VASCONCELOS, 2001, p. 75), que teve como consequência, por parte das políticas públicas, a criação de um curso de Educação em Saúde, para professoras de escola primária (CANDEIAS, 1988, p. 351, SILVA, 2007). No ano de 1927, foram formadas as primeiras “educadoras sanitárias”, no Instituto de Higiene de São Paulo. Essas professoras com formação em educação sanitária tinham a função de ensinar hábitos saudáveis e sanitariamente corretos para os alunos, a fim de que se criasse uma população com uma mentalidade sanitária saudável. Assim, se

iniciou as primeiras ações de Educação em Saúde nas escolas (CANDEIAS, 1988, p. 351, SILVA, 2007).

A necessidade da criação de ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, com objetivo de estimular à tomada de consciência e procedimentos em prol do autocuidado, tornou-se prioridade, especialmente na formação de atitudes e valores que levam o indivíduo a um comportamento saudável, sendo revertido em benefício de saúde individual e auxílio a saúde coletiva (CANDEIAS, 1988, p. 352, SILVA, 2007). De acordo com Ministério Saúde, a Educação em Saúde pode ser definida como: “desenvolvimento de ações educativas e um conjunto de práticas que visam atuar na formação dos indivíduos em conhecimentos em saúde, para aumentar sua autonomia na atenção à saúde e no autocuidado” (BRASIL, 2006b).

No âmbito das instituições de ensino, a promoção de Educação em Saúde proporciona a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população através da relação ensino-aprendizagem, de práticas e hábitos saudáveis, nas orientações diárias educacional no espaço escolar, enquanto proposta constitutiva de desenvolvimento e formação para promoção da vida e saúde dos estudantes (BRASIL, 2006). Tal debate ganha força ao considerar a relevância da temática na perspectiva nacional de acesso por parte das escolas, e o reconhecimento de sua constituição desde os primeiros anos de vida escolar, tornando-se um cenário mais favorável à vida com qualidade (SILVA; BODSTEIN, 2016).

A escola contempla assuntos relacionados aos cuidados de saúde, sendo um espaço considerado de grande relevância para promoção da saúde, principalmente por exercer um papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, especialmente pela regularidade de aproximação dos sujeitos e convívio social, como espaço de formação intelectual e como espaço de promoção de atitudes mais saudáveis (BRASIL, 2009).

A urgência em discutir a relação entre saúde e seus determinantes sociais traz à tona a problemática da própria compreensão social do cuidado pessoal e coletivo de saberes e métodos vinculados à saúde em geral. A saúde deve ser compreendida como produto da vida cotidiana, que perpassa aspectos socioculturais ligados às condições de vida, as ações preventivas e especialmente os hábitos alimentares de cada pessoa (SANTOS, 2005).

As práticas alimentares ocupam atualmente um papel central na promoção da saúde e na prevenção e tratamento de doenças. Os principais problemas envolvendo a nutrição e a alimentação decorrem do excesso ou da carência de determinados nutrientes, sendo o conhecimento sobre tal necessidade um aspecto essencial nas abordagens oferecidas nas práticas de Educação em Saúde. A Educação em Saúde em instituições de ensino deve abordar os diversos fatores envolvidos na formação e aquisição de hábitos alimentares saudáveis na vida pessoal e coletiva dos sujeitos (BOCCALETTO, E.M.A.; MENDES, R.T, 2009).

Políticas públicas integrativas de saúde e educação são essenciais para a formação social e individual, especialmente na melhora da qualidade de vida e saúde da população em geral (BYDLOWSKI *et al.*, 2011). O Programa Saúde na Escola (PSE) é um exemplo de tal parceria entre escola e as unidades básicas de saúde, como espaço de interlocução, formação, prevenção e convivência social instrutiva, que possibilita o estabelecimento de relações favoráveis à políticas públicas integrativas de saúde e educação (BRASIL, 2007b). Como também a política promovida nas escolas de educação alimentar e nutricional (EAN) que se configura tanto na teoria, através do desenvolvimento do conhecimento, como na prática contínua, permanente, intersetorial e multiprofissional vivenciada pelas ações de incentivo à Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, oriundas da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2013a).

Os hábitos alimentares saudáveis promovem maior qualidade de vida aos indivíduos, especialmente quando tais hábitos são desenvolvidos na infância e adolescência, no aprendizado escolar, na promoção e prevenção da saúde em espaços educativos, principais responsáveis quanto a melhoria dos

fatores cognitivos, comportamentais e desenvolvimento infantil, influenciando de forma positiva (SCHNEIDER; FRUTOSO; CATENELI, 2017). O presente estudo teve como objetivo identificar como ações de Educação em Saúde nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e Médio, tem auxiliado no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão sistemática, realizado por dois pesquisadores independentes, no período de maio a outubro de 2023. A pergunta da presente revisão foi: “A Educação em Saúde nas escolas pode influenciar a formação de hábitos alimentares saudáveis?”. Para a seleção dos estudos foram usadas as bases de dados: Lilacs, PubMed e Embase. Foram utilizados os descritores: Educação em saúde, qualidade de vida, alimentação saudável e escolas, selecionados como auxílio da base DeCs e MeSH.

Na etapa seguinte foram selecionados estudos publicados nos últimos dez anos disponíveis em inglês, português e espanhol, considerando-se como fatores de inclusão artigos que: artigos que relacionam educação em saúde no ambiente escolar, que demonstraram as ações de educação em saúde ocorridas no ambiente escolar e artigos que abordaram educação em saúde e alimentação na escola. Os fatores de exclusão foram: artigos de revisão de literatura e aqueles que não relacionaram educação, saúde, alimentação e escola.

No momento seguinte foi realizada uma busca minuciosa utilizando os critérios citados, para a seleção do material. Este processo está resumido na “Figura 1 e 2” que tratam do formato de busca nas bases de dados:

Figura 1. Formatos de busca na Base de Dados

Formatos de Busca		
Base de dados	Descritores	Resultados
PubMed	"Quality of Life" OR "Calidad de Vid" OR "Qualidade de Vida" AND "Health Education" OR "Educação em Saúde" OR "Educación en Salud" AND "Schools" OR "Escolas" OR "Instituciones Académicas" OR "Saúde do Estudante" OR "Student Health" OR "Salud del Estudiant" AND "Alimentação Saudável" OR "Diet, Healthy" OR "Dieta Saludable"	200
Lilacs	"Alimentação Saudável" OR "Diet, Healthy" OR "Dieta Saludable" AND "Quality of Life" OR "Calidad de Vid" OR "Qualidade de Vida" AND "Health Education" OR "Educação em Saúde" OR "Educación en Salud" AND "Schools" OR "Escolas" OR "Instituciones Académicas" OR "Saúde do Estudante" OR "Student Health" OR "Salud del Estudiant"	3
Embase	'quality of life'/exp OR 'quality of life' OR 'calidad de vid' OR 'qualidade de vida') AND ('health education'/exp OR 'health education') OR 'educação em saúde' OR 'educación en salud') AND ('schools'/exp OR 'schools') OR 'escolas' OR 'instituciones académicas' OR 'saúde do estudante' OR 'student health' OR 'salud del estudiant') AND 'alimentação saudável' OR 'diet, healthy'/exp OR 'diet, healthy' OR 'dieta saludable')	56

Os estudos considerados selecionáveis foram artigos de pesquisas que avaliavam intervenções, iniciativas e políticas com possibilidades de influenciar e/ou ampliar a oferta do consumo de alimentação saudável nas escolas. Ainda dentro dos critérios de exclusão foram considerados os seguintes aspectos: artigos que não examinavam a alimentação vinculados ao espaço escolar; iniciativas que ocorreram fora do ano letivo (ou seja, férias de verão) ou pesquisas que usavam o espaço escolar somente na estrutura de empréstimo e não estavam vinculados ao corpo docente, discente e técnico da Unidade institucional (como espaços cedidos para empresas, igrejas e comércio). Como método de estruturação dos estudos, também foi usado a plataforma Rayyan, para organização inicial dos títulos, resumos e links de referência para posterior revisão feita pelos dois pesquisadores independentes.

Inicialmente, encontramos 259 artigos que envolviam questões alimentares de crianças e adolescentes, mas não necessariamente vinculados ao ambiente escolar. Assim, primeiramente retirando artigos publicados antes de 2013 e estudos repetidos em duas ou mais bases de dados, verificamos o total de 180 artigos. Posteriormente, aplicamos os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente e 15 estudos foram selecionados para a presente revisão. Este processo está resumido na Figura 2 .

Figura 2 -Diagrama de fluxo para revisões sistemáticas- pesquisas apenas em bases de dados e registros.

Resultados

Os resultados permitiram uma análise da influência de ações de promoção da saúde e promoção de hábitos saudáveis nos espaços escolares.

Foram observados diversas estratégias que buscaram promover hábitos alimentares saudáveis, considerando os indivíduos nos primeiros anos de vida até a juventude com ações contínuas de ensino. Em relação à literatura, às escolas investigadas aumentaram seu conhecimento e atitudes alimentares

saudáveis na maioria dos resultados, ampliando as escolhas e comportamentos alimentares saudáveis. Especialmente ao destacar as ações na prática, no dia a dia, em que programas educacionais podem atuar.

O quadro 1 apresenta as informações principais dos 15 estudos selecionados. Destaca-se que: existem variadas localizações geográficas, com maiores dados voltados às pesquisas estadunidenses, dos quais 11 artigos eram dos Estados Unidos, 6 da Austrália, 3 do Canadá, entre outras localizações com menor expressividade nos estudos. A faixa etária foi de 6 meses a 19 anos, contudo, a maior parte dos estudos teve como público-alvo a faixa etária de 6 a 12 anos, pois tratam do primeiro segmento do Ensino Fundamental (1° ao 5° ano) e parte do segundo segmento do Ensino Fundamental (6° ao 9° ano). Com foco nesta etapa, há maior representatividade das crianças com 12 anos nos estudos analisados, em quase 80% dos artigos).

Quadro 1. Quadro de análise dos dados selecionados.

Autor/A no	Características gerais do estudo	Objetivo	Métodos	Principais resultados
---------------	--	----------	---------	-----------------------

<p>Cohen et al. (2021)</p>	<p>Estudo realizado com crianças e adolescentes em 132 escolas de Ensino Fundamental e Ensino Médio dos EUA.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 6 a 18 anos.</p>	<p>Avaliar estudos que examinam iniciativas, intervenções e políticas para aumentar o consumo de alimentação escolar</p>	<p>Revisão sistemática, seguindo as diretrizes PRISMA. Esta revisão foi realizada utilizando quatro bases de dados e resultou em um total de 96 estudos.</p>	<p>Há alguma evidência de que as técnicas de arquitetura de escolha (isto é, “Refeitório mais Inteligente”) aumentam a proporção de alunos que selecionam componentes de refeição específicos; no entanto, não há evidências de que essas técnicas por si só aumentem o consumo. Houve limitação sobre o impacto do aumento do tamanho das porções; servir vegetais antes dos demais componentes da refeição; e fortalecer as políticas locais de bem-estar distrital e/ou escolar, sugerindo que são necessárias mais pesquisas. Vários estudos encontraram aumentos no consumo de refeições dos estudantes após a Lei para Crianças Saudáveis e Livres de Fome (HHFKA) e as</p>
----------------------------	--	--	--	---

				preocupações relativas a um aumento no desperdício de alimentos após a HHFKA não foram apoiadas.
Wolfenden et al. (2020)	<p>Estudo realizado com crianças em escolas de Educação Infantil dos Estados Unidos, Austrália e Irlanda.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 6 meses a 6 anos.</p> <p>Com 1.945</p>	<p>Examinar a eficácia das estratégias destinadas a melhorar a implementação de políticas, práticas ou programas por parte dos serviços de acolhimento de crianças que promovam a alimentação saudável infantil, a</p>	<p>Revisão sistemática, bases de dados: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, MEDLINE In Process, Embase, PsycINFO, ERIC, CINAHL e SCOPUS.</p>	<p>Os resultados da revisão sugerem que as estratégias de implementação provavelmente melhoram a implementação de políticas, práticas ou programas que promovam a alimentação saudável infantil, a atividade física e/ou a prevenção da obesidade nos serviços de acolhimento de crianças. No entanto, tais estratégias parecem ter pouco ou nenhum impacto nas medidas de dieta infantil, atividade física ou peso.</p>

	serviços de cuidados infantis realizados nas escolas.	atividade física e/ou a prevenção da obesidade.		
Collado-Soler et al. (2023)	<p>Estudo realizado com crianças em escolas de Educação Infantil e 1º segmento do Ensino Fundamental de diferentes países, como: China, EUA, Malásia, Europa, Ásia e etc.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas,</p>	Investigar a eficácia dos programas de intervenção nutricional em crianças de 3 a 12 anos em todo o mundo.	Revisão sistemática: bases de dados SCOPUS, Web of Science e PubMed e a declaração PRISMA.	Os programas de intervenção nutricional nas escolas têm um forte impacto na alimentação das crianças. Há eficácia nos programas ao impactar o conhecimento e os comportamentos nutricionais das crianças, melhoram o conhecimento dos alunos sobre alimentação saudável e promovem atitudes e comportamentos saudáveis nas suas vidas. Os ambientes escolares e as famílias são essenciais na promoção de hábitos saudáveis e na modificação de

	com faixa etária de 3 a 12 anos.			comportamentos alimentares. No entanto, é mais importante incluir sessões de nutrição divertidas e interativas baseadas em atividades, porque a atitude, que é influenciada pela motivação, comportamentos alimentares mediados.
Mansfield et al. (2017)	<p>Estudo realizado com crianças e adolescentes em 42 escolas de Ensino Fundamental e Ensino Médio dos EUA.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa</p>	<p>Avaliar se as mudanças nas políticas afetam os comportamentos de consumo alimentar dos alunos durante os períodos em que (1) as políticas de bem-estar escolar</p>	<p>Revisão sistemática: bases de dados PubMed, Web of Science e Science Direct, utilizando o termo “programa nacional de merenda escolar” para estudos publicados nos últimos 10 anos. Uma pesquisa secundária foi</p>	<p>A maioria dos estudos indicou que aumentar o acesso a alimentos saudáveis durante a merenda escolar melhorou a ingestão alimentar dos alunos. Os desafios relacionados com a concepção do estudo, o período de adaptação, a qualidade dos alimentos e a implementação de políticas provavelmente afetam a capacidade de um programa de merenda escolar</p>

	<p>etária de 6 a 18 anos.</p>	<p>foram implementadas (2006–2007); (2) foi aprovada a Lei das Crianças Saudáveis e Sem Fome (2010–2012); e (3) a Lei para Crianças Saudáveis e Sem Fome foi implementada (2012 até o presente).</p>	<p>realizada especificamente para avaliação da política atual, usando o termo de pesquisa “crianças saudáveis, livres de fome atuam”, também usando o PubMed: saudável, fome, crianças, agir.</p>	<p>influenciar os comportamentos de consumo alimentar dos alunos. A avaliação contínua destes programas é necessária.</p>
--	-------------------------------	--	---	---

<p>Barnes, et al. (2021)</p>	<p>Estudo realizado com crianças e adolescentes em mais de 1.000 de toda a Educação Básica nas escolas de Ensino Fundamental e Ensino Médio dos EUA, Austrália, Canadá, Nova Zelândia, e Holanda.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 5 a 18 anos.</p> <p>Outros</p>	<p>Examinar a eficácia de estratégias que visam melhorar a implementação de políticas, práticas ou programas escolares para abordar a dieta infantil, a atividade física ou a obesidade. Foi realizada uma revisão sistemática de artigos publicados entre 31 de agosto de 2016 e 10 de abril de 2019 utilizando a metodologi</p>	<p>Revisão sistemática de artigos publicados entre 31 de agosto de 2016 e 10 de abril de 2019 utilizando a metodologia Cochrane. Além dos 22 estudos incluídos na revisão original, oito estudos adicionais foram identificados como elegíveis.</p>	<p>Os resultados fornecem algumas evidências que apoiam a eficácia das estratégias na melhoria da qualidade nutricional dos alimentos servidos nas escolas, na implementação de políticas de cantinas e no horário previsto para a educação física.</p>
------------------------------	---	---	---	---

	participantes da pesquisa: professores, gestores, cozinheiros/ equipe e departamentos de educação.	a Cochrane.		
Patra, et al. (2023).	Estudo realizado com crianças do primeiro segmento do Ensino Fundamental nas escolas dos Países europeus, EUA, países asiáticos e Austrália. A pesquisa foi realizada com meninos e meninas,	Mapear os indicadores de Dietas Saudáveis Sustentáveis abordados por tais intervenções, a fim de identificar lacunas e oportunidades para futuras intervenções nessa população.	Pesquisa bibliográfica sobre intervenções de SHD em escolas primárias foi realizada entre março e abril de 2023 nas bases de dados científicas PubMed, Web of Science e Scopus, de acordo com as diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and	Os resultados mostraram que as definições de indicadores e os métodos de medição não estavam harmonizados entre os esforços de investigação. As intervenções de SHD implementadas abordam predominantemente o desperdício alimentar e a qualidade da dieta, enquanto os indicadores sociais e económicos estão sub-representados. A normalização dos DHS, centrando-se em

	com faixa etária de 5 a 12 anos.		<p>Meta-Analysis (PRISMA) 2020.</p> <p>Temas dos resumos das publicações:</p> <p>'dietas saudáveis sustentáveis'</p> <p>OR 'dietas sustentáveis'</p> <p>OR 'nutrição sustentável' OR 'sistema (s) alimentar (s) sustentável (is)'</p> <p>AND</p> <p>'intervenção'</p> <p>AND 'escolas'</p> <p>OU 'estudantes'</p> <p>OU</p> <p>'adolescentes'.</p>	<p>indicadores mensuráveis harmonizados, deve ser uma prioridade para os intervenientes políticos, a fim de permitir esforços de investigação impactantes.</p>
Newton, et al. (2019).	Estudo realizado com crianças e adolescentes do Ensino Fundamental e Ensino Médio do	Identificar intervenções que medem o conhecimento sobre nutrição em ambientes escolares	A revisão sistemática da literatura procurou categorizar características descritivas e propriedades psicométricas	No geral, houve uma alarmante falta de relatórios entre os estudos, tanto em termos da descrição das ferramentas de conhecimento como das suas propriedades psicométricas. Estas

	<p>Canadá.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 9 a 18 anos.</p>	<p>para estudantes de 9 a 18 anos.</p>	<p>relevantes.</p>	<p>omissões dificultam a seleção de instrumentos apropriados para utilização em novos contextos e realçam a necessidade de maior divulgação e testes pré-intervenção.</p>
<p>Chaudhary , et al. (2020)</p>	<p>Estudo realizado com adolescentes do Ensino Médio da Dinamarca.</p> <p>A pesquisa foi realizada com adolescentes, com faixa etária de 15 a 18 anos, cerca de 2.997 estudantes participaram do estudo.</p>	<p>Investigar as evidências da eficácia das intervenções alimentares e nutricionais baseadas na escola sobre os resultados de saúde.</p>	<p>Revisão sistemática utilizando as diretrizes PRISMA. Três bases de dados eletrônicas foram pesquisadas. Artigos datados de 2014 a 2019.</p>	<p>A revisão mostrou que as intervenções escolares em geral foram capazes de afetar as atitudes, o conhecimento, o comportamento e a antropometria, mas que o desenho da intervenção afeta o tamanho do efeito. Em geral, as intervenções centradas na alimentação e com uma abordagem ambiental pareceram ser mais eficazes.</p>

<p>Yoong, et al. (2023)</p>	<p>Estudo realizado com crianças e adolescentes de Educação Infantil dos Canadá e EUA.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 6 meses a 6 anos, em pré-escolas, creches, jardins de infância, creches longas e creches familiares.</p>	<p>Avaliar a eficácia das intervenções de alimentação saudável realizadas em estruturas de EAPI para melhorar a ingestão alimentar em crianças dos seis meses aos seis anos, relativamente aos cuidados habituais, nenhuma intervenção ou uma intervenção alternativa não dietética.</p>	<p>Revisão sistemática: oito bases de dados eletrônicas, incluindo CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, ERIC, Scopus e Sport Discus em 24 de fevereiro de 2022.</p>	<p>As intervenções de alimentação saudável baseadas na EAPI podem melhorar ligeiramente a qualidade da dieta infantil, mas a evidência é muito incerta e provavelmente aumentará ligeiramente o consumo de fruta pelas crianças. Há incerteza sobre o efeito das intervenções de alimentação saudável baseadas na EAPI no consumo de vegetais. As intervenções de alimentação saudável baseadas na EAPI podem resultar em pouca ou nenhuma diferença no consumo infantil de alimentos não essenciais e bebidas açucaradas. Intervenções alimentares saudáveis poderiam ter efeitos favoráveis sobre o peso infantil e o risco de sobrepeso e obesidade,</p>
-----------------------------	--	--	--	---

				<p>embora tenha havido pouca ou nenhuma diferença nos escores z do IMC e do IMC. São necessários estudos futuros que explorem o impacto de componentes específicos da intervenção e descrevam a relação custo-eficácia e os resultados adversos para compreender melhor como maximizar o impacto das intervenções de alimentação saudável baseadas na EAPI.</p>
Vézina-Im, et al. (2017)	<p>Estudo realizado com crianças e adolescentes do segundo segmento Ensino Fundamental (6° ao 9° ano)</p>	<p>Verificar a eficácia de intervenções escolares destinadas a reduzir o consumo de bebidas açucaradas (SSB) entre adolescentes, a fim de</p>	<p>Revisão sistemática de intervenções direcionadas aos adolescentes e/ou ao ambiente escolar, bases de dados: MEDLINE/Pub Med,</p>	<p>As intervenções escolares mostram resultados promissores na redução do consumo de bebidas alcoólicas açucaradas entre os adolescentes. Uma série de recomendações são feitas para melhorar estudos futuros. Mais de 70% de todas as</p>

	<p>e Ensino Médio dos EUA, Canadá, Austrália, Bélgica, Brasil, China, Índia, Coreia e Holanda.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 12 a 17 anos.</p>	desenvolver ou melhorar intervenções de saúde pública.	<p>PsycINFO, CINAHL e EMBASE. O Proquest Dissertações e Teses também foi investigado para ensaios não publicados.</p>	<p>intervenções, independentemente de terem como alvo os indivíduos, o seu ambiente ou ambos, foram eficazes na redução do consumo de bebidas alcoólicas açucaradas.</p>
Colley MSc, et al. (2018)	<p>Estudo realizado com crianças do primeiro segmento Ensino Fundamental (1º ao 5º ano)</p>	<p>Identificar as intervenções existentes e seus impactos no conhecimento nutricional, no comportam</p>	<p>Revisão sistemática: foi realizada por meio de pesquisa nas seguintes bases de dados: ERIC, Education Source, CINAHL,</p>	<p>Os programas incorporaram uma variedade de componentes de intervenção, incluindo políticas, educação, envolvimento familiar e comunitário e/ou fornecimento de alimentos. Estas intervenções</p>

	<p>do Canadá.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 6 a 10 anos.</p>	<p>ento alimentar e na ingestão alimentar das crianças</p>	<p>PubMed, SagePub, SCOPUS, EMBASE e CBCA. As informações extraídas dos artigos incluíram os objetivos do programa, o desenho e os componentes da intervenção, a avaliação da pesquisa e os resultados primários. Foram identificados 11 artigos avaliando programas canadenses de nutrição escolar.</p>	<p>multicomponentes foram positivamente associadas ao desenvolvimento do conhecimento nutricional das crianças, às mudanças de comportamento alimentar e à ingestão de alimentos saudáveis; no entanto, as barreiras associadas à duração da intervenção, à intensidade e à disponibilidade de recursos podem ter influenciado a medida em que estes programas tiveram impacto na dieta das crianças e na saúde geral.</p>
--	---	--	--	--

<p>McHugh, et al. (2018)</p>	<p>Estudo realizado com pré-adolescentes e adolescentes do segundo segmento Ensino Fundamental (6° ao 9° ano) e Ensino Médio dos Estados Unidos, Equador, Bélgica, Finlândia, França, Austrália e na Índia.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 11 a 18 anos.</p>	<p>Examinar a eficácia das intervenções usando a abordagem da estrutura das Escolas Promotoras de Saúde (HPSs) da Organização Mundial da Saúde no aumento da atividade física (AF) e na melhoria da dieta de jovens de 11 a 18 anos</p>	<p>Revisão sistemática orientada pela estrutura do Centro Nacional de Serviços de Saúde para Revisões e Disseminação e relatada de acordo com os Itens de Relatório Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises. Nove bases de dados e registros de ensaios foram pesquisados de 2013 a 2018 para ensaios clínicos randomizados por agrupamento envolvendo adolescentes com idades entre 11 e 18</p>	<p>Não havia padrões discerníveis entre os estudos que sugerissem mecanismos eficazes para a abordagem HPS. O componente família/comunidade foi pouco desenvolvido e relatado de forma superficial em todos os estudos. A investigação futura deverá procurar compreender a melhor forma de trabalhar em parceria com as escolas secundárias, para promover e sustentar uma cultura de alimentação saudável e de atividade física, que se alinhe com os seus objetivos principais. Mais atenção deve ser dada à restrição de alimentos não saudáveis no ambiente escolar.</p>
------------------------------	--	---	---	---

			anos.	
Calvert, et al. (2018)	<p>Estudo realizado com pré-adolescentes e adolescentes do segundo segmento Ensino Fundamental (6° ao 9° ano) e Ensino Médio do Reino Unido.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas,</p>	<p>Revisar os tipos de intervenções realizadas, os comportamentos alimentares direcionados e a eficácia das intervenções na melhoria do comportamento alimentar e dos componentes de intervenção</p>	<p>Revisão sistemática: Esta revisão sistemática avaliou intervenções escolares destinadas a melhorar o comportamento alimentar entre adolescentes (11 a 16 anos).</p>	<p>As intervenções pareciam mais eficazes quando envolviam pares, utilizavam meios educativos para transmitir mensagens de saúde, aumentavam a disponibilidade de alimentos saudáveis na escola e incorporavam feedback individualizado baseado em computador com informações normativas sobre comportamentos alimentares. Uma limitação da revisão foi a falta de descrição em alguns estudos revisados e a inviabilidade de realização de metanálise devido à</p>

	com faixa etária de 11 a 16 anos.	associados.		heterogeneidade do estudo.
Gordon, et al. (2018)	<p>Estudo realizado com crianças e pré-adolescentes da Educação Infantil e primeiro segmento do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) dos EUA.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 03 a 12 anos.</p>	<p>Descrever as intervenções nos refeitórios escolares em termos de um esquema de economia comportamental e avaliar qual o sistema com maior probabilidade de ser eficaz na melhoria da selecção ou consumo de alimentos.</p>	<p>Revisão sistemática, categoriza usando a teoria da economia comportamental de Kahneman em sistema 1 (pensamento rápido e intuitivo) e sistema 2 (lento e cognitivamente exigente) ou misto (tendo elementos do sistema 1 e do sistema 2).</p> <p>Revisão da literatura sobre intervenções realizadas em ambientes escolares e</p>	<p>Ao todo, 48 dos 978 estudos preencheram os critérios de inclusão. Ao definir o sucesso como uma melhoria de 30% em um resultado desejado ou uma redução estatisticamente significativa no índice de massa corporal, 89% do sistema 1, 67% do misto (tinha elementos do sistema 1 e 2) e apenas 33% das intervenções do sistema 2 foram bem-sucedido. Esta revisão concluiu que as intervenções bem-sucedidas no refeitório escolar do tipo sistema 1 são mais comuns do que as intervenções do tipo sistema 2 e as</p>

			refeitórios em crianças do jardim ao 12º ano nos últimos 5 anos (2012-2017).	intervenções do tipo sistema1.
Kyere, et al. (2020)	Estudo realizado com crianças e adolescentes da Educação Infantil ao Ensino Médio da África Subsariana. A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 05 a 19 anos.	Avaliar o efeito das intervenções nutricionais escolares (SBNI) envolvendo crianças em idade escolar e adolescentes na África Subsariana (ASS) no estado nutricional infantil e nos conhecimentos, atitudes e comportamentos relacionados	Revisão sistemática sobre estudos publicados de intervenção em nutrição escolar de ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos controlados, estudos controlados antes e depois ou desenhos quase-experimentais com controle. Foram pesquisadas nove bases de dados bibliográficas eletrônicas.	Embora existam poucos estudos sobre SBNI na ASS, as evidências mostram que a suplementação/fortificação alimentar é muito eficaz na redução de deficiências de micronutrientes e pode melhorar o estado nutricional. Em segundo lugar, a educação nutricional escolar pode melhorar o conhecimento nutricional, mas isto pode não se traduzir necessariamente num comportamento nutricional saudável, indicando que o conhecimento nutricional pode ter pouco impacto sem um ambiente facilitador. Os

		s com a nutrição.		resultados relativos à antropometria foram inconclusivos; no entanto, há evidências da eficácia do SBNI na melhoria das habilidades cognitivas.
Champion, et al. (2020)	Estudo realizado com pré-adolescentes e adolescentes do segundo segmento Ensino Fundamental I (6º ao 9º ano) e Ensino Médio do Sydney, Austrália, Chicago, mas a maioria do estudo feito nos EUA. A pesquisa	Prevenir múltiplos comportamentos de risco no estilo de vida entre adolescentes com o potencial de melhorar eficientemente os resultados de saúde.	Revisão sistemática e meta-análise, nas bases de dados Ovid MEDLINE, Embase, PsycINFO e Cochrane Library entre 1º de janeiro de 2000 e 14 de março de 2019.	Dos 10.571 registros identificados, foram incluídas 22 publicações avaliando 16 intervenções, abrangendo 18.873 estudantes, dos quais em média 56,2% eram do sexo feminino, com idade média de 13,41 anos (DP 1,52). As múltiplas intervenções de mudança de comportamento de saúde baseadas nas escolas de eHealth aumentaram significativamente a ingestão de frutas e vegetais (diferença média padrão 0,11, IC 95% 0,03 a 0,19; p = 0,007) e ambas medidas por

	foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 12 a 15 anos.			acelerômetro (0,33, 0,05 a 0,61; p=0,02) e atividade física autorreferida (0,14, 0,05 a 0,23; p=0,003) e redução do tempo de tela (-0,09, -0,17 a -0,01; p=0,03) imediatamente após a intervenção; no entanto, estes efeitos não foram sustentados no acompanhamento quando os dados estavam disponíveis.
Tao Xu, et al. (2020)	Estudo realizado com crianças e adolescentes do segundo segmento Ensino Fundamental I (6° ao 9° ano) e Ensino Médio da Região do Pacífico	Constituir dados sobre países de baixo e médio rendimento da região do Pacífico Ocidental da OMS Intervenções em suas escolas para promover a	Revisões sistemáticas sobre a eficácia das intervenções escolares entre adolescentes que vivem em países de baixo e médio rendimento (PRMB) na Região, bases de dados eletrônicas para pesquisar	As intervenções utilizadas pelos diferentes estudos variaram entre aquelas que abordavam uma única área de ação (por exemplo, desenvolvimento de competências pessoais) ou uma combinação de áreas de ação na promoção da saúde, por exemplo, desenvolvimento de uma política de saúde, criação de um ambiente

	<p>Ocidental.</p> <p>A pesquisa foi realizada com meninos e meninas, com faixa etária de 10 a 19 anos.</p>	<p>saúde dos adolescentes.</p>	<p>intervenções escolares para promover a saúde do adolescente publicadas de janeiro de 1995 a março de 2019.</p>	<p>de apoio e desenvolvimento de competências pessoais. Não foi encontrado nenhum estudo de intervenção sobre outras questões importantes, como o rastreio, o aconselhamento e o desenvolvimento de ambientes escolares seguros e estimulantes. Apenas oito intervenções de saúde escolar foram realizadas na Região. Este estudo concluiu que as intervenções baseadas na escola foram eficazes na mudança de conhecimentos, atitudes, comportamentos, políticas saudáveis e ambiente.</p>
--	--	--------------------------------	---	---

DISCUSSÃO

A promoção da saúde em ambientes escolares é necessária, pois, permite acessar um dos lugares de maior fluxo de crianças e jovens em que a

vida acontece, promovendo acesso, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde relacionadas às condições socioeconômicas que são em muitos casos precárias ou variadas de acordo com a localidade (SANTOS; LIMA, 2015).

Observou-se que há uma possibilidade considerável de melhoria, com base nas evidências, para orientar esforços futuros de apoio ao acesso, permanência e progressão de programas educacionais de alimentação saudável, atividade física e ambientes de formação com atuações e serviços de assistência educacional para crianças, adolescentes e jovens em suas escolas. Os estudos analisados na presente revisão corroboram na ampliação de estratégias integrativas do desenvolvimento da educação e saúde pública. Portanto, é necessário um maior investimento em investigação, aplicação e acompanhamento de infra-estruturas que apoiem projetos voltados à prática da Educação em saúde nas escolas, especialmente referente a formação de hábitos saudáveis nas infâncias e juventudes dos estudantes, com intervenções necessárias básicas aos cuidados infantis.

Dentre as estratégias utilizadas nos diferentes artigos relacionados sobre como a Educação em Saúde nas escolas pode influenciar hábitos alimentares saudáveis, destacamos alguns achados da pesquisa que enfatizam como demandas importantes: Refeições escolares saudáveis, políticas públicas de promoção da saúde, prevenção e/ou acompanhamento de crianças com risco de sobrepeso e obesidade, economia e qualidade da alimentação, a influência da mídia nas escolhas alimentares dos estudantes, entre outros aspectos.

Dos 15 artigos analisados, mais da metade, cerca de 11 publicações, teve como foco principal a necessidade de aumentar iniciativas do consumo de refeições escolares saudáveis, especialmente pelo caráter transformador da educação na influência e construção de aspectos da subjetividade das pessoas e sua função social, através do ensino e da aprendizagem de conteúdos curriculares voltados à temática de promoção de saúde nas escolas. Tais abordagens curriculares, podem prevenir, melhorar ou diminuir as doenças infantis, como o excesso de peso e a obesidade, através de planejamentos

coletivos pautados na organização diária dos agentes envolvidos com os estudantes, como a gestão escolar, os professores e suas famílias.

Um destaque observado em alguns artigos, trata da importância de abranger dimensões políticas através da implementação de políticas públicas educativas de promoção da saúde interligada à alimentação saudável e a prática de atividade física para as crianças e jovens na escola, como apresentado em 7 artigos, das publicações analisadas.

A educação e a saúde são áreas sociais que se influenciam mutuamente (RIBEIRO *et al.*, 2018) e são capazes de apresentar conexões aos aspectos socioeconômicos, políticos e culturais dos indivíduos ampliando a possibilidade de qualidade de vida, como apresentado e discutido na maioria dos artigos selecionados, evidenciados com ênfase em suas análises.

Algumas publicações trouxeram a relevância da integração da educação em saúde nas escolas, especialmente na prevenção e/ou acompanhamento de crianças com risco de sobrepeso e obesidade, especialmente porque a escola pode ser um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações para o fortalecimento das decisões saudáveis de uma comunidade escolar, como proposta principal em 4 artigos analisados. (GRACIANO *et al.*, 2015; SANTOS; LIMA, 2015).

Outro ponto foi a presença do debate acerca do esquema de economia e qualidade da alimentação, por meio de programas educativos que discutam o desperdício alimentar, a melhora do conhecimento nutricional para reduzir as deficiências de micronutrientes para o desenvolvimento infantil, através da promoção de espaços e em ambientes de apoio às crianças e jovens em creches, escolas regulares e técnicas, apresentados especialmente em 3 dos artigos selecionados.

Poucos efeitos foram observados para o uso de mídias, redes sociais, iniciativas educativas digitais e estudos relacionados a tal perspectiva nas publicações de modo geral. Somente um artigo sugere tais aproximações, com exposições de conteúdos relacionados à influência educacional das escolas nas escolhas alimentares de seus estudantes, seja por propagandas,

postagens virtuais ou mídias de grande porte publicitário. Em tal artigo, a ênfase da influência midiática é pautada como um aspecto negativo na formação de hábitos saudáveis nos estudantes, pois suas escolhas alimentares estão propensas a recordar alimentos não saudáveis vinculados a desenhos animados e celebridades como um componente comum dos anúncios alimentícios.

Não foram encontradas nas publicações analisadas, propostas que examinaram o tempo de aula das escolas, seja em período integral (escolas que os estudantes permanecem durante todo o dia estudando) ou parcial (escolas que os estudantes permanecem a metade o dia estudando), comparando os diferentes tempos de permanência aos hábitos alimentares, discutidos pelas diferentes publicações. Entendendo que tal relação traz ao contexto alimentar grande relevância, pois permite maior influência sobre os estudantes, destacamos a necessidade do desenvolvimento de mais estudos vinculados a tal questionamento (CARVALHO *et. al.*, 2023).

A partir da análise das publicações selecionadas, foi possível constatar que, ainda em resposta a questão que pautou esta revisão sistemática (“A Educação em Saúde nas escolas pode influenciar hábitos alimentares saudáveis e conseqüentemente a qualidade de vida das crianças e dos jovens estudantes?”), dos 15 artigos selecionados, 13 deles apresentaram que a Educação em Saúde influenciou os indivíduos a melhorar hábitos alimentares, através do aumento de consumos de vegetais, frutas e legumes nas escolas, ampliação de programas educativos de prevenção em saúde, implementação de políticas públicas e atividades de promoção a prática contínua de exercício físico. Tais ações também refletem uma melhora na qualidade de vida dos indivíduos, no contexto escolar, em outros ambientes sociais não encontramos relatos de mudanças alimentares.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa destaca-se a relevância de ações em Educação Saúde no ambiente escolar, pois sua maioria apontam resultados expressivos e

positivos na mudança de hábitos alimentares dos estudantes no seio escolar. No entanto, não foram apresentados nos relatos, indicadores que remetem a ideia de que houve uma mudança no cotidiano vivido fora do ambiente escolar. É necessário que também haja estudos que analisem os efeitos destas estratégias e políticas, a médio e longo prazo, fora das dependências escolares, para que se entenda o seu real potencial, pois estes efeitos não foram sustentados no acompanhamento a longo prazo e os dados não expressavam ou não disponibilizavam a sequência do estudo com acompanhamento para mudança de vida do indivíduo e meio familiar e social, pertinente a outros espaços.

A partir da revisão sistemática realizada, pode-se afirmar que a educação em saúde nas escolas promove a vivência do processo contínuo de construção e de compromisso entre crianças e jovens com sua qualidade de vida por meio de hábitos saudáveis, tal integração, lhe confere autonomia, transformando-o em agente ativo no processo de promoção e prevenção da saúde, especialmente na utilização da Educação em Saúde como uma possibilidade de estratégia eficaz de ensino-aprendizagem. A literatura analisada afirma que a mudança dos hábitos dos estudantes a favor da promoção da saúde está vinculada às propostas provenientes do seu convívio escolar.

A integralidade do cuidado acontece na parceria entre os profissionais de saúde e educação por meio das relações multiprofissionais, como também na promoção de políticas públicas para a comunidade escolar. Uma escola que promove uma dieta pouco saudável, atividade física inadequada ou pouco frequente e baixo investimento na abordagem da importância da Educação em Saúde nas escolas, tornam as demandas sociais ainda mais complexas, especialmente por não utilizar as possibilidades das ações contínuas de desenvolvimento social. Tais dificuldades, a longo prazo, podem gerar o aumento dos fatores de risco dos indivíduos, ampliando a necessidade de atuações governamentais para as principais causas de comorbidades, obesidade e agravos de saúde na vida adulta. A infância e a adolescência são momentos essenciais para formação de uma dieta saudável e prática de atividade física, pois tais ações contribuem para seu desenvolvimento físico e

mental. Além disso, como destacam algumas pesquisas analisadas, os hábitos adquiridos na infância e adolescência acompanham os indivíduos na idade adulta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARNES, C., McCrabb, S., Stacey, F., Nathan, N., Yoong, SL, Grady, A., Sutherland, R., Hodder, R., Innes-Hughes, C., & Davies, M (2021). Melhorar a implementação de políticas, práticas e programas de alimentação saudável e atividade física nas escolas: uma revisão sistemática. *Medicina Comportamental Translacional*, 11 (7), 1365–1410. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab037> - DOI - PubMed

BOCCALETTO, E.M.A.; MENDES, R.T (org.). *Alimentação, Atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo/ SP*. 1.ed. Campinas: Ipes Editorial, 2009.

BYDLOWSKI. CR Lefèvre AMC & PEREIRA, IMTB. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. *Ciênc. Saúde Colet* 16 (3), p. 1771-1780. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. *Determinantes sociais da saúde ou por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto no 6.286, de 5 de Dezembro de 2007 - Criação do Programa Saúde na Escola – PSE. *Diário Oficial da União*, 06 dez., 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da Educação em Saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, 347- 365, 1988.

CARVALHO, N., Anusca MARTINS, K., de SOUSA, L. M. ., & Piscocya DÍAZ, M. E. Alimentação em escolas públicas de tempo integral: alunos aderem e aceitam?. *Revista De Nutrição*, 30 (3), 2023. <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/nutricao/article/view/7864>

CHAMPION, KE, Parmenter B, McGowan C, Spring B, Wafford QE, Gardner LA, et al. Eficácia das intervenções de e Saúde baseadas na escola para

prevenir múltiplos comportamentos de risco no estilo de vida entre adolescentes: uma revisão sistemática e meta-análise. *Saúde dos Dígito da Lancet*. (2019) 1 (5):e206–21. 10.1016/S2589-7500 (19)30088-3 - DOI - PubMed.

COLLADO-SOLER, R., Alférez-Pastor M., Torres F., Trigueros R., Aguilar-Parra JM, Navarro N. Uma revisão sistemática de programas de intervenção em nutrição saudável no jardim de infância e na educação primária. *Nutrientes*. 2023;15:541. doi: 10.3390/nu15030541. - DOI - PMC - PubMed.

COLLEY, P, Myer B, Seabrook J, et al. O impacto dos programas canadenses de alimentação escolar na nutrição e saúde das crianças: uma revisão sistemática. *Can J Diet Pract Res* 2019;80:79–86. -PubMed.

COHEN, JFW, Hecht AA, McLoughlin GM, Turner L., Schwartz MB. Refeições Escolares Universais e Associações com Participação Estudantil, Frequência, Desempenho Acadêmico, Qualidade da Dieta, Segurança Alimentar e Índice de Massa Corporal: Uma Revisão Sistemática. *Nutrientes*. 2021;13:911. doi: 10.3390/nu13030911. - DOI - PMC - PubMed.

GIL AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5º ed. São Paulo (SP): Atlas; 1999.

GALVÃO CM, Sawada NO, Mendes IA. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2003 dez; 37 (4):43-50.

GORDON, K., Dynan L., Siegel R. Escolhas mais saudáveis em refeitórios escolares: uma revisão sistemática das intervenções em refeitórios. *J. Pediatr*. 2018;203:273–279. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.07.031. - DOI -PubMed

KYERE, P, Veerman JL, Lee P, Stewart DE. Eficácia das intervenções nutricionais nas escolas na África Subsaariana: uma revisão sistemática. *Nutrição em Saúde Pública*. 2020;23 (14):2626–36. doi: 10.1017/S1368980020000506 - DOI - PMC - PubMed.

KUCHARCZUK, AJ, Oliver TL, Dowdell EB. A influência das mídias sociais nas escolhas alimentares dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura de estudos mistos. *Apetite*. 2022;168 doi: 10.1016/j.appet.2021.105765. - DOI - PubMed.

MARCONI MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2003.

MANSFIELD JL; Savaiano DA. Efeito das Políticas de Bem-Estar Escolar e da Lei de Crianças Saudáveis e Livres de Fome nos Comportamentos de Consumo Alimentar dos Estudantes, 2006–2016: Uma Revisão Sistemática. *Nutr. Rev*. 2017, 75 (7), 533–552. 10.1093/nutri/nux020. - DOI -PubMed.

MCHUGH C, Hurst A, Bethel A, Lloyd J, Logan S, Wyatt K. O impacto da abordagem da estrutura das escolas promotoras de saúde da organização mundial de saúde sobre os comportamentos de dieta e atividade física de

adolescentes em escolas secundárias: uma revisão sistemática. *Saúde pública*. (2020) 182:116–24. 10.1016/J.Puhe.2020.02.006 - DOI - PubMed.

PATRA E., Kokkinopoulou A., Pagkalos I. Foco em intervenções sobre dietas saudáveis sustentáveis em crianças em idade escolar: uma revisão sistemática. *Nutrientes*. 2023;15:2460. doi: 10.3390/nu15112460. - DOI - PMC - PubMed.

ROUNSEFELL. K., Gibson S., McLean S., Blair M., Molenaar A., Brennan L., Truby H., McCaffrey TA. Mídia social, imagem corporal e escolhas alimentares em jovens adultos saudáveis: uma revisão sistemática de métodos mistos. *Nutr. Dieta*. 2020;77:19–40. doi: 10.1111/1747-0080.12581. - DOI - PMC - PubMed.

SANTOS, Ligia A. da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. Nutr., Campinas*, 18 (5):681-692, set./out., 2005.

SILVA, C.M.C.. Educação em Saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Cien Saude Colet* [periódico na internet], dez., 2007. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/educacao-em-saude-uma-reflexao-historica-de-suas-praticas/1532?id=1532>

SHREWSBURY VA, Burrows T, Ho M, Jensen M, Garnett SP, Stewart L, et al. Atualização das melhores práticas de manejo dietético de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade: um protocolo de revisão sistemática. 2018;16 ((7)):1495–1502. -PubMed.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde São Paulo*: Hucitec; 2001. p. 73-99.

VÉZINA-Im Los Angeles, Beaulieu D, Bélanger-cascalho A, e outros. Eficácia de intervenções escolares destinadas a diminuir o consumo de bebidas açucaradas entre adolescentes: uma revisão sistemática. *Nutr Saúde Pública*. 2017;20 (13):2416–2431 DOI - PMC- Pub.

WOLFENDEN L., Barnes C., Jones J., et al. Estratégias para melhorar a implementação de políticas, práticas ou programas de alimentação saudável, atividade física e prevenção da obesidade nos serviços de acolhimento de crianças. 2 doi: 10.1002/14651858.CD011779.pub3. - DOI - PMC - PubMed.

XU, T.; Tomokawa,; Gregorio, R.; Mannava, P. ; Nagai, M.; Sobel, H.; School-based interventions to promote adolescent health: A systematic review in low- And middle-income countries of WHO Western Pacific Region, *PLoS ONE* - Volume 15, Issue 3, pp. - published 2020. Embase.

YOONG SL, Lum M., Wolfenden L., Jackson J., Barnes C., Hall AE, McCrabb S., Pearson N., Lane C., Jones JZ, et al. Intervenções alimentares saudáveis realizadas em ambientes de educação e acolhimento na primeira infância para

melhorar a dieta de crianças dos seis meses aos seis anos. Sistema de banco de dados Cochrane. Rev. 2023;2023:CD013862. doi: 10.1002/14651858.cd013862.pub2. -DOI - PMC- PubMed.

ANEXO B – Manuscrito 2: “Educação em Saúde na escola com foco na alimentação escolar: um estudo sobre a perspectiva docente”.

Manuscrito enviado à revista *Sustinere* e em avaliação.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA COM FOCO NA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: UM ESTUDO SOBRE A PERSPECTIVA DOCENTE

Alessandra da Silva Pereira³, Samuel Lima Leone⁴,

RESUMO: A Educação em Saúde pode ser definida como ações educativas de construção de conhecimentos em saúde com vistas à apropriação pela população e comunidade. As escolas exercem papel fundamental na formação de hábitos positivos na vida dos indivíduos e a alimentação escolar promove grande interlocução ao ensino de hábitos saudáveis para infância e juventude em tais espaços educativos. Considerando a participação dos professores nas práticas de Educação em Saúde, este artigo teve como objetivo investigar a perspectiva docente na atuação da educação em saúde em escolas básicas com ênfase na alimentação escolar. Trata-se de estudo quanti-qualitativo, com aplicação de questionário via Google Forms, auto preenchido, contendo questões objetivas e subjetivas acerca da percepção docente sobre ações de Educação em Saúde realizadas em suas instituições. A análise quantitativa foi realizada pela frequência absoluta e relativa, enquanto que dados qualitativos foram analisados por Análise de Conteúdo, conforme Bardin, com categorização dos dados apresentados e análise interpretativa. Participaram da pesquisa 103 participantes, sendo 81,0% dos participantes com idade acima de 36 anos; a maior parte possuía Pós-Graduação, 46,6%; 60,2% possuíam mais de 15 anos de docência, 77,7% dos professores participantes atuaram e participaram de eventos e práticas relacionadas à saúde em suas escolas e 74,8% afirmaram trabalhar em suas ações pedagógicas. Quando perguntados sobre aproximação sobre o tema saúde em suas formações acadêmicas, 34,0% relataram que o tema teria sido abordado, 36,0 % não e 30,0% não lembrava. Sobre a oferta de alimentação regular e gratuita na escola, 81,5% alegaram que eram ofertadas e 76,5% consideraram a alimentação ofertada ou trazida pelo estudante como saudável. Conclui-se com o presente estudo que os professores possuem pouco contato com a temática da saúde durante sua formação acadêmica. Em contraste a tal dado, ao analisar os dados qualitativos, a perspectiva docente contribui ao campo da Educação em Saúde nas escolas considerando o permanente contato dos docentes com os estudantes, antes, durante e após as ações e práticas de Educação em Saúde e alimentação saudável, proporcionando maior detalhamento das

³ Doutora em Nutrição. Professora Adjunta e Diretora da Escola de Nutrição na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro –UNIRIO.

⁴ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

consequências da falta ou presença da atuação da Educação em Saúde nas escolas.

Palavras-chave: Educação em saúde; Alimentação; Escola; Docentes; Análise de conteúdo.

ABSTRACT: Health Education can be defined as educational actions to build health knowledge with a view to appropriation by the population and community. Schools play a fundamental role in the formation of positive habits in the lives of individuals and school meals promote great dialogue in teaching healthy habits for children and youth in such educational spaces. Considering the participation of teachers in Health Education practices, this article aimed to investigate the teaching perspective in the performance of health education in basic schools with an emphasis on school meals. This is a quantitative-qualitative study, with a questionnaire administered via Google Forms, self-completed, containing objective and subjective questions about teachers' perception of Health Education actions carried out in their institutions. Quantitative analysis was carried out using absolute and relative frequency, while qualitative data was analyzed using Content Analysis, according to Bardin, with categorization of the data presented and interpretative analysis. 103 participants participated in the research, with 81.0% of participants over the age of 36; the majority had a postgraduate degree, 46.6%; 60.2% had more than 15 years of teaching, 77.7% of the participating teachers worked and participated in health-related events and practices in their schools and 74.8% said they worked on their pedagogical actions. When asked about approaching the health topic in their academic training, 34.0% reported that the topic had been covered, 36.0% had not and 30.0% did not remember. Regarding the provision of regular and free food at school, 81.5% claimed that it was offered and 76.5% considered the food offered or brought by the student to be healthy. The present study concludes that teachers have little contact with health issues during their academic training. In contrast to this, when analyzing qualitative data, the teaching perspective contributes to the field of Health Education in schools considering the permanent contact between teachers and students, before, during and after the actions and practices of Health Education and healthy eating. , providing greater detail on the consequences of the lack or presence of Health Education in schools.

Keywords: Health education; Food; School; Teachers; Content analysis.

INTRODUÇÃO:

Ao discutir o conceito de Educação em Saúde deve-se questionar como a temática se constitui, argumentando em que perspectiva se desenvolve (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009). Durante o processo, a ideia do próprio conceito do que é Educação e do que é Saúde é composta, e pode ser recusada e/ou oferecida a priori, por processos de lutas políticas, tornando-se aquilo que constantemente se constrói como projeto de sociedade (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009).

O conceito de Educação em Saúde pode ter diversas compreensões, por possuir “um caráter multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político filosóficas sobre o homem e a sociedade” (SCHALL & STRUCHINER, 1999, p. 4).

Cardoso de Melo (2007), nos auxilia com tal perspectiva ao afirmar que é preciso

“Rever as ideias ao redor do que seja processo de trabalho em saúde, do compromisso social desse trabalho, a partir da complexidade das diferentes razões e das tensões implicadas nas relações (...). E isso implica uma nova ética para a saúde, fundada na compreensão das condições de vida para além das sociedades humanas (...). Implica ainda pensar uma nova estética em termos de educação, como também uma capacidade de compreender a realidade como arte de desencantamento e reencantamento desse mundo em que vivemos e como uma das possíveis manifestações de vida — não a única, nem necessariamente a mais perfeita e acabada” (MELO, 2007, p. 18).

O autor afirma que o conceito de Educação em Saúde perpassa a “capacidade de compreender a realidade”, como conceitos que produzem sentido, e podem vir a funcionar como potentes mecanismos de submissão e/ou libertação.

Com isso, há uma percepção de que a Educação em Saúde pode vir a servir a um dado projeto de sociedade, passível de ser compreendida, projetada e desenvolvida por uma estrutura social, política, econômica e cultural que a constitui; seja pela reflexão crítica do sujeito, através de uma

interlocução dialógica, ou através de mecanismos de controle do vem a ser Educação em Saúde e formação do sujeito (Melo, 2007).

A Educação em Saúde no Brasil teve seu início por volta do século XIX, por conta das necessidades sanitárias que se apresentavam nas grandes cidades na época (VASCONCELOS, 2001, p. 75). Em um contexto de condições sanitárias precárias, surtos epidêmicos e ampliação das atividades econômicas nos centros urbanos, surge o esforço da promoção de ações sanitárias coletivas para diminuir e combater as epidemias, através de orientações e ensinamentos à população com políticas públicas de grande porte. Contudo, tais iniciativas de orientação perdiam força conforme os surtos epidêmicos diminuía, ou seja, a preocupação com a qualidade de vida das classes populares se tornou maior. (Lopes, Pereira & Morel, 2020, p. 192).

Considerando a perspectiva política de tais intervenções, o momento histórico atuou centrado no processo de Educação em Saúde pautado na atuação verticalizada, caracterizando-se com prescrição de normas, reduzindo as ações pedagógicas a ideia de aplicabilidade, ou seja, de “aplicar” medidas sanitárias, considerando somente a perspectiva do interventor no processo de solução dos problemas de saúde, sem considerar outras condições sociais, culturais e de existência (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2009).

As transformações no campo da educação, da saúde, das políticas e dos aspectos econômicos e sociais, alteraram o modo de discutir a proposta da Educação em Saúde ao longo do século XX. Profundas mudanças permitiram desenvolver de modo mais integral e amplificado o conceito, pois “passamos para uma perspectiva mais abrangente e integradora, criadora de condições que permitam às pessoas desenvolverem-se holisticamente na sua multidimensionalidade” (FEIO & OLIVEIRA, 2015, p. 704), pois na prática os desafios de acompanhar as mudanças de perspectiva na Educação em Saúde são ainda hoje grandes e complexos. Tal proposta passa a visar não somente aspectos de intervenções individuais, mas projetos de transformação social.

Neste ínterim, surge a Educação Popular em Saúde, como uma perspectiva mais abrangente, dialógica e integrativa, criando meios interativos de participação efetiva de todos os envolvidos, especialmente para o desenvolvimento integral do processo educativo (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

A mudança qualitativa da compreensão do conceito de Educação em Saúde perpassou alguns movimentos teóricos que influenciaram tanto a área da Educação como a da Saúde. Um dos conceitos de Educação em Saúde que abrange uma visão mais participativa, em prol da transformação social, por meio de ações permanentes em saúde, como espaço de luta pelos direitos da população, para além da mera informação, pode ser encontrado na perspectiva da Educação Dialógica em Saúde, mais conhecida como Educação Popular em Saúde (FEIO & OLIVEIRA, 2015).

A Educação Popular em Saúde propõe contribuir com a criação de espaços e ações pedagógicas mais autônomas para todos os envolvidos, destacando a alteridade e movimentos na luta por direitos, na busca por transformação individual e coletiva problematizando a realidade tomada como referência. A Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social, ou seja, “implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações (...)” (BRASIL, 2007, p. 15).

É neste universo que se inserem outras ações de educação em saúde, pois quando os indivíduos reconhecem que fazem parte e são portadores de conhecimentos em diálogo e contribuição, atuam de forma ativa no processo saúde/doença/cuidado (ALVES, 2005), praticando maior interlocução com mudanças duradouras e responsabilidade coletiva, desenvolvendo uma análise crítica sobre a realidade, em busca de uma “educação como prática de liberdade” (FREIRE, 1996).

No âmbito das instituições de ensino, a promoção de Educação Popular em Saúde proporciona a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população através da relação ensino-aprendizagem, de práticas e hábitos saudáveis, nas orientações diárias educacionais no espaço escolar, enquanto proposta constitutiva de desenvolvimento e formação para promoção da vida e saúde dos estudantes (BRASIL, 2006).

Assim, a saúde passa a ser vista como processo em permanente mudança ao longo da vida individual e coletiva, com ações na comunidade de forma participativa e responsável, por este motivo, encontramos nos estudos

sobre Educação Popular em Saúde *inspiração* e possibilidade de escrita em diálogo.

A Educação em Saúde pode estar presente em diversos cenários, sendo a escola um dos espaços com maior importância social de transformação coletiva. Há algum tempo as políticas públicas de saúde admitem o espaço escolar como um local ideal que auxilia na constituição de valores, orientações para a vida, construção de crenças, conceitos e formas de entender e viver cotidianamente, sendo este espaço um potencializador de produção social da saúde (BRASIL, 2007a). Os professores e suas instituições de ensino atuam de modo colaborativo, participativo e integrador ao desenvolvimento da promoção da saúde populacional por meio da Educação em Saúde (GRACIANO et al., 2015).

Exercendo um papel importante como facilitador de acesso às diferentes ações e políticas públicas em saúde, a escola torna-se um canal direto, uma ferramenta imprescindível de compartilhamento intersetorial da Educação em Saúde, pois trata-se de um “*processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns*” (BRASIL, 2011, p. 27).

Um dos importantes eixos da Educação em Saúde desenvolvida nas escolas é a alimentação e nutrição escolar. Tal temática ajuda no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis que auxiliam na manutenção de uma vida saudável, na melhora da qualidade de vida dos alunos, influenciando os responsáveis e contribuindo para um coletivo mais saudável.

A alimentação gratuita nas escolas públicas do Brasil é regida pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que teve início década de 1940, por manifestações sociais em prol do fornecimento de alimentação na escola, defendendo sua necessidade para as crianças mais vulneráveis (BRASIL, 2006). A alimentação escolar se tornou direito, luta política e principalmente lei, como assegura a Constituição de 1988, no artigo 6º, ao tratar do direito humano à alimentação (BRASIL, 2013a).

Nós propomos assim a discutir: “Como a Educação em Saúde nas escolas voltada às questões alimentares é vista pelos docentes da Educação Básica, sendo a Educação em Saúde uma ferramenta de grande impacto, com alcance político e social e, as consequências de suas ações auxiliam na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, na diminuição das necessidades por serviços de saúde e no auxílio ao desenvolvimento de uma cultura mais saudável, nos aproximamos dos estudos sobre Educação em Saúde em escolas entendendo-o como um dos centros de discussão do campo, como defendem algumas políticas públicas brasileiras voltadas à educação em saúde (BRASIL, 2007).

A fim de contribuir para discussão das lacunas existentes na literatura a respeito da relação da Educação em Saúde (ES) nas escolas, sob a ótica dos professores envolvidos nas práticas de educação em saúde, a pesquisa teve como objetivo avaliar a inserção da Educação em Saúde no ensino básico e a percepção dos educadores em relação à temática.

MÉTODOS:

Trata-se de um estudo de campo, quanti-qualitativo, transversal, observacional, realizado de junho de 2022 a janeiro de 2024. Foi elaborado e divulgado um questionário virtual para professores de escolas da educação básica do Brasil, que atuavam com estudantes do primeiro segmento do Ensino Fundamental. O questionário consistiu em 18 questões relacionadas à Educação em Saúde nas escolas.

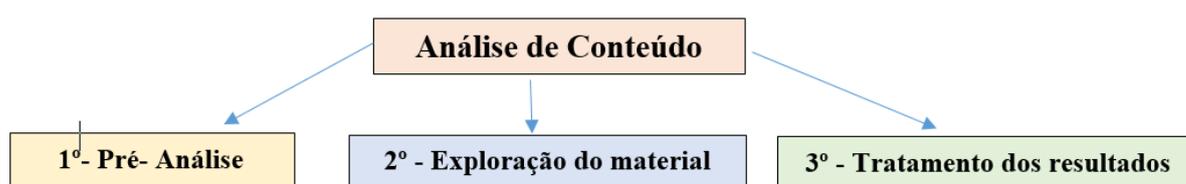
A coleta de dados aconteceu durante o primeiro semestre de 2023, após apreciação do CEP e aprovação junto à Plataforma Brasil (nº 65856222.7.0000.5285), com posterior a divulgação e aplicação do questionário, em formato virtual, considerando o acesso dos participantes segundo sua disponibilidade em responder e seu retorno com o preenchimento de respostas às questões formuladas. O convite ao link do questionário foi divulgado em espaços virtuais, redes sociais e redes de compartilhamento virtuais. O questionário foi elaborado pelos autores e possuía perguntas quanto ao contexto escolar, experiências de formação docente, suas percepções sobre

práticas pedagógicas sobre Educação em Saúde, aspectos de sua formação e orientações na área e aspectos relacionados à alimentação escolar nas escolas.

Foi realizada uma caracterização do perfil dos professores da rede básica de ensino, como tempo de formação profissional e tempo de atuação em anos; se já estudou sobre Saúde nas escolas e se já conhecia o termo Educação em Saúde (sim /não). Sobre as percepções dos professores, foi questionado se havia ações de Educação em Saúde na sua Instituição e se havia a presença de profissionais da saúde para tratar do tema (sim /não). Sobre a alimentação escolar, foi questionado se havia alimentação escolar regular e gratuita na instituição e se o professor considerava a alimentação (oferecida pela escola ou do próprio estudante) saudável (sim /não). Os dados das perguntas objetivas foram analisados pela apresentação de frequência relativa e absoluta, utilizando como auxílio os softwares Excel® e Stata®, versão 17.

O questionário continha ainda perguntas subjetivas que permitiram a realização de uma análise quali-quantitativa dos dados, realizada pela Análise de Conteúdo, considerando as características apresentadas pelo instrumento de coleta de dados (BARDIN, 2016). De acordo com Laurence Bardin (2016), autora amplamente conhecida nas pesquisas sobre Análise de Conteúdo, tal metodologia é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos” (BARDIN, 2016, p. 42).

A análise de conteúdo “observa com interesse as tentativas que se fazem no campo alargado da análise de comunicações” (BARDIN, 2016, p. 27), que nesta pesquisa foram estruturadas pela análise do questionário, a partir das três etapas da análise do material, que constituem a análise de conteúdo. São elas: 1º Pré-análise, 2º Exploração do material e 3º Tratamento dos resultados (figura 1).



)

Figura 1: Passos da metodologia de Análise de Conteúdo - Bardin (2009).

ABORDAGEM QUANTITATIVA

1 Pré- análise

Como etapa da pré-análise na abordagem quantitativa, o estudo contou como etapa de escolha dos documentos, com as questões fechadas do questionário, que foram pré -selecionadas para construção dos dados estatísticos.

Esta etapa continha como hipóteses e objetivos detalhar os seguintes subitens: informações sobre a formação acadêmica dos participantes, tempo de atuação, sua percepção inicial sobre PSE em suas escolas, presença de profissionais de saúde para tratar temas relacionados à saúde na escola, ações pedagógicas e temáticas relacionadas à promoção de saúde ou prevenção de doenças, noção inicial do termo Educação em saúde e presença de alimentação regular e gratuita na escola dos participantes. A elaboração de tais indicadores foi composta pelas respostas de 104 docentes, havendo a recusa de 1 participante, totalizando em média 103 respostas para cada questão. Os indicadores iniciais proporcionaram a criação de uma tabela apresentada mais adiante no texto. No que se refere à seleção de variáveis, e para efeito de desenvolvimento da pesquisa, após observação prévia da consistência dos dados do questionário para tais indicadores citados acima, as variáveis foram definidas considerando tais indicadores.

São estas as variáveis da abordagem quantitativa:

- Formação Acadêmica;

- Tempo de atuação;
- PSE na escola de atuação;
- Presença de profissionais da saúde para tratar temas relacionados à saúde;
- Ações pedagógicas e temáticas relacionadas à promoção ou prevenção de saúde;
- Formação acadêmica relacionado a saúde;
- Escuta do termo “Educação em Saúde”;
- Existência de alimentação regular e gratuita na escola;
- Percepção sobre a alimentação oferecida na escola ou trazida pelo estudante

2º etapa: Exploração do material

Os dados relacionados com cada uma das variáveis selecionadas para a pesquisa foram extraídos do questionário, exportados para Excel e utilizados em formato de tabela como modo de codificação da análise de conteúdo.

Como recorte, as variáveis foram organizadas com base nas perguntas fechadas do questionário. A categorização foi feita em tabela, relacionada às variáveis “Formação acadêmica” e “Tempo de atuação”, que foram utilizadas para melhor visualização do perfil de participantes e suas possibilidades de contribuição para pesquisa pelo tempo de experiência em escolas. As variáveis “PSE na escola”, “Presença de profissionais de saúde na escola” e “Ações pedagógicas e temáticas de saúde na escola” foram utilizadas para basear em que contexto as perspectivas docentes se inserem e com qual participação externa podem vir a atuar. As variáveis “Uso do termo Educação em Saúde”, “Alimentação escolar” e “Alimentação saudável” constituíram a contextualização de como a perspectiva dos docentes participantes aparece nas práticas da escola e em sua noção sobre os termos citados.

ABORDAGEM QUALITATIVA

1º Etapa: Pré- Análise

Nessa etapa, a escolha de documentos, que tem como objetivo estruturar as ideias principais e a escolha das estratégias de análise dos

dados, foi utilizado questionário virtual, como documento de análise, pela dificuldade de acesso aos professores presencialmente pós pandemia e pela facilidade de alcançar um maior número de participantes.

A formulação das hipóteses e objetivos, foi realizada por meio do modelo dialógico de reflexão das respostas coletadas, com o objetivo de entender a perspectiva docente sobre Educação em Saúde, ou seja, foi realizado um plano de análise dos dados de modo quanti-qualitativo, tarefa desafiadora considerando o quantitativo de mais de 100 respostas descritivas para diferentes questões, o que apontou a necessidade de fazer escolhas considerando as seguintes condições: O que selecionar no todo do material coletado? Quais implicações as escolhas da pesquisa poderiam revelar? Quais recortes seriam necessários?

Assim, na primeira etapa de pré-análise a proposta foi alinhar as hipóteses de pesquisa com os objetivos iniciais que poderiam proporcionar indicadores que orientassem nossa interpretação final da pesquisa. Foi feita uma *leitura flutuante* dos dados em busca de “invadir impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas” (FRANCO, 2008, p. 52). Essa leitura flutuante baseou-se na interlocução com a questão de pesquisa e os objetivos, eixo principal de orientação da análise do questionário, ou seja, considerando as respostas dos docentes nas diferentes questões no qual apontavam suas perspectivas sobre Educação em saúde nas escolas. Também recorremos às regras apresentadas por Bardin (1977, p. 97), para pré-análise da pesquisa (regra da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência).

Na regra da exaustividade, na qual “é preciso terem-se em conta todos os elementos desse corpus” (BARDIN, 1977, p. 97), foram considerados todos os elementos do registro dos participantes, seu campo de atuação, sua linguagem, seu contexto com a temática, criando conexões nas diferentes respostas para uma análise mais consistente. Na regra da representatividade, na qual é possível efetuar uma amostragem rigorosa que represente o universo inicial da análise, optamos por considerar caso a caso, característica de uma pesquisa de aspectos qualitativos e, por isso, não usamos a representatividade

por amostragem, pois consideramos ser possível analisar a totalidade das respostas, considerando suas características.

Na regra da homogeneidade, na qual usamos “um documento retido como homogêneo”, usamos os mesmos questionários sem distinção, obedecendo os mesmos critérios precisos para todos os participantes (BARDIN, 1977, p. 98), entendendo que respeitamos esta etapa da pré-análise correspondendo a regra. Sobre a última regra que trata da pertinência, na qual “os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise” (BARDIN, 1977, p. 98), foi respeitado tal procedimento capturando os dados coletados o que foi pertinente a questão e objetivo de pesquisa, como é apresentado na análise de dados da pesquisa posteriormente, sendo estes os nosso parâmetros para a elaboração de indicadores, a fim de interpretar o material coletado (Quadro 1).

Quadro 1: Síntese dos indicadores iniciais organizados na pré-análise que compuseram o *corpus* da pesquisa.

Indicadores	Levantamento	Código de uso	Descrição
Registro objetivo	Feito por perguntas fechadas com opções de respostas.	“Informação por porcentagem”	Recolhimento realizado através de questionário virtual - (Agrupamento das respostas por frequência. Descritas na pesquisa em dados estatísticos gerais).
Registro descritivo	Feito por perguntas abertas para respostas detalhadas.	“Participante nº”	Recolhimento realizado através de questionário virtual - (A identificação pessoal das respostas foi preservada com a troca dos nomes por números)
Registro livre	Espaço no final do questionário para relatos pessoais.	“Participante nº”	Recolhimento realizado através de questionário virtual - (A identificação pessoal das respostas foi preservada com a troca dos nomes por números)

2º etapa: Exploração do material

A segunda etapa da metodologia de conteúdo, conhecida como “exploração do material”, é dividida em três fases: 1. Codificação, 1.1 Recorte; 1.2 Classificação e Agregação e 2. Categorização, contou com a formulação de regras e dos eixos temáticos, especialmente em prol da interlocução com as respostas dos participantes e a análise do alcance de compreensão do questionário.

1. Codificação

O conjunto de respostas dos participantes foram separadas por palavras-chaves (Escola; Alimentação; Programas; Prática docente, entre outras), identificadas, agregadas e enumeradas por agrupamentos de assuntos semelhantes, com aproximações nas informações coletadas, representativas nas características do conteúdo, realizando uma primeira codificação por temas correlacionados, como: Educação em Saúde e atuação dos professores; Educação e Saúde e sua relação com o espaço da escola; Política pública de Educação em Saúde, Alimentação escolar, entre outros.

De acordo com a codificação inicial, as respostas descritivas foram desmembradas conforme os códigos que geraram os temas, levantados a partir das discussões e questionamentos dos participantes.

1.1 Recorte

Foi nesta etapa que recortamos as temáticas apresentadas nas respostas em unidades de registro, retiramos respostas iguais e selecionamos os assuntos mais que foram abordados pelos participantes. Tais recortes deram origem às categorias de análise iniciais da pesquisa. Neste processo de codificação dos dados ocorreram o recorte e identificação da composição dos códigos das respostas oferecidas pelos participantes, a classificação dos registros e a criação das categorias de análise, que contou com o critério de reunir elementos segundo suas semelhanças e suas diferenças, com posterior reagrupamento, em função de ideias comuns ou próximas.

2. Categorização:

2.1 Categorias iniciais

Primeiramente, as categorias iniciais contaram com o corpo geral das informações das primeiras impressões do conjunto de dados da realidade apresentada pelos participantes da pesquisa. As categorias integram o referencial teórico estudado ao conjunto de respostas dos docentes e suas percepções sobre Educação em Saúde. Não houve limite para o número de categorias iniciais e, elas se constituíram pela quantidade de questões trazidas pelos participantes. A figura 1 apresenta as categorias iniciais e destaca-se que o presente estudo desdobrou a categoria 6.

Figura 1: Tabela das Categoria Iniciais de Análise

Categoria Inicial
1. Formação dos professores participantes
2. Currículo acadêmico docente
3. Tempo de docência
4. Compreensão sobre PSE na escola
5. Atuações do PSE
6. Parcerias Intersetoriais
7. Profissionais de saúde na escola
8. Alimentação escolar
9. Alimentação pessoal e familiar
10. A relação do estudo e a fome
11. Aprendizagem e sua relação com a saúde
12. Espaço escolar e suas vantagens
13. As práticas docentes sobre a temática
14. Ações vividas na práticas dos estudantes e professores
15. A influência da saúde na escola para a família do estudante
16. Os problemas da Educação em Saúde nas escolas
17. Dificuldade no acesso aos serviços de saúde

2.2 Categorias Intermediárias

Após as primeiras categorias serem construídas, considerando a subjetividade dos pesquisadores e sua relação com a pesquisa, ao fazer a releitura e discussão das categorias iniciais foram elaboradas dez categorias intermediárias, que emergiram inicialmente das dezessete categorias iniciais, pautadas na aproximação dos assuntos, conforme a tabela abaixo:

Figura 2: Tabela das Categorias Intermediárias de Análise

Categoria Inicial	Categoria Intermediária
1. Formação dos professores participantes	1. Problematizando o perfil do participantes
2. Currículo acadêmico docente	
3. Tempo de docência	
4. Compreensão sobre PSE na escola	2. PSE na escola
5. Atuações do PSE	
6. Parcerias Intersetoriais	3. Profissionais da saúde na escola
7. Profissionais de saúde na escola	
8. As práticas docentes sobre a temática	4. Práticas docentes
9. Ações vividas na práticas dos estudantes e professores	
10. Espaço escolar e suas vantagens	5. A importância da escola
11. A influência da saúde na escola para a família do estudante	6. Escola e família
12. Aprendizagem e sua relação com a saúde	7. Aprendizagem e saúde
13. Alimentação escolar	

14. Alimentação pessoal e familiar	8. Alimentação na escola
15. A relação do estudo e a fome	9. Vulnerabilidade e alimentação escolar
16. Os problemas da Educação em Saúde nas escolas	10. Limites problemas e desafios
17. Dificuldade no acesso aos serviços de saúde	

2.3 Categorias Finais

As categorias finais são apresentadas baseadas nas categorias iniciais e intermediárias. Na proposta final consideramos o agrupamento das categorias oito e nove que abordam a temática da alimentação e sua relação com a educação em saúde, criando subitens. Nas categorias cinco, seis e sete agrupamos os assuntos interligados, pois em ambas as categorias intermediárias a temática voltou-se a Educação em saúde e sua importância na escola, criando uma nova categoria em comum. Tais categorias foram construídas com intuito de amparar as interpretações e inferências que aparecem em seguida nos resultados, representando de modo organizado, como uma síntese das análises, a tabela abaixo das categorias finais

Figura 3: Tabela das Categorias Finais de Análise sobre o questionário: Educação em Saúde na escola na perspectiva docente

Tabela de categorias de análise: Questionário “Educação em saúde na escola na perspectiva docente”	
Categorias de análise	Subcategorias
1. Educação em saúde e o perfil dos participantes (Docentes)	1.1 Educação em saúde durante a formação docente
2. Educação em saúde e o PSE na escola	2.1 Práticas na escola com o PSE
3. Educação e Saúde e a presença de profissionais de saúde na escola	
4. Educação em Saúde e as práticas docentes	4.1 Currículo
	4.2 Papel do professor
5. Educação em saúde e sua importância na escola	5.1 Intersetorialidade
	5.2 Escola como local de aprendizagem
	5.3 Criança e sua influência familiar
6. Educação em saúde e alimentação na escola	6.1 A importância da alimentação escolar em casos de vulnerabilidade
7. Educação em saúde e os limites, problemas e desafios encontrados na escola	

Fonte: Esquema elaborado pelo autor

Dessas categorias finais, elegemos a categoria 6 para análise mais detalhada no corpo de artigo.

Tabela de categorias de análise: Questionário “Educação em saúde na escola na perspectiva docente”	
Categorias de análise	Subcategorias
6. Educação em saúde e alimentação na escola	6.1 A importância da alimentação escolar em casos de vulnerabilidade

Por fim, a última etapa no qual foi possível fazer o “tratamento dos resultados”, através da interpretação, reflexão e diálogo, nos proporcionou a discussão das diferentes abordagens levantadas pelas respostas dos professores. Nesta etapa, foi possível variar a interpretação em duas características principais, as operações estatísticas da pesquisa quantitativa e os diálogos descritivos da pesquisa qualitativa.

Essas características constituíram-se nas respostas que se configuraram nas questões fechadas como uma “fase, onde os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas” (CAPELLE, 2003, p. 6), ou nas características ofertadas pelas respostas às questões abertas, como um modo categorial de organização e interpretação das respostas descritivas, no qual o professor participante estabelece aproximação ao narrar as suas experiências, dando a investigação um caráter qualitativo, mais profundo e rico, por sua singularidade e presença autoral, especialmente por trazer ao corpo do estudo uma diversidade de características linguísticas, textuais, expressivas e reflexivas.

RESULTADOS

Variáveis	N	%
		Participantes, sendo

o 81,0% dos participantes com idade acima de 36 anos; a maior parte possuía Pós-Graduação, 46,6%; 60,2% possuíam mais de 15 anos de docência, 77,7% dos professores participantes atuaram e participaram de eventos e práticas relacionadas à saúde em suas escolas e 74,8% afirmaram trabalhar em suas ações pedagógicas. Quando perguntados sobre aproximação sobre o tema saúde em suas formações acadêmicas, 34,0% relataram que o tema teria sido abordado, 36,0 % não e 30,0% não lembrava. Sobre a oferta de alimentação regular e gratuita na escola, 81,5% alegaram que eram ofertadas e 76,5% consideraram a alimentação ofertada ou trazida pelo estudante como saudável. As características quanto à formação e atuação dos professores estão descritas na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização e práticas de educação em saúde de educadores que atuam com o o primeiro segmento do Ensino Fundamental em unidades escolares.

Formação acadêmica		
Graduação	25	24,3
Pós-Graduação	48	46,6
Mestrado	20	19,4
Doutorado	6	5,8
Curso Normal (Ensino médio, Técnico)	4	3,9
Tempo de atuação		
Até 1 Ano	4	3,9
De 1 a 5 Anos	25	7,8
De 5 a 10 Anos	48	11,7
De 10 a 15 Anos	20	16,5
Mais de 15 Anos	6	60,2
PSE na escola de atuação		
Sim	33	32,0
Não	40	70,9
Não Sei	30	29,13
Presença de profissionais da saúde para tratar temas relacionados à saúde na escola		
Sim	67	65,1
Não	31	30,1
Não Sei	5	4,9
Ações pedagógicas e temáticas relacionadas à promoção de saúde ou prevenção de doenças		
Sim	77	74,8
Não	26	25,2
Já estudou algo relacionado à saúde em sua formação acadêmica		
Sim	35	34,0

Não	37	35,9
Não Me Lembro	31	30,1
<hr/>		
Você já escutou o termo “Educação em Saúde”?		
Sim	64	62,8
Não	38	37,2
<hr/>		
Há na escola alimentação regular e gratuita?		
Sim	84	81,6
Não	19	18,4
<hr/>		
Você considera a alimentação oferecida na escola ou trazida pelo estudante:		
Saudável	78	76,5
Não Saudável	24	23,5
<hr/>		

Os dados quantitativos apontam que o perfil dos participantes, considerando sua formação acadêmica, do total de participantes, 3,9% não possuem nível superior, tendo feito o Ensino Médio Técnico (Formação de professores). Já 24,3% dos professores possuem Graduação. A maior parte dos participantes da pesquisa possuem Pós-Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado) totalizando 71,8% das respostas. Ao detalharmos estes dados encontramos: 46,6% possuem pós-graduação (Especialização), 19,4% possuem mestrado e 5,8% possuem doutorado.

Sobre o tempo que atua como educador, a maioria dos participantes responderam que possuem mais de 15 anos de docência, totalizando 60,2%. Neste sentido, a análise das informações prestadas foi originada por professores considerados experientes em sua área do magistério, pelo longo tempo de atuação. O segundo período com o maior número de respostas sobre o tempo de atuação profissional, foi de docentes com 10 a 15 anos de experiência como professor, representando 16,5% dos participantes do questionário.

Sobre algumas possibilidades de ações externas sobre saúde na escola, a presença do “Programa Saúde na Escola- PSE” para a maioria dos

participantes é baixa, pois não possuem contato ou não sabem informar se existe atuação deste programa em suas escolas. Em contraste a esse dado, mesmo sem a presença do programa, a maioria dos entrevistados recebem profissionais de saúde em suas escolas, ou trabalham com os estudantes temáticas sobre Educação em saúde.

Quando detalhamos o contexto da oferta de alimentação nas escolas, também encontramos dados positivos sobre a oferta de alimentação regular, gratuita e em sua maioria saudável, possibilitando entender em que contexto os professores relatam suas experiências acerca da temática.

Em diálogo com tais inferências encontramos alguns debates trazidos pelos docentes participantes, como:

“Muitas doenças vêm de uma má alimentação, e diversas crianças já começam os seus dias comendo biscoitos de chocolate, bolinho Ana Maria, cheetos e bebendo Toddyinho ou guaraná natural. Não comem alimentos que verdadeiramente as nutrem. (...) Isso tudo contribui para crianças desnutridas, e uma geração cada vez mais doente (Participante nº 61)”.

Ao discutirmos acerca das contribuições docentes, destacamos que a alimentação saudável tem sido um desafio vivido pela população das cidades, onde o cotidiano é carregado de atividades sem fim (Garcia, 2015, p7). A facilidade de preparo dos alimentos industrializados, mantidos em conservas, enlatados e ultraprocessados, ganham destaque por alegarem praticidade em seu consumo, contudo, estes produtos são ricos em gorduras, açúcares e sódio, que em excesso estão associados com doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2008). Tais alimentos podem ser ofertados pelos responsáveis de forma equivocada, acreditando que estão alimentando e nutrindo ao estudante, quando de fato estão prejudicando o desenvolvimento de uma boa saúde (GONÇALVES et al. 2008).

Outra contribuição docente apontou as ações de Educação em Saúde desenvolvida em sua escola através de um exemplo prático de um projeto desenvolvido ao longo dos anos com os estudantes, e detalha: “Fizemos o projeto ‘Descasque mais e desembale menos’, com feirinha, apresentação de cardápios, brincadeiras com nomes e imagens de legumes, frutas e verduras”

(Participante nº 84). A professora participante relata que sua escola investiu tempo dedicando-se à temática da alimentação por se tratar de um assunto continuamente sugerido pelos estudantes.

É de suma importância a abordagem dos mais variados assuntos envolvendo a educação em saúde, mas também é necessário entender e atender as demandas específicas encontradas em determinados grupos distintos, trazendo atualizações, flexibilização e eficiência para o que é educar em saúde. Dando assim condições de um desenvolvimento saudável aos indivíduos, apoiando-se nas questões de equidades, abraçando assim a demanda específica para cada grupo de indivíduos segundo as suas necessidades (Carvalho, 2015).

É preciso, então, “ações (...) que provoquem transformações nos sujeitos, para que passem a atuar (...) como cidadãos” (Carvalho, 2015, p. 1212). “Nesse sentido, a promoção da saúde coloca a educação como uma forma de desenvolver o exercício da cidadania, para, desse modo, fortalecer atitudes que melhorem as condições de saúde e vida” (Carvalho, 2015, p. 1212).

Para tal, uma das estratégias que apresenta uma eficiência robusta são as dinâmicas, desenvolvidas nos projetos ministrados por professores e outros profissionais dentro da escola. Muitas destas atividades proporcionam experiências com degustação, conhecimento de novos alimentos saudáveis, receita e cardápios saudáveis, proporcionando diferentes vivências no tema, para além do conhecimento técnico científico. Proporcionando assim ferramentas para a construção de hábitos saudáveis que irão compor a vida individual e também influenciaram todo o coletivo envolvido diretamente ou indiretamente em tais atividades.

É notável como o consumo de alimentos que contribuam pouco nutricionalmente (ou a falta de alimentos adequados) interfere no bom crescimento e desenvolvimento está cada vez mais presente nos cardápios da população, por motivos variados, a situação está tão crítica que os professores notam em seus alunos essas condições (Vieira & Elias, 2021).

Alguns docentes detalham tais aspectos, ao afirmar que: “Sem os nutrientes o cérebro não funciona bem” (Participante nº 52). “Os indicadores de

desnutrição são fundamentais para que se possa estabelecer um parâmetro de avaliação para o nível de aprendizagem!” (Participante nº 14). “Uma criança desnutrida tem extrema dificuldade na aprendizagem devido a falta de nutrientes importantes para o funcionamento do cérebro”. (Participante nº 10).

E ainda ao dizer: “ Para muitos alunos a merenda escolar é a única refeição desses alunos. Quando por motivos diversos como falta de água e a merenda tem que ser fria, os alunos reclamam muito, pois ficaram o dia inteiro com fome” (Participante nº 83), ou ainda ao descreverem suas preocupações: “Alimentação está ligada diretamente ao desenvolvimento das crianças física e psicologicamente” (Participante nº 48).

Não se pode ignorar o fato que muitos alunos não possuem o que comer em seus lares, apesar dos diversos projetos para combater a fome que o país desenvolve. O corpo é fortalecido e nossas funções vitais são desenvolvidas segundo a alimentação que ingerimos. Um aluno que não se alimenta de forma adequada ou nem se alimenta, dificilmente irá absorver qualquer tipo de conhecimento seja ele qual for. É de suma importância que esses alunos sejam identificados, e que sua questão estrutural seja sanada (Vieira & Elias, 2021).

Alimentação ofertada somente no ambiente escolar não dará conta de suprir a demanda desse indivíduo que luta contra a fome. “A criança que sofre com a insuficiência nutricional não tem ânimo para aprender” (Participante nº 88). “Para a efetivação do aprender é preciso estar em sua plena constituição vital. Ninguém aprende nem apreende com fome” (Participante nº 19). Faz-se necessário investigar onde e porque os programas que são desenvolvidos pelo governo para o combate à fome não chegam nesses indivíduos e se necessário reestruturá-los, a fim de combater de forma mais eficiente a fome.

Sou professora de alfabetização e já acompanhei estudantes com problemas severos de desnutrição. Alguns precisavam de maior ajuda nas tarefas, apresentavam dificuldade de compreensão e após alguns anos na escola chegaram a ser reprovados em anos subsequentes por não considerarem sua desnutrição na gestação e início da vida” (Participante nº 24).

Uma mente nutrida favorece aprendizagens. Um ser humano que não possui os elementos necessários para uma nutrição adequada, está debilitado, enfermo. Alguém que está doente não tem 100% de condição para aprender. Ele está limitado” (Participante nº 2).

“Já tive em outra escola alunos que desmaiavam por estarem sem se alimentar. A aprendizagem fica extremamente prejudicada.” (Participante nº 70). É importante que o professor esteja habilitado a reconhecer sinais de desnutrição, pois é o profissional que está diariamente em contato com os alunos e por isso tem maior oportunidade de perceber o problema. Sua identificação precoce é de suma importância, porque pode amenizar fatores que dificultem a aprendizagem desse indivíduo, o agravamento dos problemas de saúde devido a uma dieta ineficaz e auxiliá-lo junto a família ou responsáveis, para buscar ajuda para a resolução do problema.

“Onde leciono os alunos, a maioria, só se alimentam na escola. Quando eles chegam de um final de semana ou recesso, por exemplo, chegam com sono e muita fome. Não conseguem se concentrar e aprender. A alimentação é de suma importância para o aprendizado” (Participante nº 12)

“A fome dói e desestabiliza qualquer ser. Quem tem fome só pensa em como saná-la. Nunca tive alunos que chegaram a ser diagnosticados com desnutrição, mas tive e tenho alunos muito pobres e que chegam à escola sem comer. Nesses casos, a primeira refeição completa e talvez a única seja a oferecida pela escola. Muitas vezes me deparei com alunos não conseguindo se concentrar em sala pelo fato de estarem com fome”. (Participante nº 90).

“Venho de uma época em que não havia colação para as crianças e, na segunda-feira, era o dia mais difícil de conseguir atenção das crianças, porque vinham do final de semana sem uma alimentação adequada. Já tive estudantes que tremiam de fome e tinham sensação de desmaio. Como aprender nessas circunstâncias?” (Participante nº 11).

O estudante que tem tal dificuldade e não resolve essa questão como eficácia estará correndo sérios riscos de saúde e com perigo de viver o fracasso escolar. É importante envolver os responsáveis nas questões de educação em saúde no que se refere à alimentação saudável, pois o conhecimento inadequado sobre a importância dos alimentos que são essenciais para uma alimentação adequada que auxilie o crescimento e o desenvolvimento desses indivíduos. Paralelo ao esforço da escola e da família e aliados aos temas de educação em saúde, se tem à disposição as iniciativas

e os programas governamentais que estão à disposição para auxiliar no tratamento de indivíduos que necessitem de assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revela que, considerando os resultados quantitativos, os professores possuem pouco contato com a temática da saúde durante sua formação acadêmica, que na maioria das experiências docentes o apoio externo às ações de educação em saúde vem de parcerias com profissionais da saúde, sem necessariamente a inserção do programa PSE em suas escolas de atuação e que na maioria das escolas que atuam, a alimentação é considerada regular, gratuita e saudável.

As conclusões deste estudo sugerem que o ambiente escolar também pode ser utilizado como local de Educação em Saúde, voltados ao debate da alimentação saudável, especialmente ao ser abordada com tamanha ênfase pelos diferentes profissionais, seja para os estudantes ou responsáveis e, em muitos casos esses indivíduos não tiveram acesso a esse tipo de formação (GONÇALVES et al. 2008).

Considerando os resultados analisados, a pesquisa revela que a perspectiva docente amplia o debate acerca do campo da Educação em Saúde nas escolas considerando o permanente contato dos docentes com os estudantes, antes, durante e após as ações e práticas de Educação em Saúde, proporcionando maior detalhamento das consequências da falta ou presença da atuação da Educação em Saúde nas escolas, especialmente ligados à temática da alimentação, devido às ofertas de intervalos para lanche e/ou almoço e, da relação “aprendizagem x alimentação”, que interfere diretamente no desenvolvimento estudantil.

O conhecimento, as habilidades e percepções docentes a respeito das necessidades locais auxiliam na promoção da Educação em Saúde e proporcionam aos profissionais da Saúde maior envolvimento nas demandas comunitárias. Parte da Educação em Saúde realizada no ambiente escolar emerge das necessidades observadas por cada professor no ambiente de sua

sala de aula, sua sensibilidade ao perceber as necessidades de cada indivíduo, pode ser um fator importante para motivar o desenvolvimento de atividades específicas às necessidades observadas. Assim, este estudo se torna ainda mais relevante ao destacar a perspectiva docente e suas contribuições ao campo da Educação em Saúde.

Referências Bibliográficas:

BARBOSA. RM, SOARES. EA, Lanzillotti HS. Avaliação do estado nutricional de escolares segundo três referências. Rev Paul Pediatr. In press 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas -EAN. Brasília: MDS; 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Programa Saúde na Escola (PSE). Caderno do Gestor do PSE, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde - Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Determinantes sociais da saúde ou por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: MS; 2014.

BOCCALETTO, E.M.A.; MENDES, R.T (org.). Alimentação, Atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo/ SP. 1.ed. Campinas: Ipes Editorial, 2009.

CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da Educação em Saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. Rev. Saúde pública, São Paulo, 347- 365, 1988.

Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. Rev Saúde Colet.;v. 25 (nº 4):1207-27, 2015.

FEIO, Ana e OLIVEIRA, Clara Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde e Sociedade* [online], v. 24,n. 2, p. 703-715, jun. São Paulo, 2015.

FREIRE, Paulo, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*, Campinas, out./dez., 2015.

GONÇALVES, F. D.; CATRIB, A. M. F.; VIEIRA, N. F. C. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface Comunic.Saúde, Educ*, n. 12. 24, 2008.

MOREL, Cristina Maria Toledo Massadar; PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire & LOPES, Marcia Cavalcanti Raposo. *Educação em saúde: material didático para formação técnica de agentes comunitários de saúde*. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

Melo JAC. Trabalho Educação e Saúde: da pedagogia à uma socio-antropologia das organizações de saúde - uma des-construção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Trabalho, educação e saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2007. p. 11-20.

Morosini MV, Fonseca AF, Pereira I. Educação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 155-162.

PEREIRA, Alessandra da Silva. et al. Frequência à creche e estado nutricional de pré-escolares: uma revisão sistemática. *Rev. Paul Pediatr* 2010;28 (4):366-72.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas*

palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde São Paulo: Hucitec; 2001. p. 73-99.

VIEIRA, Eliane Ferreira & ELIAS, Lauro Lima Corrêa e Marcos. Aprendizagem baseada em problemas: uma experiência focada nos riscos socioambientais relacionada ao consumo de alimentos industrializados. Revista Perspectivas em Educação Básica, nº. 4, março, 2021.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em Saúde: novas perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S4-S6, 1999.

ANEXOS

Anexo - Convite Virtual de participação do questionário

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA INFÂNCIA:

UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO



VOCÊ GOSTARIA DE PARTICIPAR DE NOSSA PESQUISA?

CARO(A) PROFESSOR(A),
 Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar de um projeto de pesquisa. Este estudo tem por objetivo investigar como se dá o processo de significação da educação em saúde para os docentes atuantes em instituições de ensino, considerando como uma proposta permanente a promoção, prevenção, acompanhamento e mudança da saúde em espaços escolares, como também promover espaços de discussão e orientação em saúde.



PRIMEIRO CONTATO

COMO PARTICIPAR?

Para participar é simples:
CLIQUE NA IMAGEM AO LADO e preencha com seu e-mail ou whatsapp.
 Entraremos em contato para lhe enviar o termo de consentimento da pesquisa.

SEGUNDO CONTATO

PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Virtualmente, enviaremos o questionário da pesquisa para seus canais de contato. E quando tiver disponibilidade, responda acerca de sua experiência docente.



TERCEIRO CONTATO

RECEBIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Posteriormente, enviaremos o seu questionário preenchido para seu arquivamento, confirmação e mudança de dados, caso necessite.



QUARTO CONTATO

RECEBIMENTO DA PESQUISA CONCLUÍDA

Após o recebimento das participações docentes ao questionário, análise dos dados e conclusão da pesquisa. Você receberá o produção desta investigação em seus contatos, caso solicite ou queira consultar posteriormente a pesquisa.



AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

Este é o nosso "CONVITE VIRTUAL", divulgue, compartilhe com outros(as) professores(as) e nos ajude a encontrar outros interessados na temática.

Anexo - Formulário eletrônico- (Questionário)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Caro professor (a),

Este questionário faz parte do projeto de dissertação de mestrado: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA INFÂNCIA E JUVENTUDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO”. A pesquisa se justifica na proposta de compreender e refletir o espaço escolar, considerando principalmente a função social da escola, em sua complexidade, nas interfaces entre a educação e saúde, na perspectiva docente, com o objetivo de promover espaços de discussão e orientação em saúde. Para entender as ações docentes sobre tal temática, desenvolvemos um questionário como proposta de levantamento de contextualização da pesquisa e, pedimos que responda às questões abaixo.

Agradecemos sua participação.

Nome completo/ E-mail/ Idade: _____

PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO:

1- Qual é a sua formação acadêmica?

Curso Normal -Ensino Médio Técnico Graduação Pós-Graduação Mestrado Doutorado Pós-Doutorado

2- Quanto tempo você atua como educador?

Até 1 ano De 1 à 5 anos 5 à 10 anos 10 à 15 anos Mais de 15 anos

3- Você conhece o “Programa Saúde na Escola” (PSE)?

NÃO SIM

4- Em sua escola está presente o “Programa Saúde na Escola” (PSE)?

NÃO SIM NÃO SEI

5 - As escolas que você trabalha ou já trabalhou recebem profissionais da saúde para tratar temas relacionados a saúde? NÃO SIM NÃO SEI

(Em caso de positivo) 5.1 Com qual frequência? mensalmente trimestralmente semestral anualmente Outros

6- Há eventos na escola que abrem espaços para discutir assuntos relacionados à saúde?

() NÃO () SIM () NÃO SEI

7- Em suas ações pedagógicas, você já trabalhou temáticas relacionadas à promoção de saúde ou prevenção de doenças?

() NÃO () SIM 7.1 -Se sim, quais?

8- Você estudou algo relacionado à saúde em sua formação acadêmica?

() NÃO () SIM () NÃO LEMBRO 8.1- Em caso positivo, quais temáticas foram abordadas?

9- Você já escutou o termo “Educação em Saúde”?

() NÃO () SIM

10- Você considera importante a abordagem de temas relacionados à saúde na escola? Por quê?

() NÃO () SIM JUSTIFIQUE SUA

RESPOSTA:_____

11- Em sua experiência docente, você já teve algum estudante com:

() HIPERTENSÃO () DIABETES () HIGIENE INSUFICIENTE
() OBESIDADE () DESNUTRIÇÃO () PROBLEMAS DENTÁRIOS () OUTROS

12- Há na escola merenda regular e gratuita?

() NÃO () SIM

13- Em sua prática, você acredita que exista relação entre desnutrição e aprendizagem estudantil? Por quê?

() NÃO () SIM JUSTIFIQUE SUA

RESPOSTA:_____

14- Como você considera a alimentação oferecida na escola ou trazida pelo estudante?

() SAUDÁVEL () NÃO SAUDÁVEL SE NECESSÁRIO, COMENTE:

15- No cenário pós-pandemia, você notou em seus alunos questões relacionadas à saúde mental, como stress, depressão, ansiedade e outros?

() NÃO () SIM SE NECESSÁRIO, COMENTE:

16- Você acredita que a escola através de atos educacionais em saúde pode instrumentalizar seus indivíduos para a melhora do seu autocuidado? Por quê?

() NÃO () SIM JUSTIFIQUE SUA

RESPOSTA:_____

17- Considerando as temáticas abordadas no currículo escolar de sua instituição, escreva em ordem de maior importância os números correspondentes. Quais são os assuntos abaixo que são prioridade em sua escola como objetivo aos estudantes:

- 1- Ser alfabetizado;
- 2- Aprender a calcular;
- 3- Construir socialização e cidadania;
- 4- Desenvolver autonomia e responsabilidade;
- 5- Cuidar da saúde;
- 6- Desenvolver habilidades físicas e motoras;

18- Você tem alguma vivência na temática "Educação e Saúde" que desejar compartilhar? Escreva no espaço abaixo.