

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE CIÊNCIAS HUMANAS,
SOCIAIS E DA NATUREZA**

MATHEUS RIBEIRO VITOR

**EDUCAÇÃO, SAÚDE E SOCIEDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO
DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA**

LONDRINA

2023

MATHEUS RIBEIRO VITOR

**EDUCAÇÃO, SAÚDE E SOCIEDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO
DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA**

**EDUCATION, HEALTH AND SOCIETY: CONTRIBUTIONS TO TRAINING OF
BASIC EDUCATION TEACHERS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências Humanas, Sociais e da Natureza – PPGEN – da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino.

Área de Concentração: Ensino, Ciências e Novas Tecnologias.

Orientador(a): Prof. Dr. Daniel Guerrini.

LONDRINA

2023



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Esta licença permite download e compartilhamento do trabalho desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es), sem a possibilidade de alterá-lo ou utilizá-lo para fins comerciais. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



**Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Campus Londrina**



MATHEUS RIBEIRO VITOR

**EDUCAÇÃO, SAÚDE E SOCIEDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE
DOCENTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA**

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Ensino De Ciências Humanas, Sociais E Da Natureza da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Ensino, Ciências E Novas Tecnologias.

Data de aprovação: 03 de Abril de 2023

Dr. Daniel Guerrini, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Marcia Camilo Figueiredo, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Virginia Iara De Andrade Maistro, Doutorado - Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 03/04/2023.

Dedico este trabalho à minha mãe, Catarina Pinheiro
Ribeiro, por todo amor e carinho que me dedicou ao
longo da vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não foi uma realização isolada. O ato em si de escrever a dissertação de uma pesquisa, certamente, é muito solitário. Demanda muitos momentos individuais de reclusão para leitura, reflexão e escrita. Contudo, poder terminá-la e apresentá-la como contribuição científica ao mundo, com toda certeza, é um trabalho de muitos, mais do que eu consigo nomear nestes parágrafos. Deste modo, carinhosamente, a todos aqueles que estiveram comigo, agradeço por terem persistido durante todo o caminho e dedico-lhes as lindas palavras de Cecília Meireles...

“Dize:

O vento do meu espírito soprou sobre a vida.

E tudo que era efêmero se desfez.

E ficaste só tu, que és eterno...”

E eternamente serei grato...

À minha mãe, Catarina Pinheiro Ribeiro, por todo amor que me dedicou ao longo da vida. Obrigado por acreditar em mim, por toda força e ter me levantado nos momentos em que fraquejei e caí. Sem seu apoio, certamente este sonho jamais iria se concretizar...

À minha família, em especial minhas irmãs, Francieli Ribeiro Vitor e Aline Vitor Guimarães, por todo apoio e compreensão pelas minhas ausências em datas comemorativas importantes para poder me dedicar aos estudos...

Ao meu orientador, Prof. Dr. Daniel Guerrini, pesquisador brilhante, exemplo e fonte de inspiração para mim. Sou imensamente grato pela confiança depositada no meu trabalho, pelos valiosos conhecimentos compartilhados e, sobretudo, pela sabedoria e paciência com a qual me conduziu nessa trajetória. Desejo-lhe vida longa e sucesso, para que outros Matheus possam ter a oportunidade que eu tive de ser orientado por você...

À Profa. Dra. Marcia Camilo Figueiredo, por ter aceitado integrar a minha banca examinadora. Você é muito competente no que faz e suas contribuições ao meu trabalho foram extremamente valiosas. Agradeço também pelo conhecimento compartilhado ao longo da disciplina de Prática pedagógica e Pesquisa no Ensino de

Ciências. Foi uma experiência incrível e que certamente levarei esses saberes comigo para sempre na minha vida profissional. Me conforta o coração saber que existem pessoas tão educadas, pacientes, humildes e compreensivas como você dentro das universidades. Sinto orgulho de ter sido seu aluno...

À Profa. Dra. Virginia Iara de Andrade Maistro, por ter aceitado prontamente integrar a minha banca examinadora. Você é um exemplo e fonte de inspiração para mim, não apenas como uma profissional extremamente competente e comprometida com o que faz e com a melhoria da educação do País, mas, sobretudo, como pessoa. Seu respeito aos outros, sua honestidade, empatia e humildade me encantam. Obrigado por fazer parte da minha trajetória.

À minha querida coordenadora de área, Tereza Cristina do Prado, da Cogna Educação, por todo incentivo aos estudos e pelo apoio que me forneceu ao longo do curso, principalmente por ter permitido a flexibilização da minha jornada de trabalho para conseguir adequar meus horários na empresa aos do PPGEN. Sem seu apoio certamente este sonho hoje não se realizaria.

Aos professores das diferentes disciplinas do PPGEN, pelos estimados ensinamentos e pelas novas possibilidades de ensino que me apresentaram, em especial à Profa. Dra. Angélica Cristina Rivelini, ao Prof. Dr. Enio de Lorena Stanzani e à Profa. Dra. Alessandra Dutra.

Aos meus amigos, grandes amores da minha vida, muito obrigado por todo apoio e compreensão, principalmente nos momentos que necessitei me ausentar para me dedicar aos estudos... vocês são muito importantes para mim.

Aos alunos dos cursos de licenciatura em Ciências Biológicas, que aceitaram participar e contribuir com esta pesquisa, bem como às coordenações e secretarias de curso das suas universidades, que prontamente responderam ao nosso convite de participação e o divulgaram aos seus discentes.

Por fim, a todos aqueles que em algum momento estiveram presentes na minha vida e que, sem dúvida, contribuíram para o meu crescimento...

Com carinho,
Matheus Ribeiro Vitor.

Seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica.
(FREIRE, 1984).

VITOR, Matheus Ribeiro. **Educação, saúde e sociedade**: contribuições para a formação de docentes da educação básica. 2023. 157 f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências Humanas, Sociais e da Natureza) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Londrina, 2023.

RESUMO

No decorrer da história das ciências, muitas foram as acepções, interpretações e explicações para a saúde, tema fundamental à humanidade e que traz consigo, de maneira ora antagônica, ora associada ao fenômeno da doença. A relação entre os termos encontra-se frequentemente mediada pela noção de terapêutica. Se analisarmos as diversas contribuições da sociologia da saúde, assim como das Ciências Sociais de modo geral, veremos que o conceito de saúde, por natureza, é algo complexo de ser definido, pois não só extrapola os limites biológicos, como também incide nas diversas dimensões da vida: do âmbito social e econômico ao cultural e moral das sociedades e dos indivíduos, como um fenômeno de caráter global. A saúde enquanto tema contemporâneo da Base Nacional Comum Curricular, deve ser incluída nos currículos escolares e trabalhada pedagogicamente nas instituições de ensino, o que requer dos futuros docentes, enquanto agentes articuladores dos processos de ensino-aprendizagem, uma formação adequada, tanto em conhecimentos científicos quanto no desenvolvimento de habilidades, necessárias para atuar eficientemente no ensino de saúde. Isso demanda uma compreensão de saúde para além da prevenção, manutenção e reabilitação, mas como fenômeno, cuja concepção engloba diversos aspectos e âmbitos da vida, individual e coletiva. Diante disso, esta pesquisa, de abordagem qualitativa e de caráter de campo, teve por objetivo investigar quais as concepções de saúde de acadêmicos do curso de licenciatura em ciências biológicas, e como tais ideias influenciam em seu modo de conceber a educação em saúde nas escolas. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado e, diante dos resultados, foi possível concluir que as concepções iniciais sobre saúde e doença dos acadêmicos participantes compartilham aspectos de concepções do senso comum difundidas na sociedade. Com relação ao produto educacional atrelado a esta pesquisa, mediante a análise dos dados coletados após a sua aplicação, foi possível aferir quais contribuições à formação desses futuros docentes passaram a elaborar seu conceito de saúde de forma mais complexa, extrapolando seus conceitos iniciais sobre o tema.

Palavras-chave: saúde; formação docente; educação em saúde; Ciências Sociais e saúde.

VITOR, Matheus Ribeiro. **Education, health and society**: contributions to training of basic education teachers. 2023. 157 f. Dissertation (Masters of Education In Human, Natural and Social Sciences) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Londrina, 2023.

ABSTRACT

Throughout the history of science, there have been many meanings, interpretations and explanations for health, a fundamental theme for humanity and which brings with it, sometimes antagonistically, sometimes associated, the phenomenon of disease. The relationship between the terms is often mediated by the notion of therapy. If we analyze the various contributions of the sociology of health, as well as of the social sciences in general, it is noted that the concept of health, by nature, is something complex to define, as it not only goes beyond biological limits, but also affects the different dimensions of life: from the social and economic spheres to the cultural and moral spheres of societies and individuals, as a global phenomenon. Health, as a contemporary theme of the National Curricular Common Base, must be included in school curricula and worked pedagogically in teaching institutions, which requires future teachers, as articulating agents of the teaching-learning processes, adequate training, both in scientific knowledge, and in the development of skills, necessary to act efficiently in health education. This demands an understanding of health beyond prevention, maintenance and rehabilitation, but as a phenomenon whose conception encompasses different aspects and areas of life, individual and collective. In view of this, this research with a qualitative and field character approach, aimed to investigate which are the conceptions of health of academics of the degree course in biological sciences, and how such ideas influence their way of conceiving health education in schools. In view of the results, it was possible to conclude that the initial conceptions about health and illness of the participating academics encompass aspects of common sense conceptions spread in society. With regard to the educational product linked to this research, through the analysis of the data collected after its application, it was possible to assess what their contributions to the training of these future teachers began to elaborate their concept of health in a more complex way, extrapolating their initial concepts about the theme.

Keywords: health; teaching training; health education; Social Sciences and health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Marco Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde	43
Figura 2 – Associação Médica Brasileira sobre <i>fake news</i>	48
Figura 3 – Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde	53
Figura 4 – Modelo de Dahlgren e Whitehead sobre os determinantes sociais da saúde	56
Figura 5 – Notícia publicada pela revista eletrônica Exame	61
Figura 6 – Notícia publicada pela Agência Brasil sobre a produção agrícola. ..	61
Figura 7 – Notícia publicada sobre o aumento da fome no Brasil.	61
Figura 8 – <i>Design</i> final do produto no <i>Moodle</i>	89
Figura 9 – Convite de participação no curso	96
Figura 10 – Faixa de renda dos participantes da pesquisa	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos níveis de letramento em saúde	73
Quadro 2 – Fases de desenvolvimento do produto educacional.....	81
Quadro 3 – Análise de Conteúdo e Planejamento	82
Quadro 4 – Perguntas norteadoras das unidades do produto educacional	84
Quadro 5 – Organização do conteúdo no <i>Moodle</i>	90
Quadro 6 – Código Participantes na Pesquisa	94
Quadro 7 – Instituições de ensino de origem dos participantes	95
Quadro 8 – Cidade de residência dos participantes	102
Quadro 9 – Faixa etária dos participantes da pesquisa.....	103
Quadro 10 – Autodeclaração de cor/raça e gênero dos participantes	103
Quadro 11 – Religião dos participantes da pesquisa	105
Quadro 12 – Conteúdos sobre saúde estudados previamente pelos participantes	105
Quadro 13 – Categorias Questão 14.....	107
Quadro 14 – Categorias Questão 15.....	113
Quadro 15 – Categorias Questão 16.....	120
Quadro 16 – Categorias Questão 17	125
Quadro 17 – Concepções de saúde dos participantes pós-curso	133
Quadro 18 – Comparativo conceito saúde inicial e pós-curso	134
Quadro 19 – Papel da escola em saúde pós-curso	136
Quadro 20 – Concepções de educação em saúde pós-curso	138

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Saúde, doença e sociedade.....	24
2.1.1 Saúde e doença como questão sociocultural	24
2.1.2 Saúde e doença como normalidade	30
2.1.3 Saúde e doença como perturbações físico-morais.....	36
2.1.4 Outras formas de compreender saúde e doença	39
2.2 A saúde, os determinantes sociais da saúde e a determinação social da saúde.....	48
2.3 Educação em saúde na perspectiva da promoção.....	62
2.3.1 Contexto histórico e marco legal da Educação em Saúde no Brasil	63
2.3.2 Educação em Saúde na perspectiva da promoção: algumas considerações teóricas e metodológicas.....	70
3 CONCEPÇÃO E ESTRUTURA DO PRODUTO EDUCACIONAL	79
3.1 Fases de desenvolvimento do produto educacional.....	80
4 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	92
4.1 Metodologia e caracterização da pesquisa	92
4.2 Caracterização dos participantes e local da pesquisa.....	93
4.3 Procedimento de coleta de dados.....	94
4.4 Análise de conteúdo como apoio metodológico	98
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	101
5.1 Resultados da coleta de dados inicial	101
5.1.1 Resultados das questões de identificação do público-alvo.....	101
5.1.2 Concepções iniciais sobre saúde, doença e educação em saúde dos estudantes.....	106
5.2 Resultados da coleta de dados após aplicação do produto educacional.....	132
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	147
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados inicial	152

APÊNDICE B - Modelo do TCLE utilizado na pesquisa	154
APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados após aplicação do produto educacional	157
APÊNDICE D - Produto Educacional.....	158

APRESENTAÇÃO

A área da educação, de certa forma, sempre foi algo presente na minha vida. Filho da famosa “tia da cozinha”, minha mãe dedicou mais de trinta anos da sua vida ao serviço público, e por todo esse tempo trabalhou como cozinheira na única escola estadual localizada dentro da pequena cidadezinha de pouco mais de 4 mil habitantes, Rosário do Ivaí, no interior do Paraná.

Minha mãe sempre levou a educação muito a sério e sempre teve a convicção que estudar seria a única forma dos seus filhos terem uma vida melhor. Sinto muito orgulho da pessoa que ela é e de todo o seu esforço com a nossa criação. Seu sonho era que seus três filhos pudessem se formar para professores e assim foi: primeiro minhas irmãs concluíram o ensino superior e em 2013, após concluir o Ensino Médio, fui contemplado com uma bolsa integral do Programa Universidade Para Todos (Prouni) do Governo Federal para cursar licenciatura em Ciências Biológicas na Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

No início de 2014, eu me mudei para Londrina – PR para iniciar a graduação e alguns meses depois fui contratado para trabalhar no setor administrativo da universidade em que cursava a graduação. Nem sempre era fácil ter disposição física e mental para conciliar trabalho e estudos, porém foi graças a este emprego que pude conhecer a Profa. Dra. Andreia de Freitas Zompero, à qual tenho uma enorme admiração. Na época, enquanto docente da universidade, rapidamente tratou de me inserir na iniciação científica, me acolhendo gentilmente em seu grupo de estudos junto com a Profa. Dra. Helenara Regina Sampaio Figueiredo. Foi nesse período que tive meu primeiro contato com a pesquisa e pude realizar minhas primeiras participações e contribuições em seminários e congressos voltados à educação.

Quando finalizei a graduação, tive a oportunidade de ingressar no curso de especialização em Ensino de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL), lugar em que fui acolhido pela Profa. Dra. Virginia Iara de Andrade Maistro, minha ex-orientadora, com uma gentileza e um carinho tão imenso, como um filho é acolhido por uma mãe. Lá tive o privilégio de poder aprofundar meus estudos sobre sexualidade e educação sexual na formação de professores, que resultou na minha primeira publicação em uma revista científica e na participação de um *e-book* organizado pela universidade para alunos da educação a distância.

Em 2019, fui convidado para contribuir em um livro sobre educação em saúde. Foi quando comecei a aprofundar meus estudos sobre o tema. Ao passo que meu entusiasmo com a relação saúde e educação foi aumentando, minhas angústias cresciam ao refletir sobre as várias realidades em saúde da população brasileira.

Era intrigante pensar que, mesmo com tantos avanços científicos e tecnológicos, muitas pessoas ainda padeciam de problemas de saúde quase sempre evitáveis. Existia algo nesse imbróglio que não se tratava apenas das deficiências de um sistema público de saúde no atendimento à população. Era algo que me intrigava e eu ainda não conseguia compreender, mas tinha a convicção que o campo da educação poderia, sem dúvida, contribuir de alguma forma para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Ainda em 2019, me interessei pelo programa de mestrado profissional em ensino da UTFPR e me candidatei a uma vaga no processo seletivo, com a proposta de trabalhar o tema da saúde na formação de professores. Com imensa alegria, fui aprovado pelo programa para ser orientado por uma das pessoas mais admiráveis que tive contato nesses últimos anos. O que eu menos poderia imaginar é que tanta felicidade seria seguida por um período tão conturbado. O ano de 2020 foi marcado pela tristeza da pandemia da Covid-19. Todas as atividades presenciais da pós-graduação foram suspensas a pedido da reitora da universidade, até que fossem adotadas as medidas para prosseguimento das aulas em regime especial.

Por questões de saúde, me mudei, temporariamente, de Londrina para a casa da minha mãe, em Rosário do Ivaí, onde passei dois anos e pude acompanhar todos os horrores, tristezas, tensões, anseios e angústias que uma pandemia pode causar em uma sociedade. Os anos de 2020 e 2021 foram marcados pelo luto de muitos brasileiros e brasileiras. No Brasil, a média de mortes aumentou a cada dia desde março de 2020, até que oficialmente se registrou a triste marca de 4 mil mortes diárias por Covid-19 em abril de 2021.

Foi nesse período, sob a orientação do professor Daniel Guerrini, que iniciei o meu contato com o referencial teórico sobre saúde e doença a partir do ponto de vista antropológico, sociológico e filosófico. Isso contribuiu para que eu pudesse notar com mais clareza aquilo que, talvez, no fundo, todos nós de alguma forma sempre soubemos: o direito à plena saúde por todos os brasileiros, infelizmente, não é de interesse de todos aqueles que detêm o poder econômico e social em nossa sociedade.

A pandemia escancarou como os interesses econômicos e políticos são tratados, prioritariamente, pela alta classe da sociedade brasileira em detrimento da saúde coletiva. Assuntos que deveriam ser afetos às ciências eram contaminados por ideologias religiosas, políticas e partidárias, e diariamente víamos a reprodução de discursos negacionistas e de ataques à ciência em redes sociais.

Enquanto as pessoas morriam sufocadas em hospitais, suas memórias e o luto dos seus familiares eram menosprezados e transformados em escárnio por aqueles que, ao invés de incentivar o direito à vida, esbravejavam que o vírus se tratava apenas de uma “gripezinha”. Se não bastasse todo esse horror e caos em uma crise sanitária dessa magnitude, assistimos impotentes e passivamente o mais alto cargo da pasta da saúde do País ser ocupado por alguém que dizia nem mesmo saber o que era o SUS. O resultado infeliz e desastroso já é de conhecimento absoluto: mais de 600 mil mortes de brasileiros e brasileiras, das quais muitas poderiam ter sido evitadas.

Relacionar o referencial teórico, que hoje compõe esta dissertação, ao contexto pandêmico histórico que atravessamos na época, me ajudou a perceber mais claramente que a saúde não é determinada unicamente por escolhas individuais ou à existência de uma rede de assistencialismo médico, mas, sobretudo, diz respeito à nossa capacidade de agir coletivamente para questionar e modificar a estrutura social e os meios de produção que produzem as desigualdades sociais. Diz respeito, portanto, ao nosso exercício consciente da cidadania.

Foi neste contexto que esta dissertação e seu produto educacional efetivamente foram desenvolvidos. Eles foram elaborados para serem instrumentos que possam contribuir para a discussão sobre saúde em seu conceito mais amplo no âmbito da formação de professores e um dos caminhos pelos quais espero que a educação em saúde possa adentrar nas escolas e na vida das pessoas.

O Brasil é um país continental, portanto, a escrita do conteúdo do produto educacional vinculado a esta pesquisa foi articulado para discutir as várias facetas da saúde, seus fatores determinantes e os métodos de ensino em saúde de forma científica, mas, sobretudo, de forma acessível, para que um dia, talvez, possa chegar a locais que hoje poucas universidades conseguem adentrar para levar o conhecimento.

Por fim, é importante enfatizar que esta dissertação teve como orientação de escrita as normas técnicas definidas pela ABNT e recomendadas pela Universidade

Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR para padronização de trabalhos acadêmicos desenvolvidos no âmbito dos programas de pós-graduação ou graduação da universidade. Entretanto, enquanto autor, pesquisador e educador, acredito que grandes mudanças começam com pequenas atitudes. Assim, assumo que, propositalmente, as citações bibliográficas foram modificadas sempre que possível, de tal forma que, além do sobrenome, utilizo o prenome da autoria em sua primeira citação no capítulo ou seção, de modo a evidenciar seu gênero, como forma, especialmente, de visibilizar a percepção social quanto à contribuição das mulheres para a produção do conhecimento científico. Além disso, desconsidere a orientação de abreviação nas referências, portanto, todas as autoras e autores citados de alguma forma ao longo da obra, tiveram seu prenome e sobrenome mantidos de forma integral na seção de Referências Bibliográficas.

Matheus Ribeiro Vitor

1 INTRODUÇÃO

Na área da educação, pesquisas sobre saúde apontam a necessidade do trabalho pedagógico da temática como um dos meios para a melhoria da qualidade de vida da população (SILVA *et al.*, 2019; MIALHE *et al.*, 2019; MONTEIRO; BIZZO, 2015); nesta perspectiva, algumas ações foram realizadas tendo como objetivo a promoção, proteção e a manutenção da saúde, por meio de programas e projetos em escolas (como o Programa de Saúde nas Escolas – PSE) ou mediante campanhas educacionais do Ministério da Saúde destinados à população através do sistema de saúde pública.

Dentro desse contexto, alguns problemas vêm sendo dimensionados quanto a tais práticas, principalmente àquelas ligadas ao campo da didática e da metodologia da educação em saúde, que de uma forma geral têm sido caracterizadas como um ensino desigual, baseado na transmissão de saberes (MONTEIRO; BIZZO, 2015; CUNHA; PEZZATO, 2019), traduzindo-se em aulas expositivas, palestras, seminários e demonstrações sobre doenças e métodos de prevenção.

Para Renata Cunha e Luciane Pezzato (2019), as relações que permeiam as práticas em educação em saúde, em sua maioria, são assimétricas, normatizadoras e disciplinadoras de condutas, subestimando/ignorando o saber popular, a subjetividade dos indivíduos e elevando o profissional de saúde como o único detentor de um saber que é realmente relevante. Neste sentido, podemos dizer que são práticas que tendem a ignorar a construção coletiva do aprendizado em saúde e a emancipação dos sujeitos para atuarem com questões voltadas à promoção da saúde individual e coletiva. Para Paulo Monteiro e Nelio Bizzo (2015), essas práticas precisam ser repensadas para que a escola se torne, de fato, um local de aprendizagem em saúde.

A educação em saúde é uma prática em educação, que possui como objetivo o letramento em saúde (*health literacy*) dos sujeitos, que pode ser definido como o desenvolvimento do conjunto de habilidades necessárias para que as pessoas possam agir de maneira adequada nos assuntos que interferem em sua saúde, na esfera individual e/ou coletiva (MIALHE *et al.*, 2019). Dentre tais habilidades, destacamos as básicas de alfabetização funcional (leitura e escrita), as habilidades relacionadas ao pensamento crítico e reflexivo, as habilidades sociais (empatia,

comunicação, interação social), de resolução de problemas e participação social ativa (BRASIL, 2019; MIALHE *et al.*, 2019).

Ao contrário das propostas de educação em saúde comuns no espaço escolar, que de acordo com Cristiane Silva *et al.* (2019) derivam de um modelo biomédico, em que as ações são voltadas quase que exclusivamente à prevenção, ao tratamento e à recuperação de doenças, o novo conceito de educar para a saúde deve ter como pressuposto o empoderamento pessoal e coletivo, e o fortalecimento do exercício da cidadania, considerados fatores substanciais para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Embasada sempre nos direitos humanos, a aprendizagem em saúde deve levar em consideração muito além dos conhecimentos biológicos sobre as doenças, mas também de todos os determinantes que as causam, sejam eles econômicos, sociais ou ambientais, que impactam na qualidade de vida das pessoas de um modo geral (MIALHE *et al.*, 2019). Além disso,

Para que haja aprendizagens significativas a esse respeito, é necessário que temas como as condições de vida, as possibilidades e potencialidades de cada indivíduo e comunidade, os costumes e aspectos culturais de cada grupo populacional, os aspectos sociais deletérios ou favoráveis à saúde, entre outros, sejam incorporados como pressupostos que embasem as discussões realizadas na sala de aula e não apenas como exemplos ou fatos isolados (MONTEIRO; BIZZO, 2015, p. 425).

Neste sentido, é notável que os fundamentos do novo conceito de educar em saúde possuem por base os conhecimentos sobre saúde, doença e cura construídos ao longo da história no âmbito das Ciências Sociais, cujos estudos contribuíram, significativamente, à compreensão que as questões da saúde e da doença extrapolam sempre o agente biológico.

Nas Ciências Sociais, as discussões sobre saúde se consolidaram a partir dos anos 70 no Brasil e incorporaram em suas pesquisas a preocupação com as questões da realidade social e econômica da população, fortemente atravessadas pela desigualdade social na época (LANGDON, 2014).

Em meio século de estudos e produções sobre a saúde no Brasil, o campo teórico das Ciências Sociais chamou a atenção para o olhar integral sobre os sujeitos, em suas dimensões biológica, social e cultural, que trouxeram suas práticas cotidianas e sua cultura às análises, acionando outros elementos sociais, como as diferenças econômicas, as questões étnico-raciais, as problemáticas das relações de gênero e

as exposições a riscos ambientais e violências para explicar práticas, prevalências, disseminações e desigualdades em saúde que afetam a população, tal qual as deficiências do sistema público de saúde em atender as demandas específicas provenientes dos diversos contextos socioculturais brasileiros (LANGDON, 2014; NUNES, 2006a, 2006b, 2014; QUEIROZ; CANESQUI, 1986; CANESQUI, 1998, 2003, 2010; MARSIGLIA, 2013).

Neste sentido, a prática de educação em saúde, que tenha como objetivo extrapolar as discussões que pairam sobre o campo biológico, deve levar em consideração os conhecimentos prévios dos sujeitos, seus sentimentos, sua realidade e subjetividade, propondo atividades cujo conhecimento adquira significado aos alunos, construído de forma coletiva, oportunizando o diálogo e articulando, sobretudo, os diversos saberes sobre saúde, doença e cura, especialmente aqueles que problematizam a produção social da saúde e da doença, como forma de promover o pensamento crítico reflexivo nos educandos, portanto, proporcionar condições para o desenvolvimento da sua autonomia, ou seja, do empoderamento dos indivíduos.

Considerando esse cenário, como a escola poderá desenvolver uma educação em saúde que promova condições para o desenvolvimento do letramento em saúde dos escolares? Qual o papel da família, da sociedade e do estado na educação em saúde? Os professores estão sendo formados para o trabalho pedagógico com tais questões, tanto do ponto de vista pedagógico quanto do ponto de vista emocional? É possível contribuir com a formação continuada de docentes para atuar com a saúde? E a formação inicial? De qual forma? Como aspectos culturais, sociais, ideológicos e emocionais interferem no modo como professoras e professores compreendem e praticam uma educação em saúde em espaços educativos? Ou até mesmo ignoram a saúde como tema escolar?

Inúmeras são as dúvidas que pairam sobre a temática e múltiplas são as pesquisas que necessitam ser desenvolvidas sobre tais assuntos, a fim de encontrar as respostas para essas indagações; entretanto, quando falamos em ensino e aprendizagem no âmbito escolar, naturalmente a figura do docente ocupa um dos aspectos centrais, tendo em vista seu papel de promotor, motivador e mediador de práticas e processos pedagógicos que garantem que os temas trabalhados sejam discutidos, relacionados e organizados até fazerem parte da rede de significados dos educandos (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019). Logo, não há como pensar na instituição

de uma nova maneira de realizar a educação para a saúde nas escolas sem antes pensar e articular a formação docente em saúde.

Neste sentido, se definiu como questão-problema desta pesquisa: Quais concepções estruturam a compreensão dos licenciandos em Ciências Biológicas a respeito da saúde, da doença e dos seus fatores determinantes e como tais ideias influenciam na sua forma de conceber um tipo de educação em saúde e papel da escola nesse quesito?

Para o objetivo geral da pesquisa, buscamos investigar junto a graduandos em licenciatura em Ciências Biológicas como suas concepções iniciais sobre saúde e doença podem influenciar em uma forma de conceber a educação em saúde, assim como influenciar em uma percepção dos futuros professores quanto ao papel da escola nesse quesito.

Neste sentido, como primeiro objetivo específico, buscamos identificar, por meio da opinião de acadêmicos em Ciências Biológicas, os significados sobre saúde, doença, educação em saúde e quanto ao papel da escola frente à saúde da população. Para isto, utilizamos como instrumento de pesquisa o questionário, e como metodologia analítica a análise de conteúdo.

Em razão das especificidades dos programas de mestrado profissional, além da dissertação, para obtenção do título de mestre, o estudante obrigatoriamente precisa desenvolver, concomitante à pesquisa, um produto educacional para uso didático-pedagógico em qualquer um dos níveis de ensino. De acordo com a Instrução Normativa nº 06/2015, do Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências Humanas, Sociais e da Natureza, são considerados como Produtos Educacionais, segundo a CAPES: mídias educacionais, propostas de ensino, material textual, materiais interativos ou ainda atividades de extensão universitária, que devem ser licenciados como Recursos Educacionais Abertos.

Tendo em consideração essa instrução, como segundo objetivo específico buscamos contribuir com a formação de docentes de ciências e biologia no que se refere à complexidade do tema da saúde e da doença. Neste sentido, foi articulada uma proposta de produto educacional que consistiu em um Curso On-line Aberto Massivo (MOOC), ofertado como formação complementar a graduandos em licenciatura em Ciências Biológicas, em formato autoinstrucional, isto é, um curso cem por cento *on-line*, ministrado por meio de um ambiente virtual de aprendizagem, de

forma que os participantes tivessem autonomia de gerenciar melhor seu tempo de estudo e o cumprimento das atividades no decorrer da oferta da formação.

O objetivo deste curso era ampliar bases conceituais dos licenciandos em Ciências Biológicas, para além dos aspectos biológicos, que corriqueiramente são trabalhados nos cursos de formação inicial dessa área, contribuindo para a sua formação científica em educação em saúde com base na promoção, de modo que esses futuros profissionais se sintam mais preparados teórica e metodologicamente para fomentar e executar programas de educação em saúde em sua atuação profissional.

A escolha de um Curso On-line Aberto Massivo (MOOC) como produto educacional se deu, primeiramente, pelo seu modelo de mediação didático-pedagógica assíncrono, que permitiria aos estudantes participarem da pesquisa e do curso sem demandar uma agenda rigorosa, uma vez que todas as atividades do curso são disponibilizadas pelo professor e os participantes poderiam realizá-las de acordo com a sua disponibilidade de tempo.

A segunda motivação para a escolha do MOOC como produto educacional diz respeito à sua abrangência e escalabilidade. Por ser uma oferta totalmente a distância, sem a necessidade de atividades síncronas, este produto educacional poderá ser utilizado futuramente para aplicação em larga escala por outras entidades interessadas em promover a formação de professores em educação em saúde por meio da modalidade a distância.

Para mais, a oferta do curso nesta modalidade de ensino viabilizou estender a formação a graduandos que no momento estavam residindo em outras cidades, além daquela sede do programa de mestrado, já que a grande maioria das instituições de ensino estava com suas atividades presenciais suspensas devido à pandemia da Covid-19. Em virtude da ausência de barreiras de espaço e tempo, a modalidade a distância possibilita, portanto, alcançar indivíduos que estejam dispersos geograficamente e, com isso, proporcionar a formação e o contato de um número elevado de pessoas a um conteúdo (BRASIL, 2014), que antes seria acessível a poucos.

Por fim, o terceiro objetivo específico foi avaliar se o curso elaborado como produto educacional foi capaz de contribuir para a formação em educação em saúde dos licenciandos em Ciências Biológicas participantes da pesquisa. Para tanto, comparamos os dados coletados com os estudantes antes da aplicação do curso com

os dados coletados por meio de uma atividade dissertativa realizada por eles após a aplicação do produto educacional.

Para alcançar esses objetivos e responder à questão central da pesquisa, uma extensa revisão bibliográfica foi realizada, que resultou na construção do capítulo 2 desta dissertação, na qual são abordadas as diferentes concepções sobre saúde, doença e sobre os determinantes sociais da saúde, além do contexto histórico da educação em saúde no Brasil e os fundamentos teóricos e metodológicos que embasam as concepções atuais da educação em saúde.

No capítulo 3, descrevemos a concepção e a estrutura do produto educacional vinculado a esta pesquisa, bem como suas etapas de desenvolvimento. No capítulo 4, “Metodologia da Pesquisa”, buscamos apresentar os encaminhamentos metodológicos realizados ao longo da pesquisa, tais como: caracterização da pesquisa, participantes, metodologia de coleta e análise de dados. O capítulo 5, por sua vez, é dedicado à apresentação e discussão dos dados coletados e analisados nesta pesquisa. Por fim, no capítulo “Considerações Finais”, apresentamos nossas reflexões acerca das contribuições desta pesquisa para a formação de docentes em educação em saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A complexidade que envolve questões relacionadas a saúde e doença tem sido, ao longo das décadas, objeto de pesquisas nas mais diversas áreas do conhecimento, proporcionando uma diversidade de insumos teóricos e metodológicos para a compreensão das suas dinâmicas.

Apesar desse empenho no campo científico, que resultou em uma pluralidade de conhecimentos e interpretações sobre saúde, doença e cura, é comum presenciar, ainda na década de 2010 e 2020 (mais precisamente com o início da pandemia da Covid-19 no ano de 2019), discursos presentes entre a população e autoridades governamentais que procuram desqualificar e negar os saberes produzidos pela ciência (AGUIAR, 2020; LIMA, 2020), especialmente por disciplinas ligadas às ciências humanas e sociais (CARRARA, 2020).

As dinâmicas que envolvem a saúde e a doença extrapolam a linha de análise do campo biológico (BUSS, 2000; ALBUQUERQUE; SILVA, 2014; BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018), dada a sua relação com fatores contextuais aos sujeitos, como as questões econômicas, étnico-racial, de classe social, gênero, educação e cultural, tal qual as suas intersecções que produzem formas distintas de vivenciar os processos de saúde e doença.

É neste sentido que procuramos discutir neste referencial teórico a complexidade do tema saúde e suas implicações ao ensino. Na primeira seção deste capítulo, “Saúde, doença e sociedade”, como sugestão do próprio nome, abordaremos as diferentes concepções de saúde/doença ao longo dos anos e por diversos aspectos. Na segunda seção, “A Saúde, os Determinantes Sociais da Saúde e a Determinação Social da Saúde”, trataremos da importância do conceito de determinação social da saúde, bem como sobre os fatores sociais determinantes e sua importância para discussão da promoção da saúde das populações.

Por fim, a seção “Educação em Saúde na Perspectiva da Promoção”, foi organizada de modo a discutir o contexto histórico da educação em saúde no Brasil, além de fundamentos teóricos e metodológicos que embasam as concepções atuais da educação em saúde, que possuem embasamento teórico na promoção da saúde e nas teorias que levam em consideração os determinantes sociais da saúde.

2.1 Saúde, doença e sociedade

Desde que se intensificaram as discussões sobre saúde e doença, impulsionadas especialmente entre meados e final do século 20, com a criação da Organização Mundial da Saúde, muitos foram os estudiosos, como Maria Minayo (1988, 1994), Luiz Duarte (1986, 2003) e Georges Canguilhem (2009), que se propuseram a analisar as diferentes formas de conceber os fenômenos da saúde e da doença: seja por meio de abordagens que levaram em consideração as representações criadas a partir de contextos culturais da população em suas relações cotidianas, seja utilizando de análises que enfatizaram como mecanismos da macroestrutura organizacional da sociedade que implicavam em concepções, valores e poder sobre saúde, doença e cura.

Isso possibilitou o surgimento de novas problematizações e concepções sobre saúde e doença, que passaram a ser observadas como processos dinâmicos, que envolvem, além das escolhas individuais e itinerários de infecção-cura, a subjetividade dos sujeitos, a diversidade de contextos socioculturais e as relações sociais determinadas pelo contexto histórico-social.

Neste sentido, abordaremos nesta seção as diferentes concepções de saúde e doença criadas ao longo dos anos e por diferentes linhas de pensamento, demonstrando a diversidade de conceitos e acepções do que é saúde, doença e suas relações com o momento histórico-social.

2.1.1 Saúde e doença como questão sociocultural

O que é a saúde? No decorrer da história das ciências, muitas foram as acepções, interpretações e explicações para a saúde, tema fundamental à humanidade e que traz consigo, de maneira ora antagônica, ora associada, o fenômeno da doença. A relação entre os termos encontra-se frequentemente mediada pela noção de terapêutica.

Se questionarmos amigos ou familiares sobre o que é a saúde, certamente teremos definições distintas sobre seu conceito. Há quem atribuiria saúde à qualidade de vida. Outras relacioná-la-iam ao desempenho de atividades, como trabalhar, comer e dançar sem dificuldades ou restrições. Há quem atribuiria saúde ao hierático, como comunhão harmoniosa e proteção de entidades sagradas. Ou ainda, como demonstrou Maria Minayo (1988), à causação psicossocial, na qual sentimentos e

emoções, derivadas de relações sociais, constituem-se para os sujeitos fatores causadores de doenças.

Se analisarmos as diversas contribuições da sociologia da saúde, assim como das ciências sociais de modo geral, nota-se que o conceito de saúde, por natureza, é algo complexo de ser definido, pois não só extrapola os limites biológicos, como também incide nas diversas dimensões da vida: do âmbito social e econômico ao cultural e moral das sociedades e dos indivíduos, como um fenômeno de caráter global.

Essa noção de integralidade foi bem observada pelo sociólogo e antropólogo Marcel Mauss, em 1926, na sua obra “Efeito Físico no Indivíduo da Ideia de Morte Sugerida pela Coletividade”. Apesar do fenômeno da saúde não ter sido o foco Mauss nesse ensaio, é possível notar o modo como a ideia de pecado moral construída socialmente, portanto, produto de crenças culturais, tinha ligação direta com suicídios causados por estados de depressão observados em indígenas neozelandeses e australianos. Nas palavras de Mauss, tratava-se de um “gênero de fatos [...] em que a natureza social reencontra muito diretamente a natureza biológica do homem” (MAUSS, 2003, p. 364).

É interessante notar, que não se trata apenas da demonstração de um sistema cultural, no qual institui-se crenças sobre saúde, doença e cura, mas também como os aspectos sociais e culturais não só determinam as concepções sobre esses fenômenos nas populações, como também determinam experiências subjetivas de adoecimento, em que a causação está muitas vezes ligada ao compromisso moral do indivíduo com seu grupo social.

O sujeito vê-se doente, muitas vezes, não por estar acometido por uma patologia que seja reconhecida pela biomedicina, mas por não comungar das regras morais instituídas pelo seu grupo social ou por ele ser julgado como doente ou pecador, de modo que “[...] a consciência é então invadida por ideias e sentimentos que são totalmente de origem coletiva [...]” (MAUSS, 2003, p. 350), criando perturbações não só físicas, mas também morais, pois atinge o sujeito de forma integral, ou seja, no seu biológico, na sua forma de agir e na maneira como ele é visto pelo seu entorno social.

Quanto a isto, concordamos com Minayo que esses fatos não são coisas apenas do passado. Muito pelo contrário, eles “estão aqui e sempre presentes, ainda

hoje, dando fé da importância social das crenças, da interiorização das normas e das intervenções institucionais para mantê-las” (MINAYO, 1988, p. 374).

É inegável o quanto o âmbito sociocultural influencia as concepções e práticas em saúde, mesmo atualmente, nas quais os saberes advindos de diversos campos científicos contribuem significativamente para compreender os mecanismos necessários para prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos. A década de 2020, em razão do contexto pandêmico instituído pela Covid-19, escancarou o quanto as sociedades, de um modo geral, ainda são fortemente permeadas, não só pelos interesses políticos, econômicos e as desigualdades resultantes deles que afligem a vida da população, mas por concepções de saúde e doença que perpassam e inter cruzam aspectos religiosos, culturais e morais, que produzem práticas, experiências e significados diferentes para o processo de adoecimento e cura. Desse modo, o que podemos observar é que

Tabus de comida, manipulação da natureza, orações fortes, palavras e ritos de cura transfiguram-se, mas não se extinguem na cultura urbano-industrial ou subproletária. Ao contrário do que possa parecer, as crenças tradicionais continuam vivas no meio popular, algumas renascem em novas formas e são integradas num universo mais amplo, mas a sua estrutura continua a mesma (MINAYO, 1988, p. 357).

Neste sentido podemos dizer que tais concepções tampouco serão superadas ou extintas, mesmo com os avanços significativos obtidos nos últimos anos pelas ciências e pela tecnologia, pois isso são discursos difundidos ao longo das gerações, reorganizados conforme o espaço, o tempo, o repertório cultural e as necessidades dos sujeitos.

Isso não quer dizer que considerar tais práticas, como o meio e o fim para a cura ou prevenção de doenças, seja o mais adequado, dado que muitas não são só incompatíveis com a saúde (como a prática do negacionismo científico), mas também com a vida, em seu sentido lato e de cuidado com o coletivo. Portanto, temos que passar a olhar mais atentamente (e cautelosamente) para essas concepções, objetivando identificar, assim como adverte Miriam Rabelo (1994), a rede de relações sociais que sustentam e fazem a manutenção desses discursos enquanto dotados de autoridade sobre a saúde dos sujeitos.

É notável mencionar que, em seu próprio trabalho, ao explorar a questão do ritual em religiões presentes no Brasil, Rabelo (1994) apresenta alguns dos mecanismos pelos quais esses discursos são engendrados e sustentam não só

práticas terapêuticas, mas visões de mundo que comportam concepção e experiências de saúde e doença, embasadas em significados, símbolos e práticas legitimadas por interações sociais.

De acordo com a autora, o ritual, enquanto prática de cura, estabelecido em igrejas pentecostais, em centros de jarê (candomblé) e em centros espíritas no Brasil, utilizam-se de instrumentos, imagens e símbolos carregados de sentimentos em performances para situar e conduzir os sujeitos a uma nova forma de ver o episódio de doença que estão passando.

Neste sentido, por meio da criação de narrativas e da performance do ritual, esses serviços de cura procuram dar um novo significado à situação de aflição das pessoas, que faça mais sentido no seu repertório cultural e de saberes, de forma que o doente se sinta mais confortável sobre a situação porque a compreende melhor e consegue atribuir significado ao que está acontecendo (RABELO, 1994).

Neste sentido, o ritual não traz a cura em si, mas permite ao indivíduo e aos seus familiares objetivarem suas experiências e ao mesmo tempo refletirem sobre ela de forma a serem persuadidos a modificarem suas perspectivas subjetivas sobre o fenômeno da doença (RABELO, 1994) e da saúde, de acordo com uma lógica que não é apenas individual, mas também compartilhada e gerada coletivamente (MAUSS, 2003).

É notável, também, que dentro dessa lógica religiosa, a saúde é compreendida como um estado de equilíbrio, de comunhão entre os sujeitos e as forças sobrenaturais. A doença seria a quebra dessa comunhão e, portanto, necessita da ação de especialistas religiosos para restabelecer o equilíbrio entre divindade/pessoa.

Compreender a lógica de funcionamento dessas concepções de saúde na saúde, sem dúvida, é de suma importância para compreender até que ponto esses serviços de cura podem trazer benefícios para os sujeitos ou podem traduzir-se em riscos à saúde individual e coletiva.

Na mesma linha de pesquisa, Minayo (1994), ao investigar as concepções de cura com indivíduos declarados católicos, chegou a resultados similares ao encontrado por Rabelo e Mauss. Para essas pessoas, a cura está relacionada à fé, quer dizer, ao milagre obtido do divino. A doença, por sua vez, é vista como uma espécie de castigo por um ato culposo do indivíduo, como uma forma de pagar pelos erros cometidos e da quebra de comunhão com o sagrado.

Minayo (1994), em sua investigação, chama a atenção ao fato que concepções religiosas católicas envolvendo a saúde não são exclusividade apenas das classes populares, ou seja, de pessoas de classes sociais mais baixas e com menos acesso à cultura científica, mas são utilizadas por estratos sociais altos, principalmente quando a dor e o sofrimento causado pela doença chegam aos limites suportados pelo adoecido.

Neste caso, a ideia de pecado gerada por uma coletividade e sustentada por uma rede de interação social, é acatada e interiorizada pelo sujeito a ponto de ressignificar completamente sua percepção de doença, não no sentido de trazer conforto físico, mas conformidade com a aflição.

Assim como os indígenas descritos por Mauss, a doença nesse caso é reinterpretada como um episódio pelo qual a pessoa deverá passar, seja por castigo, seja por missão ou vontade do divino. Conforme afirma Minayo (1994, p. 67), esse pensamento “faz pensar na ideia do mal também como bênção, porque o sofrimento é o meio por excelência do devoto se voltar para a divindade e de reavivar a sua fé”. Podemos dizer, assim, que a doença nessa lógica seria o caminho pelo qual o indivíduo restabeleceria sua ordem, não física, mas precisamente moral, pois extrapola os domínios da biologia.

É necessário enfatizar que, quando falamos da influência sociocultural em percepções e significados de saúde e doença dos indivíduos, elas não se restringem aos exemplos aqui citados, cuja ordem de causação encontra-se vinculada ao plano sobrenatural. Outras práticas e concepções, assim como as revisitadas até aqui, são construídas, significadas e instituídas socialmente, das quais alguns autores preferem tratá-las como práticas alternativas, tradicionais ou populares sobre saúde e doença.

Ondina Leal (1994), ao investigar as concepções sobre fertilidade e práticas contraceptivas de mulheres pertencentes a classes populares da região rural do Rio Grande do Sul e da região metropolitana de Porto Alegre, notou que o acesso à informação científica, prestada em postos de saúde, nem sempre é garantia de que as questões de saúde serão assimiladas corretamente.

Isso porque nem sempre essas informações fazem sentido dentro da lógica cultural que organiza a vida da comunidade e, muitas vezes, as pessoas não as descartam, mas interpretam-nas a partir das suas concepções prévias (saberes prévios/culturais) sobre a saúde e doença, de forma que as perspectivas reordenadas misturam concepções populares e concepções da medicina oficial.

A pesquisa realizada por Leal, apesar de ter como aspectos centrais a reprodução humana, apresenta como as concepções de saúde são diversas e como as práticas e procedimentos de cuidado e cura tradicionais estão amplamente difundidos nas sociedades, competindo com os recursos ofertados pelos serviços de saúde pública.

Isso indica a necessidade não só de ampliar as pesquisas sobre as concepções de saúde, a fim interpretá-las e compreender suas causas etiológicas e os mecanismos que as sustentam socialmente, mas também de repensar as políticas públicas de saúde e a formação e atuação dos profissionais da área, que devem estar atentos a essas concepções dos seus pacientes, assim como repensar sua própria conduta profissional durante os atendimentos, evitando atitudes de superioridade, visando integrar, na medida do possível, conhecimentos prévios dos sujeitos às prescrições médicas. Isso é válido também aos profissionais, sejam da saúde ou do magistério, que porventura venham trabalhar com ações educativas em saúde, em espaços formais ou informais de ensino.

Em outra pesquisa realizada por Minayo (1988) com trabalhadores da periferia do Rio de Janeiro, sobre as representações sociais de saúde, notou-se que a forma de pensar a saúde-doença desse grupo é pluralista, ecológica e holista, remetendo às raízes tradicionais, mas também da medicina oficial.

É interessante observar no estudo em questão, que as concepções de saúde e doença apresentadas por esse grupo não possuem por base etiológica apenas as causas ditas sobrenaturais, mas também envolvem causas relacionadas aos domínios socioeconômico, psicossocial e natural, o que contraria a ideia errônea de que as concepções populares de saúde e doença geralmente estão embasadas somente em superstições. Para Minayo (1988), isto é uma teoria preconceituosa que se fundamenta em uma visão evolutiva em que o “primitivo” é considerado atrasado, logo, atrasado seria concepções supersticiosas dos acontecimentos que envolvem a vida e a morte. O mais evoluído, moderno, científico, seria a concepção de doença como algo que acomete apenas o plano físico.

Essa visão dicotômica, entre biológico/sobrenatural, científico/popular, são discussões, que de certo modo engessam as perspectivas analíticas, pois focam excessivamente em contrapor saberes em vez de investigar as causas do fenômeno, ofuscando experiências e práticas, bem como as condições históricas, sociais e econômicas das quais elas emergem.

Neste sentido, concordamos com Minayo (1988), que os pensamentos populares de saúde-doença não são apenas demarcações de poder, equívocos ou discursos que surgem em brechas deixadas pela medicina oficial, mas são concepções e práticas que têm raízes históricas familiares, passadas de geração em geração, reorganizadas e reinterpretadas ao longo dos tempos e espaços. Tampouco são discursos isolados, marcados pela questão de classe; possuem comunhão com um todo, convergem com esquemas de pensamentos socialmente mais abrangentes sobre dor, sofrimento, relações sociais, vida e morte. Logo, são discursos que se sustentam socialmente (MINAYO, 1988). Portanto,

Em síntese, a observação do que acontece no dia a dia, a experiência do cuidado e do tratamento das doenças, a tradição familiar e grupal fornece às pessoas uma relação de causa-efeito que constitui seu estoque de conhecimentos entranhado e alimentado pela prática. Essa sabedoria tradicional que explica e trata se concretiza de forma muito particular na medicina caseira que não é privilégio dos segmentos das classes trabalhadoras (MINAYO, 1988, p. 377).

Os conhecimentos sobre saúde da população surgem da própria experiência, da prática de cuidado e cura, nas vivências cotidianas e na interação social, logo, não é algo exclusivo de classes menos privilegiadas socioeconomicamente. Quer queira, quer não, todos somos atravessados e educados por uma gama de saberes, científicos ou populares, ao longo da nossa existência, portanto, concepções, práticas e simbolismos sobre saúde e doença fazem parte do nosso cotidiano e são integrados a nós pela experiência: seja repelindo-os, seja reorganizando-os no tempo e no espaço ao nosso repertório sociocultural.

Ao trazer para discussão a busca da população por práticas não reconhecidas pela ciência, não estamos querendo adentrar no mérito da qualidade do atendimento dos serviços de saúde ou ainda questionar a legitimidade das pesquisas em saúde, mas demonstrar que os discursos, o modo com que as pessoas tratam a saúde e a doença é mais profundo do que um mero saber sobre a origem de um mal sobre o corpo; ele reflete a forma como os sujeitos veem o mundo, a natureza e as suas relações sociais (MINAYO, 1988).

2.1.2 Saúde e doença como normalidade

Quando tratamos dos aspectos sociais sobre saúde e doença, não poderíamos deixar de citar Georges Canguilhem (2009) e suas reflexões em “O

Normal e o Patológico”. Por meio de uma posição mais crítica e filosófica, o autor dialoga em alguns de seus trechos a importância e o peso das normas construídas no meio social para a produção das representações e saberes sobre a doença.

Nesta obra, Canguilhem faz uma crítica contundente à objetividade quantitativa pela qual procurava-se interpretar a saúde e a doença na época, como as feitas pelo médico Claude Bernard, que compreendia os fenômenos como diferenças quantitativas, entre o estado patológico e o estado de normalidade.

Na visão de Bernard, a doença e a saúde são fenômenos interligados, sendo a patologia (doença) a continuidade da normalidade: o que difere o estado de doença do estado de saúde seria apenas a variação entre maior ou menor grau de uma função vital considerada normal, portanto, variações possíveis de quantificar. A saúde no postulado de Bernard seria então um estado de equilíbrio (homeostasia) do indivíduo.

Essa forma de conceber a saúde foi criticada por Canguilhem, pois, para ele, isso acaba limitando a compreensão do fenômeno da doença, que na maioria das vezes constitui novos modos de viver para as pessoas e, portanto, não pode ser vista desvinculada delas.

Além disso, essa visão não era suficiente para explicar patologias causadas por agentes externos, como as infecções bacterianas, parasitárias e virais, já que se tratava de males que não causavam necessariamente alternância em graus nos sujeitos.

Para Georges Canguilhem, a saúde está relacionada à norma. Uma pessoa só está saudável quando está em comunhão com seu meio social. Esse estado é a equivalência do corpo com a norma social, e conforme a norma muda com o tempo ou do grupo social, o estado de equilíbrio também. Assim, uma pessoa saudável é aquela que atende a norma social e é ao mesmo tempo capaz de adequar-se às exigências da vida.

Nessa lógica do autor, aquilo que é normal, portanto, saudável, apesar de normativo em determinadas condições ou épocas, pode se tornar patológico em outra situação, e o indivíduo é quem avalia essa transformação, porque é ele quem sente a mudança no momento que deixa de ser capaz de atender as normas do seu grupo social (CANGUILHEM, 2009).

Em outras palavras, o indivíduo adoecido é quem se reconhece doente, por não compartilhar o mesmo estado exigido pela norma social: uma pessoa com problemas cardíacos e que,, eventualmente, faça uso de marca-passo para controlar

seus batimentos, poderá ter uma vida considerada saudável (normal) dentro de um determinado contexto social no qual não se exija dela situações de grande esforço físico. Em outro contexto, como de esportes radicais que exigem intensidade de exercício físico, essa pessoa não poderá atender a normas estabelecidas sob pena de agravar seus problemas de saúde, portanto, poderá ser considerada uma pessoa doente.

[...] o fato patológico só pode ser apreendido como tal – isto é, como alteração do estado normal – no nível da totalidade orgânica; e, em se tratando do homem, no nível da totalidade individual consciente, em que a doença se torna uma espécie de mal. Ser doente é, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. [...] O que é um sintoma, sem contexto, ou pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ela complica? (CANGUILHEM, 2009, p. 33-34).

Neste sentido, saúde e doença, enquanto estados, envolvem não só em experiências biológicas, em que o sujeito sente em seu físico as disfunções que o tornam diferente daquilo que é considerado a normalidade ou causam-no limitações de vida, mas também implicam experiências subjetivas, determinadas pela sua vivência enquanto doente, portanto, a própria percepção de si, da situação e das trocas simbólicas constantes com seu entorno social.

Esse é o nível da totalidade consciente defendida por Canguilhem. Saúde e doença são fenômenos, antes de tudo, humanos: são biológicos, mas também psicológicos e geridos pelas leis que sustentam todo o aparato social, logo não podem ser desvinculados das pessoas, das subjetividades, das interações sociais e, portanto, da própria matriz social, cultural e econômica que sustenta as sociedades e determinam as formas de vida por meio de normas.

E para Canguilhem, norma e saúde estão diretamente relacionadas; uma pessoa só é doente por não atender à norma, mas também pelo seu estado não conseguir ultrapassar o normal social e instituir uma nova norma.

Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2009, p. 77).

Portanto, ter saúde é estar de acordo com a normalidade aceita e ter a capacidade de ficar doente e recuperar-se, instituindo assim uma nova forma de ser “normal” – ou de voltar a ser normal – e de tolerar as incertezas da vida e do mundo.

Isso implica julgamentos e percepções pessoais sobre experiências, mas sobretudo sobre os valores sociais, dado que

Em última análise, são os doentes que geralmente julgam – de pontos de vista muito variados – se não são mais normais ou se voltaram a sê-lo. Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retomar uma atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio. Mesmo que essa atividade seja uma atividade reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variados, menos flexíveis do que eram antes, o indivíduo não dá tanta importância assim a esses detalhes. O essencial, para ele, é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em *que quase ficou definitivamente; o essencial é ter escapado de boa* (CANGUILHEM, 2009, p. 46, grifos do autor).

Assim, o estado de saúde não dependeria somente de um diagnóstico clínico estável, mas também do sentimento desenvolvido por aquele que o recebe. O estado de normalidade só será, de fato, recuperado, se assim o adoecido o sentir, mesmo que esse estado atual não corresponda exatamente à sua experiência de normalidade anterior, mas que seja aproximada, semelhante a ela e, portanto, deixe de ser um sofrimento social em seu sentido moral.

Portanto, neste sentido, o estado de normalidade – ou saúde – envolve o conjunto de representações do sujeito adoecido, elaboradas por meio da vivência social, que, entre outros, diz respeito ao prazer de sentir-se socialmente aceito, com base em determinações do meio social que são momentâneas e, dessa forma, historicamente situadas.

Logo, isso inclui significados sobre saúde-doença que, enquanto normas, não são fixos, pois “nenhum fato dito normal, por ter se tornado normal, pode usurpar o prestígio da norma da qual ele é a expressão, a partir do momento em que mudarem as condições dentro das quais ele tomou a norma como referência” (CANGUILHEM, 2009, p. 56). Consequentemente, uma doença só é doença se assim for reconhecida pela norma do meio social, em sua funcionalidade em relação às normas, o que não as tornam eternamente fixas: o que hoje poderá ser considerado doente, amanhã poderá não ser.

Ao admitir que a saúde não se trata apenas de um estado de equilíbrio quantitativo, assim como propunha Bernard, mas como a capacidade de ultrapassar a norma habitual e de estabelecer novas normas em outros contextos, Canguilhem (2009) reconhece a doença em seu estado mais ampliado, isto é, como fenômeno constituinte da própria saúde.

Para ser saudável, o organismo deve, à vista disto, ser capaz de superar infrações e incertezas da vida, o que sugere a existência de dois sentidos sociais para a palavra saúde, sendo:

A saúde, considerada de modo absoluto, é um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânicos; nesse sentido, é um pleonasma falar em perfeita saúde, pois a saúde é o bem orgânico. A saúde adjetivada é um conceito descritivo que define uma certa disposição e reação de um organismo individual em relação às doenças possíveis (CANGUILHEM, 2009, p. 53).

A saúde em seu sentido mais absoluto é aquela em que a doença é antagonista e inaceitável. Ela é idealizada como o bem maior na concepção social, logo, é matéria de desejo e necessidade de todos. Mesmo que não resulte em atos práticos, todos querem ter uma saúde soberana, isto é, completamente livre não apenas de doenças, mas também de qualquer resquício da possibilidade de adoecer.

Apesar de desejável, se analisarmos as condições nas quais a vida transcorre, a saúde, em seu sentido mais absoluto, nada mais é que apenas um conceito abstrato, que apesar de normativo por ditar regras e padrões e demarcar formas e comportamentos como referência, não deixa de ser utópico em razão das próprias condições estruturais das sociedades.

Afinal, qual indivíduo pode desfrutar de uma saúde absoluta em toda sua vivência, frente ao peso que os fatores sociais dispõem sobre a vida? Mesmo que sintam em graus distintos as consequências físicas e morais da doença, devido às diferenças causadas pelas desigualdades sociais, todos estamos propensos a sentir as mazelas dessas influências em algum dos estágios da nossa existência.

E é justamente essa propensão à doença que difere a saúde absoluta da saúde adjetivada, tal qual propõe Canguilhem (2009). E é neste sentido, que também podemos pensar a saúde não apenas como uma reflexão que se pauta somente na ausência ou na possibilidade da doença como natural, mas pensar em quais meios e recursos o sujeito dispõe para ser capaz de reagir à doença; reação essa que pode não se dar, necessariamente, somente no plano biológico e individual, mas também em meios e recursos que perfazem em outras esferas da vida e de forma coletiva. Ora, afinal, as condições de saúde são, sobretudo, a expressão do julgamento do valor atribuído por uma determinada sociedade sobre a vida, ou melhor, sobre o valor da existência de determinadas pessoas e grupos para essa sociedade.

E um fato é bastante claro: nas sociedades capitalistas, faz parte da nossa socialização sermos persuadidos a temer a doença, não apenas pelas consequências biológicas, mas por ela indicar uma possível ruptura com a vida capital e individualizada. A doença é quase o sinônimo da morte, logo a possibilidade da inutilidade ou fim do corpo, que é o instrumento absoluto de trabalho e o meio pelo qual se produz e acumula-se não apenas bens materiais, mas, sobretudo, formas de prestígio social.

Desse modo, partilhamos do pensamento de Maria Guazzelli e Isabel Pereira (2019): a doença representa a morte, portanto, assusta e vulnerabiliza, pois coloca em risco, principalmente, os paradigmas que sustentam a sociedade capitalista. “O sonho materialista de crescimento e progresso perde o sentido frente à morte” (GUAZZELLI, PEREIRA, 2019, p. 75) e, em uma sociedade extremamente individualizada e acumuladora, o peso moral do fracasso raramente é compreendido como coletivo, mesmo sabendo que as iniquidades em saúde estão em sua grande maioria mais relacionadas aos fatores que estruturam a sociedade do que as escolhas pessoais ou os fatores biológicos propriamente ditos.

É nessa lógica que somos ensinados a consentir, de forma mais ou menos consciente, que muitos de nós teremos formas cruéis de vivenciar esse processo de saúde-doença, como algo que é quase uma condição natural daquele indivíduo.

Talvez, em razão disso, ambos os conceitos de saúde expostos por Canguilhem ainda façam sentido: o conceito absoluto determina; é o parâmetro pelo qual mede-se o sucesso ou o fracasso. Mas, sua existência não elimina a possibilidade do conceito adjetivado, no qual as falhas da sociedade, traduzidas em iniquidades em saúde, são escondidas sobre o pretexto que as doenças, em grande maioria injustas e evitáveis, são naturais e possíveis; logo, normais.

Afinal, quantos e quais são os valores inconscientemente aceitos por nós para as vidas humanas? Por que, de certa forma, ainda admitimos que a desigualdade em saúde seja tratada como “natural” das sociedades? Certamente, essas são questões que requerem não só abstrações mais profundas (e das quais não são nosso objeto neste momento), mas mudanças consideráveis e intensas nas estruturas sociais.

As contribuições de Canguilhem representaram um grande passo dentro da área médica e filosófica, no sentido em que demonstram o quão abrangente, complexo e, por vezes, intrincado é o conceito de saúde e doença, principalmente em sua relação com o social e o cultural. Entretanto, apesar da maestria com que

conduziu o tema, reconstruindo com perfeição a história da patologia e da fisiologia, e a influência dessas disciplinas na saúde, é inegável que, em grande parte, Canguilhem, mesmo reconhecendo a importância dos aspectos psicossociais, ateu-se à fisicalidade dos fenômenos, isto é, suas questões e explicações pairavam-se sobre os efeitos físicos para elucidar e diferenciar aquilo que era o normal do patológico.

2.1.3 Saúde e doença como perturbações físico-morais

No Brasil, o antropólogo Luiz Fernando Dias Duarte, em sua tese de doutorado sobre o fenômeno do nervoso nas classes trabalhadoras urbanas, propôs um conceito de saúde e doença bastante instigante e abrangente, que ele chamou de “perturbações físico-morais”.

Para Duarte (2003), as doenças são condições, situações ou eventos da vida, considerados anormais pelas pessoas, que envolvem ou afetam, além do corpo em seu sentido biológico, também a vida moral, sentimentos e o modo como as pessoas se compreendem em sociedade. Conforme define o autor: “[...] a locução ‘perturbações físico-morais’ [...], procura designar da maneira a mais abrangente possível todas as alterações do estado ‘normal’ da pessoa, que se supõe ser culturalmente definido” (DUARTE, 1986, p. 13).

É interessante observar que, assim como propôs Canguilhem (2009), Duarte compreende que o estado de normalidade é, antes de tudo, definido por convenções socioculturais e só ganham sentido dentro das experiências e dos relacionamentos sociais dos indivíduos.

E neste sentido, a saúde é compreendida como algo além das patologias, mas também se relaciona ao âmbito cognitivo e sociocultural, que integra a identidade dos sujeitos, seus sentimentos e o modo como eles são vistos em seu entorno social e cultural, portanto, a saúde está ligada e é dependente das experiências e das relações sociais.

Dessas alterações digo serem “físico-morais” para transmitir a impressão de totalidade, de multipresença, de que elas frequentemente se revestem, abrangendo ou atravessando dimensões diferentes da vida dos sujeitos. Embora a oposição entre “físico” e “não físico” possa não ser universal, ela é bastante recorrente no quadro comparativo das culturas e está certamente presente sob os diferentes sistemas de representações ligados à “cultura ocidental”. É claro, porém, que o aqui analiticamente incluído nas “perturbações físico-morais” pode ser eventualmente considerado ou classificado

culturalmente como apenas “físico” ou apenas “moral” (no sentido amplo deste termo) (DUARTE, 1986, p. 14).

As “perturbações” são assim de inúmeras ordens e categorias, sendo tudo aquilo que não vai bem na vida da pessoa e abarcam problemas, dores e doenças que nos acometem. Elas tanto podem ter sua origem física quanto moral, e ao mesmo tempo que demonstram sua origem, também apresentam seu ponto de permeação ou passagem entre os polos (DUARTE, 1986), portanto, envolvem aspectos religiosos, cosmológicos, físicos, culturais ou socioeconômicos.

Quando Canguilhem (2009) diz que o essencial para o homem doente é livrar-se da impotência ou do sofrimento em que se encontra, retomar sua vida interrompida e voltar a ser normal, segundo seus valores sociais, é justamente a perturbação moral argumentada por Duarte que paira nesta ideia; perturbação essa, que pode ter sua origem tanto no polo físico, como uma patologia qualquer que acomete o organismo, mas que causa sentimentos negativos e sofrimento moral no sujeito por não partilhar das exigências do seu meio social e cultural, como sua origem pode estar relacionada ao polo moral, mas que acaba por permear alguma dimensão da corporalidade do sujeito.

As quebras de união com sagrados religiosos, que citamos anteriormente (MAUSS, 2003; RABELO, 1994; MINAYO, 1988), são exemplos de como os aspectos morais são capazes de criar e influenciar nas aflições físicas dos sujeitos. A própria tese de Duarte (1986), sobre a presença da categoria do nervoso nas classes trabalhadoras urbanas, é um exemplo de como as perturbações morais – desentendimentos familiares, no trabalho, com vizinhos ou mesmo as condições difíceis de vida – eram para aquelas pessoas a origem de muitas das aflições físicas. Isso fica claro ao observarmos uma breve passagem da etnografia do autor:

Como me explicava D. Laura, custara a obter a rosa, trazida por um dos netos, cuja dedicação lhe era cara. “Afinal de contas” – dizia ela – **“tenho uma veia do coração atravessada sobre um dos rins. Quando fico nervosa ou tenho aborrecimentos, isso provoca muitos problemas”.** Seu primeiro bisneto, segundo ela, também era muito nervoso (o menino a esse momento relutava em almoçar no colo da tia, pouco mais velha que ele, na cozinha ao lado) e ela havia visto isso logo que nasceu, **porque o pai tinha o gênio muito atravessado e fazia sofrer a mulher com suas exigências e seus ciúmes. Tinha sido o primeiro parto de sua neta, após uma gravidez cheia dessas amofinações** (DUARTE, 1986, p. 23, grifos nossos).

O nervoso, neste caso, é o meio pelo qual as perturbações morais atuam sobre o físico e não a causa das suas aflições; seja no primeiro relato, no qual as situações de aborrecimento desencadeavam reações e sintomas já conhecidos pela informante, seja no segundo, no qual a relação conjugal conturbada da neta, principalmente durante a gestação, teria afetado a parte comportamental (psicológica) do filho, fruto da relação.

O que queremos mostrar com esse pequeno recorte, é que mesmo que as “perturbações” possam ser classificadas como físicas ou como morais, segundo sua origem, uma dimensão sempre permeará ou influenciará a outra de alguma forma, aproximando essa visão de forma mais holista sobre o fenômeno, ao contrário das representações “individualizantes” ou “individualizadas” recorrentes no campo da saúde (DUARTE, 2003).

Isso nos permite, entre outras coisas, refletir sobre o grande peso moral que algumas doenças físicas possuem socialmente, promovendo situações de sofrimento intenso e (muitas vezes violentos) não só físico, mas também moral para os sujeitos. De acordo com Duarte (2003), atualmente, a soropositividade e a AIDS ocupam lugar de destaque nesse quesito, “por colocarem em jogo dimensões vivenciais muito críticas, em função de sua associação com a sexualidade, com a moralidade e com a responsabilidade individual sobre a AIDS no Brasil” (DUARTE, 2003, p. 177).

Sabe-se, perfeitamente, hoje, que pessoas soropositivas, em tratamento e com carga viral indetectável, podem levar sua vida com extrema qualidade (ter um relacionamento, filhos, trabalhar, praticar atividades culturais e esportivas etc.). Apesar da agressividade do vírus HIV, quando a infecção é controlada, o sujeito não desenvolve a doença (AIDS), portanto, a sua experiência “física” sobre ela torna-se menos intensa. Apesar disso, o estigma e o preconceito que envolve a AIDS nas sociedades, faz com que a maioria das pessoas soropositivas tenha experiências “morais” (sentimentais, relacionais, sociais...) extremamente negativas e violentas, sendo muitas vezes mais intensas que as experiências sentidas em seu corpo, que podem afetar, além do sujeito adoecido, pessoas próximas a ele, como familiares e amigos.

Evidentemente, essa não é uma condição apenas do HIV/AIDS. Como pontua Duarte (2003), todas as doenças venéreas, crônicas, degenerativas e infecciosas, em geral, compartilham de dimensões morais exacerbadas a par das suas implicações físicas. Isso não supõe, porém, que haja uma generalidade entre as perturbações

morais associadas a essas doenças físicas, isto é, que as representações morais sobre elas sejam as mesmas.

A experiência moral de uma pessoa soropositiva deriva da representação social negativa que a doença possui, logo, certamente sua vivência social será mais dura e cruel em razão dos estigmas, quando comparado àquela vivenciada por uma pessoa que convive apenas com diabetes, por exemplo, e não tenha tido nenhum tipo de complicações em decorrência dele (como amputações ou lesões oculares, que certamente modificaram a percepção social sobre o sujeito). Entretanto, estaríamos falando sobre consequências e não da origem em si.

Em contrapartida, isso não quer dizer que a experiência de um diabético tenha menos valor e, portanto, possa ser invalidada perante outra: a percepção da dor e do sofrimento moral é influenciada pelo meio social, entretanto, conforme Canguilhem (2009), é o doente que a sente perante as exigências do seu entorno. Logo, por mais que possa parecer simples e brando quando comparado, o peso final da experiência sempre será individual, mesmo que, em parte, sua origem advenha do coletivo.

O conceito de perturbações físico-morais desenvolvido por Duarte é um exemplo de conceito abrangente para a saúde e a doença, pois considera tanto o aspecto biológico como o social e o cultural, para a construção de sentidos e experiências de saúde e doença pelos sujeitos, estabelecendo uma relação de interdependência e permeabilidade entre os dois polos.

São também reflexões que nos convidam a questionarmos nossas próprias representações e experiências de saúde e doença, assim como notar que as escolhas dos métodos terapêuticos pelos sujeitos são variadas não só porque são culturais, mas, sobretudo, porquanto sua explicação está nas dimensões que a experiência da doença atinge, podendo ser escolhas que busquem a cura moral ou física, ou ainda a combinação dessas terapêuticas, que são resultado do grande espectro de possibilidades de experiências e representações sobre saúde e, principalmente, a doença, que podem transcorrer entre o polo moral e o físico.

2.1.4 Outras formas de compreender saúde e doença

Outras formas de conceber saúde-doença também são criadas por pesquisadores e organizações de saúde. Os pesquisadores Jairnilson Paim e Naomar de Almeida-Filho (2014), ao analisarem o marco teórico-conceitual da saúde, apontaram com maestria outros conceitos de saúde, ligados aos paradigmas que

representam as escolas do pensamento que o propuseram ao longo da história, destacando cinco formas de pensamento utilizadas para conceber o conceito de saúde-doença (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014) e dos quais acreditamos ser relevantes para esse estudo e, portanto, tomaremos como referência.

De acordo com o estudo dos autores, essas concepções podem ser resumidas em cinco macros, sendo:

1. A saúde como questão filosófica ou epistêmica, representada por reflexões sobre a vida, funcionalidade, sofrimento, aflição, cuidado, morte, entre outros;
2. A saúde como estado vital ou fenômeno natural, definido como equilíbrio interno, ausência de doenças e incapacidades; além da saúde como processo saúde-doença;
3. A medida da saúde, ou seja, ela compreendida como ente quantitativo e que pode ser aferido por indicadores epidemiológicos e demográficos, principalmente para avaliação do estado de saúde da população;
4. A saúde enquanto valor, referindo-se tanto à sua mercantilização (ou seja, a saúde com produto de mercado), traduzindo-se em oferta de procedimentos e serviços em instituições privadas; como a serviço público ou bem comum, relacionado ao valor social, como valor de direito de todos e princípio de justiça social e equidade;
5. E por fim, a práxis de saúde, ou seja, a saúde como prática, concebida enquanto conjunto de atos de cuidado e atenção às necessidades e carências de saúde.

O primeiro deles, a saúde enquanto questão filosófica ou epistêmica, é representado por distintas facetas e conceitos de grandes pensadores, mostrando como questão filosófica secular. Platão, Aristóteles, Descartes e Kant são exemplos de filósofos clássicos que em algum momento dedicaram-se aos aspectos da saúde e da doença em suas obras. Outros filósofos como Canguilhem (que discutimos anteriormente) e Foucault são nomes que se destacam na contemporaneidade, ao lado de Hans-Georg Gadamer e sua ideia de saúde enquanto bem privado, isto é, a saúde-doença enquanto algo que somente indivíduo que está se sentindo doente pode determinar, portanto, não seria um fenômeno passível de análise pela ciência ou ainda pela filosofia (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Com relação à saúde como estado vital ou fenômeno natural, encontram-se diversos modelos explicativos e teorias, que vão desde as mais clássicas pautadas na positividade da doença, quanto aquelas mais elaboradas pautadas em modelos de ecossistemas, das quais Paim e Almeida-Filho (2014) agrupam-nas em quatro grandes grupos: 1) saúde como equilíbrio; 2) saúde como funcionalidade; 3) saúde como ausência de doença; e 4) saúde como processo.

A saúde enquanto equilíbrio engloba a teoria mais antiga da saúde enquanto fenômeno natural e, talvez, a que mais paira na concepção popular sobre saúde-doença. Conforme assinala Paim e Almeida-Filho (2014), a teoria dos humores, atribuída a Hipócrates, considera a saúde como o perfeito estado de equilíbrio entre quatro humores existentes no corpo (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue), correspondentes aos quatro elementos (ar, terra, fogo e água), sendo essa concepção repaginada pelos estudos de Claude Bernard no século XIX, na modelagem da homeostase (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014), sendo a ideia saúde como harmonia de forças vitais ou enquanto perfeito estado de equilíbrio bastante presente em cosmologias asiáticas ou populares sobre saúde.

Não obstante, resquícios dessa ideia podem ser identificados ainda no âmbito da saúde, em práticas médicas voltadas a patologias, cujos sintomas estão atrelados a redução ou excesso de funções normais e, portanto, “o que possibilita o tratamento e restabelecimento de pacientes com doenças crônicas não infecciosas, como transtornos mentais, diabetes e hipertensão, são as noções de saúde como equilíbrio, doença como descompensação e cura como sinônimo de estabilização” (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 17).

Já a saúde como funcionalidade, como seu próprio nome sugere, compreende a saúde-doença enquanto natural e diz respeito à eficiência funcional do organismo. Com fortes bases na bioestatística e na fisiologia, os estudos de Christopher Boorse são o destaque. Para o autor, a saúde é a funcionalidade biológica normal, portanto, normalidade estatística observável e definida para um grupo ou uma classe e, ao contrário dela, estaria a patologia (doença), que seria a redução dessa eficiência normal. Neste sentido, conforme pontua Paim e Almeida-Filho (2014, p. 17), podemos resumir a perspectiva boorseana como “uma teoria negativa da saúde, na qual o fenômeno da saúde poderia ser definido como ausência de doença”, e a doença, por sua vez, como o não cumprimento das funções biológicas definidas nos termos da fisiologia e da bioestatística.

A crítica aos pressupostos de Boorse se dá pela sua grande ênfase nos aspectos fisiológicos humanos ditos normais para a definição de saúde-doença, ignorando as relações ecossistêmicas da saúde, ao mesmo tempo que, pautado na bioestatística, ignora enfermidades difíceis de serem metrificadas ou que abarcam um grande volume populacional, ao qual denomina de enfermidades universais, tais como distúrbios do sistema cardiovascular.

No que se refere à saúde como ausência de doença, certamente, esse é o conceito mais difundido entre a população e até mesmo em perspectivas propostas no meio acadêmico, como a de Boorse. Seu estudo é importante não só em razão dos fortes pressupostos biológicos que o sustentam, mas como assinalam Paim e Almeida-Filho (2014), pela grande ênfase que é dada ao plano subindividual e individual, em que efetivamente ocorrem os processos patológicos e experienciais, omitindo, de certo modo, a influência de determinantes sociais, assim como a saúde em um conceito de coletividade.

É interessante dizer que essa concepção não paira somente em ideias populares ou ainda em teorias naturalistas de saúde-doença, mas também proposições que buscam significar os fenômenos atrelados aos papéis e funções sociais. A teoria funcionalista de Talcott Parsons constituiu uma primeira referência consistente neste quesito e serviu de matriz teórica para abordagens da saúde-doença enquanto papel social, funcionamento, capacidade e desempenho individual, portanto, bem-estar social. Neste sentido, a saúde enquanto estado aptidão em decorrência da ausência de doenças, permitiria ao sujeito exercer sua função social, portanto, executar atividades que são valorizadas pelo seu meio social (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014) e necessárias para sua reprodução social.

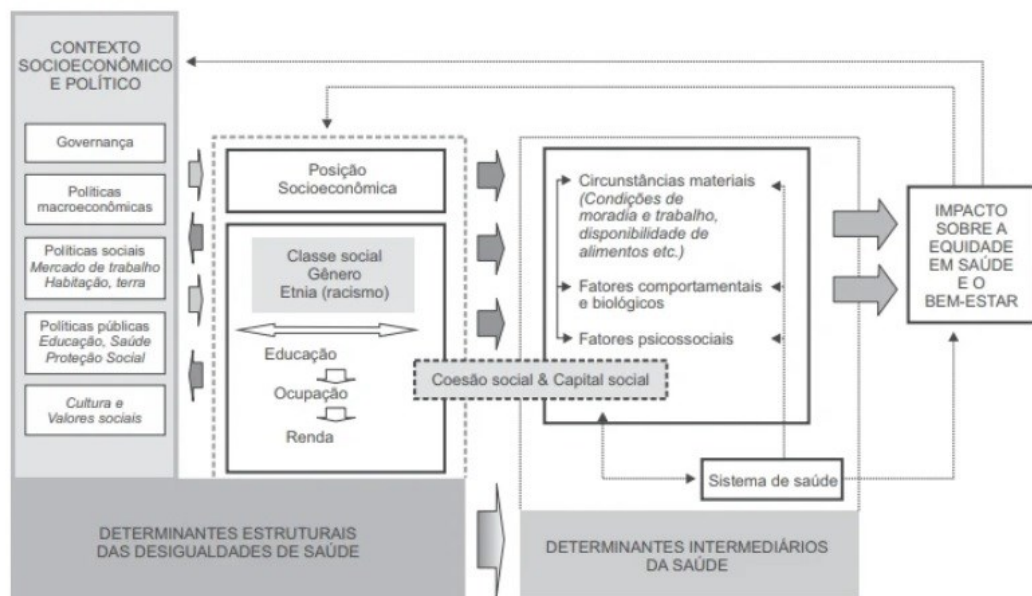
A saúde como processo, desenvolvida em grande parte por epidemiologistas, sanitaristas e pesquisadores preocupados com questões da saúde pública, é definida por um conjunto de modelos que procuram descrever a origem das doenças que acometem as populações, bem como definir os níveis de ações programáticas de saúde para melhorar a oferta organizada de serviços de saúde pública ou ainda aqueles que impactam diretamente no controle de riscos, como ações voltadas a reduzir as desigualdades e as injustiças sociais.

Apesar da sua ascendência nas ciências biomédicas, são modelos que, de certo modo, consomem saberes advindos de diversas disciplinas e campos do saber, de modo que a saúde é concebida como um conjunto de fatores e resultado de um

processo, que em síntese une fatores socioculturais, políticas públicas intersetoriais e fatores biológicos, sendo, atualmente, os modelos mais utilizados para explicar a saúde-doença e nortear o planejamento de ações de saúde pública.

Dentro desta perspectiva, Paim e Almeida-Filho (2014) destacam os três principais modelos criados, sendo: a História Natural da Doença (HND), o modelo de Vigilância em Saúde e o Marco Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde; distinguindo-se pela menor ou maior relevância que dão aos aspectos sociais, as intervenções sociais organizadas e ao espaço concedido à normatividade biomédica enquanto dispositivo capaz de atuar em diferentes etapas do processo saúde-doença. Um exemplo desses modelos pode ser observado na Figura 1 abaixo, no qual são representados os determinantes sociais da saúde, de acordo com seu nível e a relação entre eles:

Figura 1 – Marco Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: Paim e Almeida-Filho (2014, p. 21)

Concordamos com Paim e Almeida-Filho quanto ao aspecto etiológico que tais propostas apresentam, pois não se desconsidera a importância dos aspectos biológicos e ambientais estruturantes dos fenômenos da saúde, em todas as etapas e para todos os elementos da problemática saúde-doença como questão científica e tecnológica, mas, sobretudo, ressalta-se seu caráter histórico e político.

Neste sentido, mais do que avaliar o processo de saúde-doença enquanto interação entre sujeitos, agentes, riscos e ambientes, buscando a etiologia das

patologias, é necessário olhar para os fenômenos enquanto produções da organização social, cultural e política das sociedades ao longo da história. Isso não implica desconsiderar a pertinência dos aspectos ambientais e biológicos para o processo saúde-doença-cuidado, mas é notar que, por si só, eles não são as origens de doenças ou responsáveis pela promoção da saúde da população, mas sim condicionantes que, integrados a outros, podem ser favoráveis ou não à saúde a depender do lugar, do momento e da sociedade, o que tratar-se-ia de uma abordagem ecológica ou biossociocultural da saúde.

Em se tratando da saúde enquanto medida ou a medida da saúde, se compreende que a saúde pode ser avaliada por métodos estatísticos e instrumentos de avaliação quantitativa, tanto de forma singular ou coletiva, isto é, avaliando o estado de saúde de um determinado indivíduo ou de um grupo/população.

Paim e Almeida-Filho (2014) destacam três abordagens: o método de avaliação individual, comumente realizado no âmbito das clínicas, a abordagem epidemiológica e suas métricas de saúde, e a abordagem econométrica, cujas propostas quantitativas equivalem à saúde como recurso econômico.

O método de avaliação individual da saúde busca, por meio de instrumentos, em geral, questionários extensos, detalhados e padronizados, aferir diretamente o estado de saúde dos indivíduos, semelhante às triagens realizadas em clínicas médicas, de modo a determinar os sujeitos que apresentam patologias ou alguma condição propícia ao desenvolvimento delas. E o resultado da avaliação sempre decorre em um estado de saúde negativo ou positivo, portanto, pela ausência de doenças ou condições propícias a elas, ou pela sua presença, relacionada à capacidade funcional (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

A epidemiologia, por sua vez, obtém seus insumos, em geral, a partir da avaliação individual realizada pela clínica e por meio de instrumentos, busca definir a saúde da população estudada com base nos atributos dos não doentes. Assim, como destaca Paim e Almeida-Filho (2014), as ciências epidemiológicas têm se permitido atribuir saúde como a mera ausência de doença.

Outro fator importante a considerar, é que o campo da epidemiologia, em geral, ocupa-se mais em levantar o perfil sociodemográfico dos expostos e doentes em patologias específicas, do que traçar um perfil de doenças ou de saúde de um grupo social e, mesmo quando utiliza-se de técnicas e instrumentos que buscam medir a qualidade de vida relativa à saúde, na prática, esses instrumentos são abordados

de forma individual e as principais dimensões/domínios contemplados com o objetivo de investigar as condições subjetivas relacionadas a bem-estar e papel social são, em geral, relacionados a variáveis comportamentais, o que acaba por limitar os resultados a classificações de indivíduos em mais ou menos “doentes”.

Neste sentido, é importante reforçar que

Estado de saúde individual difere de patologia, fatores de risco ou etiologia, bem como de acesso a serviços de saúde ou intervenções. Estado de saúde é um atributo multidimensional dos seres humanos que pode ser avaliado por um observador que realiza um exame ao longo de várias dimensões, incluindo presença ou ausência de doença, fatores de risco para morte prematura, gravidade da doença, risco de vida e condição física em geral (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 22).

Em razão disso, é evidente que a somatória de estados de saúde individuais, obtidos por instrumentos singulares aplicados pela clínica, por mais que sejam complexos e possam constituir-se insumos importantes e indicadores para avaliação de riscos e doenças pela epidemiologia, em dado grupo ou população, por si só e em razão das múltiplas facetas da saúde-doença que discutimos até aqui, não poderá ser considerada como a saúde de uma população.

No que se refere à abordagem econométrica, do âmbito da economia da saúde, se busca por meio de construtos, que levam em consideração anos de vida, qualidade de vida e incapacidade, além de parâmetros baseados em indicadores econômicos, como consumo, renda e produção, avaliar a saúde de uma coletividade. Apesar de ser considerada promissora, Paim e Almeida-Filho (2014) destacam o desdobramento de duas falácias nessa abordagem.

A primeira, diz respeito à falácia econocêntrica, que implica inferir que o âmbito da economia pode ser tomado como referência dominante da sociedade, logo, seria capaz de explicar e compreender processos e saberes sobre saúde e vida social, ou seja, que assim como o capital, saúde é possível de se medir utilizando atributos quase que exclusivamente econômicos. A segunda, por sua vez, diz respeito à isonomia com a qual são tratados processos de produção de saúde, de relações sociais e de mercadorias, o que supõe, *a priori*, que metodologias econométricas são capazes e adequadas para compreender as desigualdades em saúde na sociedade (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

A abordagem da saúde compreendida enquanto valor, refere-se tanto à sua mercantilização, portanto, operada como valor de troca ou monetário, assim como

valor de vida ou valor social. Nessa vertente, teorias buscam compreender a saúde enquanto relacionadas a justiça social (ou a ausência delas nas sociedades). Paim e Almeida-Filho (2014) destacam nessa vertente os estudos de John Rawls e a sua Teoria da Justiça Social.

Nesta teoria, a saúde é compreendida como um bem natural, que depende de recursos individuais, portanto, subordinada à igualdade de oportunidades, distribuição de valores, bens e serviços básicos, assim como da justiça social. Neste sentido, justiça social equivale à equidade e, portanto, saúde equivaleria à ausência de doenças em razão da ausência de injustiças sociais (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Vale destacar que os estudos que operam nessa vertente procuram analisar de que modo as desigualdades sociais, que em última instância estão relacionadas com a organização social, política e ao modo de produção econômica das sociedades, operam por meio de gradientes sociais para a produção de desigualdades e da iniquidades em saúde que afetam diretamente a qualidade de vida das populações, expondo a precariedade de se “considerar a saúde um bem privado, *commodity*, produto, mercadoria ou serviço comercializável, atribuindo-lhe valor monetário e, por conseguinte, posição e preço em um mercado de trocas econômicas” (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 26).

No que concerne às práxis de saúde, isto é, à saúde como prática, existe uma concepção do fenômeno enquanto conjunto de atos de cuidado e atenção às necessidades e carências de saúde, buscando articular e integrar os diversos planos de intervenções em saúde, que dizem respeito ao restabelecimento ou redução de danos, à prevenção e à promoção da saúde por meio de ações no âmbito dos determinantes de saúde, investigando quais os impactos dessas articulações e a adoção de novas estratégias nos processos de trabalho e práxis de saúde.

Como se nota, pensar em saúde é pensar em cultura, é pensar em meio ambiente, economia, moradia, trabalho, política. É falar de ciência e desenvolvimento. É também falar sobre os valores humanos, sobre a afetividade, as relações e organizações sociais, assim como observar a nossa própria identidade. É pensar no ser humano, em sua integralidade, em todas as suas dimensões e necessidades.

Naturalmente, seria inviável, tanto pelo tempo exigido para aprofundamento teórico quanto pelo colossal volume de estudos e contribuições dos diversos campos do saber, abordar todas as bases teóricas e concepções sobre saúde, doença e cura. Todavia, mediante as discussões aqui apresentadas, nos permite observar a

complexidade com a qual esses fenômenos são abordados, não só no âmbito acadêmico, mas também nas concepções populares, assim como nas práticas de cuidado e cura.

Do mesmo modo, demonstra que o conceito de saúde envolve uma série de fatores que, juntos, são denominados como fatores determinantes da saúde. E a inter-relação entre eles, os sujeitos e o ambiente, designa aquilo que podemos compreender como processo saúde-doença.

Conceber a saúde como um processo (saúde-doença) é compreender que adoecer não está ligado somente a uma causa, como o contato com microrganismos patogênicos ou a predisposição genética às patologias, mas sim a múltiplos fatores, efeito do processo de determinação social, e, desse modo, demarcado por questões de classe social, gênero, renda e produção econômica, cultural e étnico-racial, nos quais os conhecimentos sobre saúde desenvolvem-se a partir da experiência obtida pelo contato com o contexto de existência (ou de sobrevivência), demarcado pelo tempo e no espaço (MINAYO, 1988), assim como compreender que saúde trata-se de ato político, cujas mobilizações devem seguir no sentido de superar as injustiças sociais, que em última instância são as responsáveis pelas iniquidades em saúde e pelas desigualdades na qualidade de vida dos sujeitos.

Não obstante, o resgate teórico realizado neste capítulo como um todo nos convida a refletir sobre as nossas próprias ideias sobre o complexo saúde-doença-cura e o modo com o qual tais concepções influenciam o valor que atribuímos não apenas à nossa saúde, mas também à saúde da coletividade; e que, especialmente no campo da educação, reflete-se no tipo de educação em saúde que buscamos e promovemos (ou renegamos) no ambiente escolar.

Ademais, no contexto atual, diante da crise sanitária causada pela pandemia da Covid-19, apesar do grande corte de verbas que se observou para a pesquisa e a educação como um todo, as ciências sociais não sucumbem ao seu papel diante da emergência da saúde e reagem demonstrando como a identificação partidária-ideológica e a produção cultural da ignorância por mídias digitais procuraram reduzir a complexidade da crise e introduzir na população teorias conspiratórias contra o conhecimento científico, colocando em risco as medidas de saúde e combate à doença (MIGUEL, 2020; SCHAEFER, 2020), tal qual a notícia apresentada na Figura 2, que apresentamos abaixo, cujos fundamentos, concepções e intenções, assim

como os mecanismos sociais e políticos, que as sustentam enquanto discursos dotados de poder, devem ser questionados e combatidos.

Figura 2 – Associação Médica Brasileira sobre *fake news*



Fonte: Revista Eletrônica de Saúde do G1 (2021)

Se o poder político é o poder organizado que permite uma classe social dominar outra, assim como colocou Karl Marx, é justamente esse poder político que devemos constantemente vigiar e questionar. Isto reacende reflexões levantadas outrora, por Maria Loyola (2008) e Cibele Aguiar (2020), sobre nosso papel e responsabilidade como cientistas perante essa crise social, sanitária e negacionista: enquanto nós pesquisadores permitirmos que o discurso científico fique exclusivamente na academia, em periódicos, universidades, institutos e nos diálogos entre pares; enquanto estivermos preocupados essencialmente com o peso das publicações para o currículo e as medidas de avaliadores externos for nosso próprio objetivo, a população se fartará com as informações que a ela forem possibilitadas e com as mazelas e opressões daqueles que detêm de poder social e político.

2.2 A saúde, os determinantes sociais da saúde e a determinação social da saúde

Os determinantes da saúde, assim como a saúde, passaram por evoluções em seu conceito ao decorrer da história até chegarmos ao entendimento atual sobre eles. Conforme aponta Paulo Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007), a teoria miasmática, que defendia a origem das doenças na exalação pútrida que emana da

matéria em decomposição, predominou por muito tempo em meados do século 19 para explicar a origem das doenças.

Com os avanços dos estudos da microbiologia no final desse mesmo século, afirmou-se um novo paradigma para explicar a origem das doenças na população, conhecido como paradigma bacteriológico (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Esta perspectiva influenciou fortemente a saúde pública e, mesmo em meados de 2022, é possível constatar no bojo de suas ações a forte presença do modelo médico clínico e de prevenção de doenças específicas por ações sanitárias de caráter menos amplo.

Guilherme Albuquerque e Marcelo Silva (2014), apontam para duas vertentes de concepção da saúde que influenciaram a compreensão sobre o processo saúde-doença. Consequentemente, a prática em saúde da população, sendo, de um lado, relacionada ao grau de domínio da natureza e da realidade objetiva, pautado no modo dominante de interpretar cada momento da realidade histórico-social; e por outro lado, relacionada aos interesses dominantes de cada momento histórico em relação ao funcionamento do corpo para seu uso.

Assim, cada concepção de saúde representa não apenas um modo de interpretar a vida e guiar as práticas de cuidado e cura, mas também detém em si o grau de desenvolvimento humano de cada período histórico, o pensamento social dominante e as formas de conformação das relações sociais. Portanto, seria correto falarmos que saúde não é somente um conceito acadêmico abstrato, mas socialmente determinada; trata-se de uma explicação e uma forma de concepção e valor sobre a vida das pessoas, historicamente situada e que representa interesses, crenças e valores de grupos dominantes, além dos modos de organização e produção das sociedades. A isto, denomina-se Determinação Social da Saúde.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no momento da sua constituição, definiu a saúde como direito universal de todos e como obrigação das nações sua promoção e proteção, além de defini-la como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, deslocando o olhar da centralidade médica para as questões sociais da saúde e da doença. Entretanto, esse paradigma foi se alterando nas ações destinadas à saúde ao longo dos anos que se sucederam e ora os enfoques eram mais centrados em aspectos biológicos, ora se destacavam os fatores sociais e ambientais.

Conforme destacaram Buss e Pellegrini Filho (2007), na conferência de Alma-Ata no final dos anos 70, os determinantes sociais ganharam destaque, entretanto, na década de 80, em razão do enfoque da saúde como bem privado, o olhar da saúde desloca novamente para uma concepção centrada na assistência médica individual, sendo substituído novamente na década seguinte para a ênfase nos determinantes sociais em razão dos debates sobre as Metas do Milênio e a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde na OMS.

Diferentemente da Determinação Social da Saúde, de um modo geral, os Determinantes Sociais da Saúde podem ser compreendidos como os fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, culturais, comportamentais e étnicos/raciais que influenciam na saúde dos indivíduos, positivamente ou negativamente, portanto, determinam a ocorrência ou a vulnerabilidade a problemas de saúde.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2017), na região das Américas, os diversos debates realizados mostram que, embora a cobertura assistencialista seja indispensável, existem barreiras econômicas, sociais, geográficas e de gênero que limitam o acesso aos serviços ofertados e precisam ser eliminadas para alcançar uma saúde que seja universal. Desse modo, embora a oferta de serviços de saúde seja um dos alicerces primordiais, ela por si só não assegura a saúde e o bem-estar dos sujeitos.

Para uma saúde universal a todos, é necessário assim, não só a oferta de serviços de saúde, mas mudanças profundas na estrutura social. Conforme aponta a OPAS (2017), mudanças fundamentais que permitiriam transformar uma realidade de privilégios, na qual nem todos dispõem da saúde ideal e há muitas desigualdades, em realidades de direitos, nos quais a saúde é vista e compreendida como um direito primordial e, por assim ser, todos usufruem em condições equivalentes. “O primeiro passo no caminho rumo à saúde universal é confrontar as causas das desigualdades que ignoram e fragilizam o direito das pessoas a uma vida digna, livre e saudável” (OPAS, 2017, p. 6).

As desigualdades em saúde, chamadas de iniquidades em saúde, nascem das desigualdades entre os sujeitos na sociedade, portanto, não há como desvinculá-las dos contextos macrodeterminantes, relacionados a organização social e meios de produção, que direcionam o olhar para as desigualdades econômicas, sociais, culturais e ambientais presentes nas sociedades e que resultam na estratificação

social, ou seja, em distribuição desigual de poder, prestígio e recursos entre grupos sociais e dentro deles entre seus integrantes.

É importante ponderar que as desigualdades sociais e os efeitos da estratificação social não são neutros ou abstratos, “nem se distribuem aleatoriamente; têm rosto, idade, gênero e se instalam de forma sistemática nos grupos humanos e nos contextos geográficos” (OPAS, 2017, p. 6), atingindo públicos específicos, como pretos, indígenas, mulheres, pessoas com deficiência, em situação de rua ou que pertencem a classes sociais baixas ou ainda que residem em localizações geográficas com escassez de recursos financeiros, materiais, de segurança, ambientais e de oferta de serviços de saúde.

O Atlas da Violência, divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA em 2020, mostrou que 75,7% das mortes por homicídio, que ocorreram em 2018 no Brasil, eram de pessoas negras (pretos e pardos). Além disso, das 4.519 mulheres assassinadas no Brasil em 2018, 68% delas eram negras. Isso representa como o cenário de desigualdades raciais incide na saúde de grupos sociais específicos, aumentando sua exposição e vulnerabilidade a riscos à saúde, como a violência (IPEA, 2020).

Iniquidades em saúde são produtos das desigualdades sociais, econômicas e culturais. Conforme afirma Jairnilson Paim e Naomar Almeida-Filho (2014), são resultados, a princípio, da injustiça social, porém mais que injustas, são perversas, vergonhosas e moralmente inaceitáveis, pois são evitáveis: “Um óbito infantil por desnutrição, uma negação de cuidado por razões mercantilistas ou uma mutilação decorrente de violência racial ou de gênero conformam eloquentes exemplos de iniquidade em saúde” (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 26).

Entretanto, quando trabalhamos a saúde na perspectiva da promoção, devemos ter em mente que a relação entre os Determinantes Sociais da Saúde e aquilo que eles determinam é mais complexa que uma simples relação de causa-efeito. Isso quer dizer que a ação dos determinantes sociais mais gerais (também chamados de macrodeterminantes), que citamos anteriormente, de natureza econômica, política e social, incidem na saúde da população por meio de uma cadeia de fatores que operam de forma hierarquizada e constituem-se mediadores.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), identificar essas relações de mediação entre macrodeterminantes e mediadores constitui-se o principal desafio dos estudos e ações na saúde.

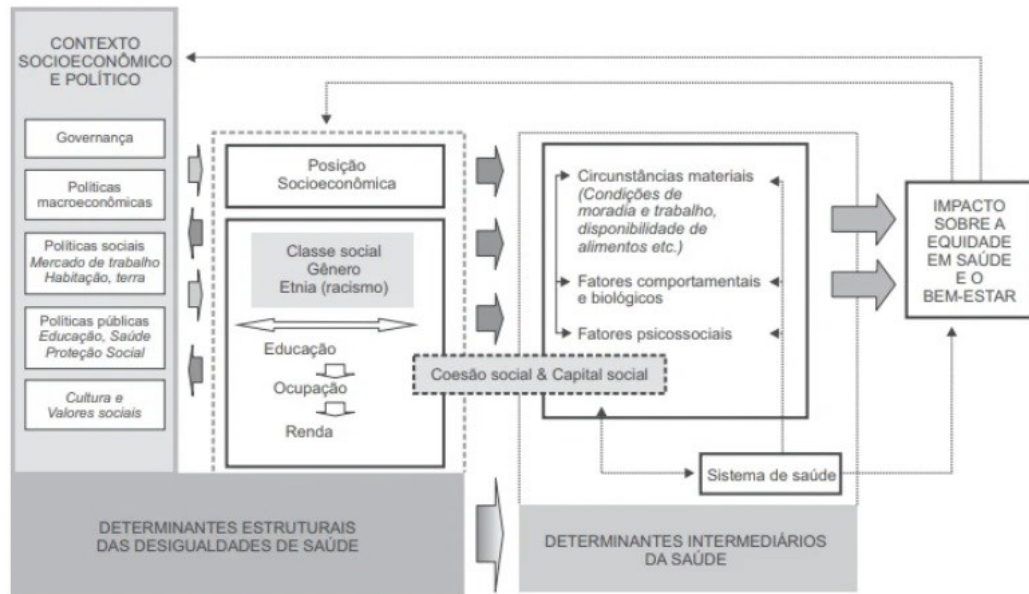
É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB *per capita* muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Isso demonstra, por exemplo, por que somente a oferta de serviços de saúde, por si só, não é suficiente para elevar os indicadores de saúde de uma população, assim como o volume de riqueza acumulado por uma cidade, estado ou país, não indica que toda a sua população estará livre de iniquidades em saúde, pois para que esse elemento tenha influência positiva na saúde é necessário uma série de outros fatores, chamados de mediadores, como distribuição de renda compatível a uma vida digna a todos, acesso a moradias de qualidade e potencial de consumo.

Conhecer os fatores macrodeterminantes e os fatores mediadores nos permite identificar os pontos mais sensíveis, resultados da ação da estratificação social, onde devem ser realizadas as intervenções que podem provocar mais impacto (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), melhorando os indicadores de saúde e reduzindo as iniquidades. A OPAS (2012) diz que os componentes básicos dos determinantes sociais incluem: I) O contexto socioeconômico e político; II) Os determinantes estruturais; e III) Os determinantes intermediários.

O modelo adotado pela OPAS e pela Organização Mundial da Saúde, denominado “Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde”, foi proposto por Orielle Solar e Alec Irwin (2010), como esquematizado na Figura 3, em que podemos perceber a trama de relações entre os determinantes sociais e a saúde.

Figura 3 – Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: Solar e Irwin (2010)

O primeiro componente do modelo, Contexto Socioeconômico e Político, engloba um conjunto amplo de aspectos sociais, culturais e econômicos que direcionam o sistema de organização da sociedade. Inclui-se aqui, por exemplo, mecanismos sociais como o sistema político, educacional e o mercado de trabalho, que direcionam a forma como a sociedade é organizada e que produzem ou diminuem as hierarquias sociais, ou seja, a estratificação da sociedade. Nesse primeiro componente, entram também as políticas públicas e sociais de educação, saúde, habitação e reforma agrária, além dos valores culturais e sociais, portanto, as formas de determinação social da saúde.

O segundo componente, os Determinantes Estruturais, referem-se às características que geram ou fortalecem as desigualdades sociais, portanto, definem a posição social e econômica das pessoas, ou seja, a sua posição nas hierarquias de poder, prestígio e acesso aos recursos (OPAS, 2012). São representantes desse componente, além do *status* social do grupo, o seu nível de educação, renda, etnia/raça e gênero.

Apesar da distinção realizada pela OPAS, o contexto socioeconômico e político também é considerado um dos determinantes estruturais, pois eles estão intimamente ligados a essas questões. Por exemplo: as políticas públicas voltadas a garantir os direitos mínimos dos trabalhadores formais, como o salário mínimo, incide

diretamente na renda mínima dessa classe de trabalhadores, conseqüentemente, na sua posição e *status* social, assim como na sua capacidade de aquisição etc.

Buss (2000) destaca a importância de considerarmos a relação entre políticas públicas e saúde, pois elas podem gerar tanto benefícios quanto malefícios para a saúde da população. Para o autor, são perceptíveis e muitas vezes dramáticos os efeitos das políticas que impulsionaram a economia urbano-industrial ao longo do século XX, que resultaram muitas vezes em danos ambientais irreparáveis, desigualdades sociais e a criação de ambientes sociais mórbidos geradores de sociopatias e psicopatias.

Neste sentido, é necessário que o poder público, em conjunto com a sociedade civil, ao propor políticas públicas reflita de forma crítica os impactos que elas acarretarão à saúde da população, seja em políticas voltadas diretamente a esse setor ou a outros. Além disso, é fundamental que a proposição de políticas esteja alinhada aos interesses da sociedade e às necessidades da população e não aos interesses restritos de uma parcela ou ainda subordinadas à ambição do capital. Isso requer, portanto, que elas sejam elaboradas de forma colaborativa com representantes de diferentes grupos da sociedade civil, visando contemplar de modo justo as necessidades de todos os segmentos sociais.

O terceiro componente, os Determinantes Intermediários, é o meio pelo qual os determinantes estruturais, vistos anteriormente, operam para produzir as iniquidades em saúde nos indivíduos, grupos e sociedades. De acordo com a OPAS (2012, p. 21), “os determinantes intermediários são distribuídos de acordo com a estratificação social e determinam as diferenças de exposição e de vulnerabilidade a condições prejudiciais à saúde”. Com base nos estudos da OPAS (2012), sintetizamos alguns desses determinantes em:

- **Circunstâncias materiais:** qualidade de moradia e infraestrutura do bairro/cidade. Condições de transporte. Meios financeiros para consumo de itens necessários para alimentação saudável, higiene, roupas etc. Condições físicas do ambiente de trabalho.
- **Circunstâncias psicossociais:** estressores psicossociais gerados por preconceitos e exclusão social, relacionamentos abusivos, circunstâncias de vida, apoio e acolhimento social e redes sociais.
- **Fatores comportamentais e biológicos:** escolhas na alimentação; adesão a atividade física; consumo de substâncias que causam alterações

na estrutura e funções do organismo (tabagismo, drogas e álcool), além dos fatores biológicos individuais, que incluem os fatores genéticos.

- **Coesão social:** a existência de confiança, solidariedade e respeito mútuo entre os indivíduos, grupos e setores da sociedade. Sociedades com maiores índices de coesão social apresentam maiores redes de apoio social, que são essenciais para superar os problemas gerados pelas iniquidades em saúde nos grupos.
- **Sistema de saúde:** a exposição e a vulnerabilidade a fatores de risco, a disponibilidade de acesso aos serviços e programas de saúde para mediar as consequências das doenças na vida dos indivíduos.

Quando falamos em determinantes sociais da saúde, ainda é necessário compreendermos que há diferenças entre os determinantes de saúde dos sujeitos e aqueles que atingem a coletividade. Isso porque, alguns fatores importantes que explicam diferenças no estado de saúde de sujeitos não explicam diferenças entre grupos ou entre sociedades, isto é, não basta somar os determinantes de saúde identificados em alguns indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível de sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Enquanto os determinantes individuais em saúde apontam para os fatores que colocam alguns sujeitos em maior situação de risco dentro de um grupo, os determinantes coletivos estão mais relacionados com fatores que acometem esses grupos ou a sociedade de um modo mais amplo, em geral, relacionados às questões econômicas, políticas e sociais.

Além do modelo desenvolvido por Orielle Solar e Alec Irwin (2010), que foi adotado pela OMS/OPAS, há o modelo proposto por Göran Dahlgren e Margaret Whitehead (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) e que ganhou bastante notoriedade entre os pesquisadores em saúde. Apesar de não se ater em explicar como funciona a relação entre os determinantes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) ou não se aprofundar em questões voltadas à Determinação Social da Saúde, como historicidade e organização social, o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) é bastante didático e nos permite uma visualização gráfica simples e eficiente dos determinantes sociais em saúde, conforme a Figura 4.

Figura 4 – Modelo de Dahlgren e Whitehead sobre os determinantes sociais da saúde



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 84)

Conforme se observa na Figura 4 acima, organizados em camadas, os determinantes sociais da saúde são dispostos desde os fatores determinantes mais próximos dos sujeitos, considerados fatores individuais, até os mais distantes, aqueles que atingem grupos e sociedades, considerados macrodeterminantes da saúde.

Esse modelo da Figura 4 nos permite também visualizar como os determinantes mais amplos, condicionados às questões socioeconômicas e ambientais gerais, englobam e influenciam, por meio dos determinantes intermediários, a saúde dos sujeitos.

Na base do esquema estão as pessoas, com suas características individuais (idade, sexo, gênero, fatores genéticos etc.), que os colocam em posição de predisposição a doenças ou não. Na segunda camada, encontra-se o estilo de vida dos sujeitos. Esta camada está na divisa entre os determinantes individuais e os mais amplos, dado que os comportamentos muitas vezes compreendidos como escolhas individuais são influenciados por fatores externos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), como a possibilidade de ter uma alimentação considerada saudável depender da disponibilidade de acesso a alimentos in natura ou minimamente processados ou, ainda, o incentivo à ingestão de bebidas alcoólicas, realizado por meio de publicidades ou por pressão de amigos ou familiares.

A terceira camada representada na Figura 4, redes sociais e comunitárias, expressa a importância da existência de confiança, solidariedade e respeito mútuo

entre os indivíduos, grupos e setores da sociedade para a saúde dos sujeitos. Quando há a existência de redes de apoio social e comunitária, grupos diversos tendem a agir em conjunto em prol do bem-estar da sociedade como um todo, amparando aqueles indivíduos mais fragilizados socialmente e mais vulneráveis a riscos à saúde em razão das desigualdades sociais.

No nível seguinte, estão as condições de vida e trabalho, que dizem respeito ao nível de escolaridade e acesso à educação, ao emprego digno e em ambiente de trabalho saudável, ao direito de uma renda que seja compatível com o custo de vida da localidade, acesso a serviços de saneamento básico (acesso a água potável, esgoto, eletricidade), lazer (áreas de lazer, parques, teatros, bibliotecas), alimentação saudável, condições ambientais favoráveis, habitação adequada, acesso a serviços de saúde, tanto para promoção quanto para prevenção e recuperação da saúde, entre outros.

Por fim, na última camada representada na Figura 4, encontram-se os determinantes sociais mais amplos, chamados de condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, que dizem respeito aos fatores que direcionam a organização e são a base da estrutura das sociedades (considerados como determinantes estruturais pela OPAS).

Inclui-se nessa camada o sistema político, econômico e cultural. Tais fatores são, sobretudo, responsáveis pela estratificação social, portanto, responsáveis pela existência das desigualdades sociais que são observadas e determinam a saúde. As políticas públicas voltadas à educação, à saúde, à habitação e à segurança, por exemplo, fazem parte desse grupo, pois são fatores que determinam as condições de vida da população.

No contexto dos determinantes sociais da saúde, é importante ter em mente a possibilidade da Interseccionalidade entre diversos fatores. A ação dos fatores determinantes em saúde, frequentemente, se sobrepõe em sujeitos ou grupos sociais, criando múltiplos níveis de desigualdade em saúde.

A esse entrecruzamento de fatores, que potencializa experiências negativas, denomina-se de interseccionalidade. Ela nos indica a necessidade de as ações em prol da promoção da saúde extrapolarem a visão fragmentada, da responsabilidade atribuída apenas ao setor da saúde, para uma visão global. Nesta visão ampliada, bem-estar e qualidade de vida são reflexos das condições de educação, economia, habitação, meio ambiente, das questões socioculturais e de empoderamento político

da população para reivindicar seu direito à participação na organização, proposição e controle de implementação de políticas públicas que impactam esses fatores, portanto, na sua vida.

É essencial ainda a cautela para não incorrer no equívoco de acreditar que somente o conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde para compreensão de carências e iniquidades em saúde e, portanto, fragilidades na sociedade, nas quais intervenções situadas podem provocar resultados imediatos nos indicadores de saúde da população, seja suficiente para reverter por completo uma realidade extremamente marcada pelas desigualdades em saúde.

Por mais relevantes que sejam para promoção da saúde, ao contemplar somente esses aspectos, desconsidera-se por completo o desafio de compreender a origem e o porquê da ocorrência dos determinantes da saúde na população e, conseqüentemente, a determinação social da saúde, dado que

Tais ideias, se por um lado contemplam questões fundamentais na determinação da saúde, por outro desconsideram que estas próprias questões são sobredeterminadas, desconsideram que no capitalismo as coisas são produzidas pelo seu valor de troca e não pelo seu valor de uso e que, frequentemente, a produção de valores de troca prejudica ou mesmo impede a produção de valores de uso. Dessa forma, deixando intocados os fundamentos do capitalismo, tais assertivas acabam por assumir um aspecto de pregação moralista. Ao se responsabilizar as próprias pessoas e grupos por suas condições de existência, dilaceradas pelas necessidades do capital, dissemina-se a falácia de que a mudança dependeria da boa vontade e do despertar do humanismo que repousa nas boas almas humanas (ALBUQUERQUE; SILVA; 2014, p. 959).

A proposição de ações pontuais, seja por meio de políticas públicas, seja pela organização dos setores das sociedades, visando a redução do impacto negativo dos determinantes sociais sobre a saúde da população é importante e necessária; porém, por mais úteis e importantes que sejam, renegam o modo como a organização e os modos de produção da sociedade capitalista utilizam de mecanismos que não só são produtores das desigualdades em saúde, mas promovem a exploração da população para sua manutenção, uma vez que o que o capitalismo precisa para progredir e continuar a existir é justamente o oposto do que é recomendado, o que reduz a saúde a uma responsabilização das vítimas, que deverão descobrir mecanismos de sobreviver nas condições que a eles são proporcionadas pelas sociedades do capital, com uma suposta existência de “colaboração” entres as classes sociais, cujos interesses são divergentes (ALBUQUERQUE; SILVA; 2014).

O conceito de saúde, a sua determinação e as condições mais propícias para sua plenitude há anos vêm sendo discutidas nos mais diversos contextos; contudo, quais seriam os motivos que nos impedem de conseguirmos realmente torná-la realidade? Que medida o estado e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), de fato, estão preocupados em colocar em prática para a promoção da saúde e, portanto, em contrapor-se ao modelo capitalista? Se não estão, por que não estariam? E por fim, quem se beneficia com as desigualdades resultantes desse processo?

Evidentemente, o imperativo é entender como a saúde é assim determinada por meio da sociedade e da sua macroestrutura, na qual as engrenagens que sustentam o modelo capitalista, em que a produção de valores de troca, isto é, a produção e acúmulo de capital, é impeditivo à produção de valores de uso, restringindo as oportunidades dos indivíduos em desenvolver o máximo das potencialidades humanas em primazia do mercado.

As desigualdades em saúde existem, não porque é fundamentalmente da natureza humana adoecer e sucumbir, mas porque ainda, imoralmente, alguém lucra e atua por manter isso.

Perceber, portanto, que a frustração, a pobreza, a privação e o trabalho desgastante, fazem mal à saúde e que a boa saúde depende de acesso a boas condições de moradia, alimentação, trabalho, renda e saneamento é importante, mas insuficiente. Identificar que tais deficiências são determinantes das condições de saúde é fundamental para buscarmos saná-las com vistas à conquista da saúde, mas insuficiente para compreendermos a determinação da mesma [...]. É imperativo entendermos as relações sociais historicamente dadas que estão a determinar as condições de existência, sob determinado modo de produção (ALBUQUERQUE; SILVA; 2014, p. 959).

É neste sentido que acreditamos que pairar as discussões da promoção da saúde somente sobre os determinantes é insuficiente para alcançarmos de fato uma sociedade realmente saudável. É necessário considerar e, sobretudo, questionarmos “os limites e possibilidades impostos pelo modo de produção dominante” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 959), no qual de fato se produz a vida em sociedade e os determinantes sociais da saúde, portanto, as formas de produção da saúde e doença entre a população.

A possibilidade da apropriação de tais produtos (determinantes da saúde) está dada ou sobredeterminada pela formação social que os produz. O acesso aos objetos humanos, produtos do trabalho social, se dá, para cada grupo, de diferentes formas, na dependência de como se organiza a vida em

cada sociedade. Ou seja, a forma como se organiza a produção na sociedade determina diferentes limites e possibilidades de realização da vida para os diferentes grupos sociais (ALBUQUERQUE; SILVA; 2014, p. 961).

Não basta compreender apenas sobre os determinantes, mas também a organização da sociedade e os modos de produção. Indivíduos de classes altas possuem maiores chances de desenvolver todas as suas possibilidades, já que possuem maior acesso aos bens produzidos na sociedade; em contrapartida, para que isso ocorra, classes menos favorecidas são exploradas pelo sistema de produção, que preconiza direitos humanos em favor da manutenção da hegemonia e dos interesses dos grupos dominantes.

É neste sentido que concordamos com Albuquerque e Silva (2014), sobre a possibilidade de criação de um novo modo de produção, no qual a satisfação de necessidades da vida, visando a máxima realização das potencialidades humanas por todos, não se trata apenas de uma questão de fé, mas de uma consideração racional a partir da análise ontológica do ser humano.

Os modelos de representação dos determinantes sociais da saúde aqui apresentados, são uma maneira de compreendermos como fatores de diversas ordens atuam para a produção das desigualdades em saúde observadas na população; contudo, sem o devido questionamento da ontologia de tais determinantes e, principalmente, como a organização social capitalista de sociedades, como a brasileira, atua na produção de formas de vida, tais modelos são esvaziados do sentido que confere o cerne da questão.

No contexto atual, a urgência da reflexão sobre os determinantes sociais da saúde e a determinação social da saúde nunca se fez tão necessária. Isso fica claro se pararmos para refletir sobre as notícias apresentadas pelas Figuras 5, 6 e 7. Assim como citamos anteriormente, iniquidades em saúde são produtos das desigualdades da sociedade, são injustas, perversas e vergonhosas (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Não só são evitáveis, como revelam a forma cruel com a qual o capital e produção de riquezas de uma classe dominante são notoriamente priorizados em detrimento de milhões de pessoas.

Figura 5 – Notícia publicada pela revista eletrônica Exame

Economia não pode parar por coronavírus, diz Bolsonaro a empresários

Em meio a pandemia da covid-19, presidente criticou decisões de autoridades locais de fechar aeroportos e estradas, porque teriam "enorme impacto econômico"

Fonte: Revista Eletrônica de Economia Exame (2020)

Figura 6 – Notícia publicada pela Agência Brasil sobre a produção agrícola

Produção de grãos deve chegar a 312,4 milhões de toneladas em 2023

Conab prevê crescimento de 2,9% na área destinada a plantio

Publicado em 06/10/2022 - 11:06 Por Pedro Peduzzi - Repórter da Agência Brasil - Brasília

Fonte: Revista Eletrônica Agência Brasil (2022)

Figura 7 - Notícia publicada sobre o aumento da fome no Brasil.

Fome no Brasil: número de brasileiros sem ter o que comer quase dobra em 2 anos de pandemia

Cerca de 33,1 milhões de brasileiros vivem em situação de fome, 14 milhões a mais que em 2020. Quadro é equivalente ao da década de 1990.

Por Daniel Silveira, g1 — Rio de Janeiro
08/06/2022 00h02 · Atualizado há 4 meses

Fonte: Revista Eletrônica de Economia do G1 (2022)

É moralmente inaceitável pensar que com o atual desenvolvimento científico, tecnológico e humano, questões econômicas tenham mais notoriedade do que assuntos que impactam diretamente a saúde e a vida da população; assim como é moralmente inaceitável e indefensível que a produção agrícola para *commodities* atinja o recorde de safra em 2022, enquanto mais de trinta e três milhões de brasileiros vivem em situação de fome e insegurança alimentar no País. É inconcebível pensar com naturalidade que vida de pessoas importam menos do que a concentração de renda e riqueza.

É neste sentido que afirmamos: mais do que necessário, é, sobretudo, urgente, enquanto educadores e cidadãos, informar-se, questionar e posicionar-se perante as bases estruturais neoliberalistas do capitalismo que não só determinam os modos de produção, mas de organização e vida em sociedade, que cruelmente açoitam a saúde e preconizam as condições de vida das populações e seus direitos humanos em detrimento do acúmulo de capital por uma parcela/classe restrita da sociedade.

Por fim, retomamos as sábias palavras de Carolina Borghi, Rosely Oliveira e Gil Sevalho (2018), e fazemos de suas próprias palavras a nossa em defesa da vida e da saúde:

É imprescindível ter-se um posicionamento claro e inequívoco de defesa intransigente de nossa (ainda que limitada) democracia. Há que se considerar a urgência de reiterar a aliança da academia com os movimentos sociais emancipadores e com os trabalhadores. Simultaneamente, encarregar-se tanto da disputa dos espaços institucionais que vêm sendo cedidos aos que se alinham ao ideário neoliberal quanto da tarefa acadêmica, comprometida a denúncia da deterioração das condições de vida e de saúde das populações. Finalmente, as particulares adversidades que cada país latino-americano vem enfrentando não deixam de ser parte de um contexto geral, que se empenha em relegar a região a uma dócil posição periférica, razão pela qual a solidariedade latino-americana torna-se vital. Por esses motivos escrevemos porque, mesmo quando tudo parece uma migalha do que poderia ser, seguimos na certeza de que o novo sempre vem (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 893).

2.3 Educação em saúde na perspectiva da promoção

A trajetória da saúde no campo da educação não é recente. Pesquisas apontam que as primeiras ações educativas em saúde ocorreram ainda no século 19, com a denominação de educação sanitária (MONTEIRO; BIZZO, 2015; SILVA *et al.*, 2019; VENTURI, 2022). As ações da educação no âmbito da saúde ocuparam-se com a mudança de hábitos da população, buscando remover obstáculos culturais e psicossociais ao combate e controle de doenças.

A falta de conhecimento das pessoas era atribuída como a causa dos problemas de saúde e das doenças que acometiam o País, portanto, a transmissão do conhecimento de especialistas para a população era o foco das ações pedagógicas em saúde, ignorando as condições socioeconômicas que impactavam a qualidade de vida da população na época (SILVA *et al.*, 2019; VENTURI, 2022).

Apesar dos avanços obtidos no campo teórico da educação e da saúde, muitas das práticas utilizadas atualmente nas escolas e espaços destinados à

educação em saúde, pautam-se no modelo de transmissão de informações sobre saúde e doenças, especialmente, de prevenção a infecções.

Assim, autores como Monteiro e Bizzo (2015) e Guazzelli e Pereira (2019) vêm discutindo a necessidade de modificar essas práticas, para que a educação em saúde se efetive como uma via positiva para a promoção da saúde da população, incorporando em suas ações temas de diversos âmbitos do conhecimento humano.

A união entre educação e saúde como forma de promoção da saúde, portanto, da qualidade de vida da população, deve, antes de tudo, superar a visão conteudista, na qual somente o contato dos estudantes com pressupostos teóricos sobre prevenção e tratamento de doenças já é suficiente para mobilizar e oportunizar o desenvolvimento de habilidades sobre saúde.

É necessário, assim, mais do que apresentar as informações, fazer com que elas sejam úteis e façam sentido para educandos, demonstrando que muitas das doenças que acometem as sociedades, frequentemente, possuem como fatores determinantes iniciais, questões sociais, econômicas e culturais, que em grande parte são evitáveis e injustas.

Neste sentido, esse capítulo está organizado de modo que possamos discutir o contexto histórico da educação em saúde no Brasil, além de alguns documentos oficiais que instituem o ensino de saúde nas escolas. Além disso, serão tratados os fundamentos teóricos e metodológicos que embasam as concepções atuais de educação em saúde, na perspectiva da promoção, para o letramento em saúde da população.

2.3.1 Contexto histórico e marco legal da Educação em Saúde no Brasil

No Brasil, as primeiras práticas de educação em saúde que se tem registro, datam da metade do século 19 e eram destinadas às famílias que compunham a elite brasileira. Tinham por objetivo modificar o perfil sanitário e urbanizar os hábitos das antigas famílias coloniais, legitimando, de certo modo, essa classe social por meio de atributos físicos, psíquicos e sexuais, alimentando, indiretamente, ideologias racistas que reforçaram a exploração das classes populares em nome da superioridade racial e social dessas famílias (SILVA *et al.*, 2019). Conhecidas como educação sanitária, essas primeiras intervenções de educação em saúde pautavam-se no modelo higienista, fortemente influenciado pelo currículo médico que formava os profissionais naquele momento da história.

As primeiras ações de educação em saúde voltadas para a população ocorreram entre o final do século 19 e início do século 20, em razão das preocupações do estado com a economia, que era afetada pelas epidemias que acometiam as camadas populares e geravam resistência no comércio exterior (SILVA *et al.*, 2019; VENTURI, 2022).

Silva *et al.* (2019) destacam que no início do século 20 foi criado no Brasil, baseado no modelo da Polícia Médica Alemã, a Polícia Sanitária, com a finalidade de assegurar os interesses gerais do País e atuar no controle repressivo dos problemas sanitários. As ações da Polícia Sanitária, em grande parte, tinham por base a imposição de regras e normas sanitárias fundamentadas no discurso higienista, portanto, não levava em conta as relações entre os determinantes sociais e a saúde, que acometia fortemente a população naquele período.

Em grande parte, as ações sanitárias no Brasil foram encabeçadas pelo movimento eugenista, que ditava valores de superioridade racial por meio do branqueamento da raça e a imposição de padrões de comportamentos. Silva *et al.* (2019, p. 4) argumentam que esse movimento passou “a ser contestado por intelectuais da classe média, que se uniram às classes populares na luta por melhores condições de vida”, e o ápice se deu por meio da Revolta da Vacina em 1904, na qual as classes populares se estruturaram a ponto de resistir ao autoritarismo empregado pelo estado.

A partir de 1923, com a primeira Reforma Sanitária Brasileira, a educação sanitária deixou de ser âmbito exclusivo de médicos e foi assumida pelas escolas, sob a responsabilidade dos educadores sanitários e professores. Isso resultou, em 1926, na criação do primeiro curso para Educadores Sanitários, ministrado no Instituto de Higiene de São Paulo e organizado pelo Professor Geraldo Horácio de Paula Souza (VENTURI, 2022). O objetivo era formar profissionais que seriam responsáveis por levar a consciência sanitária às crianças, visando à cooperação profilática e regeneração moral, intelectual e física delas, de acordo com Silva *et al.* (2019).

Os autores ainda pontuam que essa fase durou até 1930, quando ocorreu o golpe de estado no Brasil, implantando a ditadura militar sob o comando de Getúlio Vargas. As ações coletivas em saúde então deixaram de ser prioridade do governo em favor do assistencialismo individual e no campo educativo; quando ocorriam ações, eram voltadas, exclusivamente, ao combate às doenças infecciosas.

Após a Segunda Guerra Mundial, as ações da educação sanitária foram reformuladas e passaram a ser denominadas em algumas instituições como educação para a saúde ou educação em saúde pública, cuja atenção voltou-se em favor de remover obstáculos culturais e psicossociais da população ao combate e controle de doenças; modelo que perpetuou até 1970 e foi marcado pelo golpe militar de 1964, cuja política de saúde expressa pelo governo voltou-se para a expansão de serviços de saúde privados, agravando as condições desiguais de vida da população brasileira e, conseqüentemente, da sua saúde (SILVA *et al.*, 2019).

A preocupação das ações educativas em saúde, desde o final do século 19 até a década de 1970, foi expressa pela centralidade nas doenças e nos indivíduos, vistos como os únicos responsáveis pelas condições da sua saúde. A falta de conhecimento das pessoas era atribuída como a causa dos problemas de saúde e das doenças que acometiam o País. Neste sentido, as ações em saúde eram direcionadas, visando transmitir os conhecimentos dos educadores para a população, a fim de modificar, principalmente, suas condutas.

Em 1971 é sancionada a Lei nº 5.692, de 11 de agosto (BRASIL, 1971), que fixava as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, conhecida como a LDB de 1971, e que estabeleceu a obrigatoriedade da inclusão do tema saúde nos currículos por meio dos programas de saúde. Tais programas foram regulamentados, posteriormente, por meio do Parecer 2.246/74, do Conselho Federal de Educação (atual Conselho Nacional de Educação), que compreendia que

[...] Ainda que se possa focalizar a saúde como um estado de equilíbrio ecológico, e possa a educação ser encarada no seu contexto ecológico e ecológico-social, é para o indivíduo e sua ação que ela deve se dirigir prioritariamente. O objeto e os objetivos do ensino da saúde na escola devem centrar-se no indivíduo e na sua formação e é para esses que se dirigem o interesse e a vocação do educador (BRASIL, 1974, p. 64-65).

Para Paulo Monteiro e Nélio Bizzo (2015), as orientações então formuladas pelo órgão regulamentador privilegiavam, demasiadamente, o enfoque individual, isto é, colocavam o sujeito como o único foco da educação em saúde, desconsiderando todos os aspectos relacionados à dimensão coletiva, portanto, social, econômica e cultural do processo saúde-doença. Os autores ainda destacam que,

Além disso, é explicitada a compreensão de que os problemas de saúde são diretamente ligados a esses hábitos e comportamentos, e que cabe ao indivíduo a responsabilidade por sua própria saúde. A saúde é, portanto,

entendida como uma questão de escolha e de responsabilidade estritamente pessoal (MONTEIRO; BIZZO, 2015, p. 416).

Essa ênfase demasiada no indivíduo ignorava, portanto, que a compreensão sobre a saúde, doença, cura, tais como as práticas terapêuticas e os valores sociais e culturais associados, estão estritamente ligados ao contexto social, cultural e histórico da sociedade. Neste sentido, é impossível desvincular educação em saúde da própria historicidade do processo saúde-doença, das questões estruturais e operacionais das sociedades e dos meios de produção que determinam as formas de sobrevivência e, conseqüentemente, de saúde da população.

Nas décadas de 60 e 70, até a efetiva redemocratização em 1988, o Brasil passava por um regime ditatorial, no qual manifestações ou questionamentos sobre as condições de vida da população ou ações do estado, sofriam violenta repressão e cerceamento pelo governo; desse modo, não seria um documento elaborado pelo estado que iria propor orientações em direção a um posicionamento crítico nas escolas frente à realidade social e econômica, que afetava a vida da população, por conseguinte, a sua saúde (MONTEIRO; BIZZO, 2015), embora a Organização Mundial da Saúde já havia reconhecido, anos antes, a saúde como um estado que vai além da ausência de doenças e escolhas pessoais.

Após a reformulação do Sistema Nacional de Educação, com o estabelecimento da nova LDB em 1996, o tema da saúde na educação adquiriu novos sentidos. Incorporado às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental, o tema saúde deixa de ser encarado como um programa que deveria ser desenvolvido pelas escolas e passa a ser considerado um componente das disciplinas do currículo escolar, devendo ser desenvolvida por todas as áreas do saber e escolas do País (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Essa visão sobre a saúde veio a ser reforçada, posteriormente, com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) – Temas Transversais, nos quais a saúde foi definida como um dos blocos temáticos a ser desenvolvido pelas escolas de maneira transversal, isto é, envolvendo todas as disciplinas do currículo, inter-relacionando-as e relacionando, sempre que possível, os temas abordados não apenas aos saberes próprios dos campos disciplinares, mas também com a realidade dos alunos.

As orientações contidas nos PCN, como são conhecidos, não são de caráter obrigatório, mas sim instruções às instituições escolares para o planejamento dos

seus currículos e das suas ações pedagógicas sobre as temáticas definidas pelas diretrizes curriculares. Portanto, ficava sob a responsabilidade de cada escola a organização do trabalho pedagógico com o tema saúde, o que muitas vezes causava disparidade sobre o que e de que forma era abordado.

Apesar disso, os PCN tornaram-se um marco para a educação em saúde, pois foram os primeiros documentos oficiais de ensino, formulados pelo estado, que apresentaram uma perspectiva de saúde mais alinhada ao conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde, que relaciona a saúde como uma concepção diversa, que diz respeito aos valores, aos recursos, aos diferentes estilos de vida, assim como expressão de sistemas de cura e políticas públicas em diferentes épocas e formações sociais.

Ao longo do documento é argumentada também a necessidade de trabalhar a educação em saúde nas escolas a partir da perspectiva da promoção da saúde, como formação necessária para o exercício da cidadania, não limitando as ações pedagógicas a uma prática de descrição de doenças e formas de prevenção, que acabam por ser pouco efetivas. Isso pode ser observado no trecho a seguir:

Quando a escola prioriza a dimensão biológica, as aulas sobre saúde têm como temas predominantes as doenças. E apesar de receber informações sobre formas específicas de proteção contra cada doença que “estuda”, o aluno tem dificuldade em aplicá-las às situações concretas de sua vida cotidiana. Da mesma maneira, quando a ênfase recai sobre a doença e a valorização dos comportamentos individuais capazes de evitá-la, abre-se pouco espaço para que se construa com o aluno a convicção de que as condições de vida que favorecem a instalação de doenças também podem ser modificadas. Limitam-se as possibilidades de desenvolver novos esquemas de proteção, pois o “biologismo” – que valoriza a anatomia e a fisiologia para explicar a saúde e a doença – não dá conta dessa tarefa (BRASIL, 1998, p. 258).

Com isso, o documento reforça e orienta quanto à necessidade de se introduzir nas abordagens pedagógicas da educação em saúde, além das discussões relacionadas à perspectiva biológica que são essenciais para compreensão dos efeitos da relação entre agente causador da doença e ser humano, as discussões que evidenciam a saúde como um bem coletivo e determinando por diversos fatores.

Em 2007, foi instituído o Programa Saúde na Escola – PSE, de caráter interministerial, que abrangia ações educativas promovidas pelo Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, com o objetivo de estreitar os laços entre as escolas e as unidades de saúde pública, visando a promoção, a prevenção e atenção da saúde.

Nas diretrizes do programa, previa-se que as estratégias e atividades desenvolvidas nas escolas promotoras de saúde deveriam contemplar temas relacionados à avaliação nutricional, saúde sexual e a prevenção ao uso de drogas, além daqueles que fossem mais pertinentes às realidades da comunidade escolar e local, tendo como ponto de partida os indivíduos e seus conhecimentos prévios.

Apesar da iniciativa, o Programa Saúde na Escola foi alvo de diversas críticas, uma vez que as atuações nas escolas se pautavam na realização de atividades que supervalorizavam as doenças, de caráter médico-preventivista, no qual procurava-se modificar comportamentos por meio da exposição de conhecimentos científicos e de modelos comportamentais de saúde considerados ideais. Conforme apontam Maria Guazzelli e Isabel Pereira (2019, p. 74), “nessa lógica, acredita-se que uma vez que estejam diante de um conhecimento científico, os atores envolvidos possam – e devam – fazer escolhas conscientes, pautadas pelo domínio da razão”.

Além disso, para as suas ações, o programa necessita de articulações entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios e as escolas, o que nem sempre é possível de realizar em razão da grande demanda da população por atendimento nas UBS e a falta de recursos humanos para suprir essa demanda, fazendo com que as ações de educação em saúde nas escolas não seja a prioridade na agenda dos profissionais dessas unidades (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Atualmente, a educação em saúde é prevista nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais, tanto para o ensino médio, por meio de “atividades intersetoriais, entre outras, de promoção da saúde física e mental, saúde sexual e saúde reprodutiva, e prevenção do uso de drogas” (BRASIL, 2012, p. 27), quanto para o Ensino Fundamental, no qual os

componentes curriculares e as áreas de conhecimento devem articular em seus conteúdos, [...] a abordagem de temas abrangentes e contemporâneos que afetam a vida humana em escala global, regional e local, bem como na esfera individual [...], como saúde, sexualidade e gênero, vida familiar e social, assim como os direitos das crianças e adolescentes [...] (BRASIL, 2010, p. 5).

Na Base Nacional Comum Curricular – BNCC, o tema saúde também é previsto para integrar o currículo escolar, por meio de uma abordagem pedagógica intradisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, como é orientado no guia de propostas práticas de implementação dos temas contemporâneos (BRASIL, 2019). Ao contrário dos PCN, tanto a BNCC quanto o guia prático dos temas contemporâneos,

enquanto documento orientador do ensino brasileiro, apresentam a temática de forma bastante sucinta, cabendo aos entes federativos e às escolas a definição das abordagens e os conteúdos a serem trabalhados com os alunos.

A respeito da formação docente para a educação básica, as resoluções CNE/CP nº 2/2019 e CNE/CP nº 1/2020 (BRASIL, 2020a, 2020b), que definem as diretrizes curriculares nacionais e a Base Nacional Comum para os cursos de formação inicial e continuada de professores, tanto quanto a BNCC da educação básica, a temática saúde é apresentada de forma extremamente superficial, sendo feita, em ambos os documentos, somente uma menção à necessidade de os docentes terem como competência

conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana, reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas, desenvolver o autoconhecimento e o autocuidado nos estudantes (BRASIL, 2020a, 2020b).

É interessante que, ao definir a saúde física e emocional como resultado do autoconhecimento e autocuidado, o documento ignora que as condições de saúde de professores e estudantes dependem sobretudo das condições sociais, culturais, políticas, econômicas e ambientais nas quais estão inseridos esses profissionais, isto é, das condições físicas e psíquicas de trabalho, renda, valorização da profissão docente, segurança, dentre outras questões que impactam diretamente no exercício saudável da profissão. Junto a isto, ao direcionar a questão da saúde ao âmbito pessoal, como algo que dependa apenas do desenvolvimento da competência de autocuidado, reduz-se a discussão da saúde no âmbito de formação inicial e continuada à responsabilização individual, omitindo o peso dos interesses capitalistas e de organização social, tal como das decisões governamentais e das políticas públicas que influenciam diretamente os modos de exercício da saúde, não apenas de docentes, mas de toda a coletividade.

É neste sentido que afirmamos: a relação entre saúde e educação não é algo novo no Brasil. Ao longo dos anos muitas iniciativas foram criadas, contudo, quase todas sempre ocorreram no plano individual, com ênfase na descrição e na prevenção das doenças, buscando, a partir disso, a mudança de hábitos das pessoas e ignorando nas ações pedagógicas, nos planejamentos, e agora nos atuais documentos

norteadores do ensino de saúde, os aspectos sociais, culturais e econômicos que determinam a vida.

2.3.2 Educação em Saúde na perspectiva da promoção: algumas considerações teóricas e metodológicas

A educação em saúde na perspectiva da promoção pressupõe um conjunto de estratégias didático-pedagógicas, desenvolvidas, tendo como ponto de partida os indivíduos, em meios formais ou informais de ensino, e são a base para a disseminação da informação em saúde e o desenvolvimento de habilidades para o empoderamento individual e coletivo, visando melhorar a qualidade de vida de todos na sociedade.

Pensar em educação em saúde, tendo como objetivo a qualidade de vida, seria algo muito além de ensinar modos de prevenção às doenças e/ou tratamento delas, portanto, mais do que ações de caráter prescritivo e doutrinário para a mudança de hábitos. Pensar em educação em saúde, como uma das formas de promoção da saúde, conforme afirmam Renata Cunha e Luciane Pezzato (2019), seria assumi-la como fator de promoção do próprio indivíduo, criando condições para que eles desenvolvam atitudes de reflexão crítica, comprometidas com a ação e transformação social, tendo como base a consciência da sua realidade. Neste sentido, a educação em saúde está relacionada não só com a mudança de hábitos, mas direcionada à formação cidadã.

No Brasil, nos últimos anos, houve uma evolução positiva nos indicadores de saúde. Entretanto, uma grande parte da população ainda sofre com as condições de vida difíceis e muitas vezes desumanas, reflexo da estrutura social do País, que apesar de ter potencial econômico suficiente para que todos tenham uma vida digna, conforme afirmam Cynthia Bydlowski e Isabel Pereira (2019), tem dificuldade para reduzir as desigualdades socioeconômicas, que são gritantes entre a população e que se traduzem em iniquidades em saúde.

O papel da educação em saúde, desse modo, é focalizar no aluno e na sua comunidade, propondo uma formação ampla em saúde, para que ele seja capaz de relacionar, por meio da reflexão crítica e das contribuições das diferentes áreas do saber, os fatores biológicos, sociais e culturais determinantes das condições de saúde. Espera-se, com isso, estimular o desenvolvimento de habilidades e competências em saúde como forma de empoderamento, para que o estudante se

sinta capaz de participar de ações relacionadas com a sua vida, sua saúde e a saúde de todos como um direito fundamental.

Para Bydlowski e Pereira (2019), isso está diretamente relacionado à formação da população para o exercício da cidadania, para identificar-se com a nação, conhecer seus direitos e participar ativamente na sociedade, buscando a equidade nas condições para promover uma transformação real em oportunidades, atitudes e comportamentos dentro da sociedade.

Para que de fato isto ocorra, as propostas de educação em saúde nas escolas que tenham por base a perspectiva da promoção, devem ter como ponto de partida os alunos, seus conhecimentos prévios, as suas condições sociais, econômicas e culturais, portanto, a sua realidade concreta, como forma de construir sentido sobre as atividades e discussões propostas, pois

Atribuir sentido é uma necessidade imperativa para compreendermos e atuarmos no mundo em que vivemos, extraindo lições das experiências e investindo nos processos de conhecimento que continuamente se fazem necessários para atuarmos apropriadamente e respondermos aos desafios da realidade (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 183).

Além disso, no contexto das práticas educativas em saúde, as ações não devem focalizar somente na apropriação do conhecimento, mas devem ser oportunizados aos alunos momentos para o diálogo e participação ativa, para expressarem suas dúvidas, suas opiniões, seus modos de ser e agir para que, em contato com seus pares, possam “tornar-se cientes das possibilidades de sua reflexão e ação, e para experimentarem novos modos de viver e conviver” (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 183).

É importante que os educandos sejam estimulados a analisarem criticamente a sua realidade, para que eles, com a orientação do docente, formulem questões-problemas e procurem modos de respondê-las, oportunizando assim momentos de reflexão em que possam exercitar o pensamento crítico, identificar e discutir coletivamente a respeito dos determinantes sociais da saúde e a importância de políticas públicas, como as relacionadas a moradia, renda e do sistema único de saúde para a qualidade de vida da comunidade. É nesta perspectiva que podemos reafirmar que a educação em saúde, que tenha por base a promoção, muito mais que uma ação pela qual busca-se mudanças de hábitos, é uma ação de caráter político-pedagógico, no qual prioriza-se o desenvolvimento dos níveis de letramento em

saúde dos escolares para um melhor exercício, não apenas da sua saúde, mas também da sua cidadania.

É interessante esclarecer que a proposta de letramento em saúde, apesar de não existir uma definição exata entre os pesquisadores sobre seu conceito, de modo geral, apresenta como característica o desenvolvimento de habilidades e competências nos indivíduos, que vão além de ler e compreender as informações em saúde distribuídas em propagandas e em locais de assistência à saúde; elas compreendem um conjunto de habilidades e competências, que permitem às pessoas participarem ativamente na sociedade, atuando em determinantes que podem impactar na saúde (MIALHE *et al.*, 2019).

Mialhe *et al.* (2019) argumentam que pesquisas realizadas em diferentes países apontam que baixos níveis de letramentos em saúde estão diretamente relacionados com problemas de saúde: o aumento das desigualdades em saúde, dificuldades da população com a utilização de serviços de saúde (seja por vergonha ou por dificuldade em comunicar-se com os profissionais da área), menores índices de prevenção e, ainda, a piores desfechos quando se trata do autogerenciamento de cuidados com doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão.

Quando falamos em letramento em saúde, devemos ter em mente que a aquisição das habilidades mais básicas da alfabetização, como a leitura, a escrita e a numeração, são requisitos fundamentais para a promoção da saúde; contudo, não são as únicas habilidades necessárias para que uma pessoa possa ser considerada com um nível satisfatório de letramento em saúde. A alta escolaridade de uma pessoa não é uma garantia de que ela responderá adequadamente às demandas relacionadas à promoção da sua saúde (MIALHE *et al.*, 2019). Essa perspectiva se aplica, inclusive, aos profissionais que atuam na área.

O letramento em saúde, nesse sentido, está relacionado ao indivíduo adquirir múltiplas habilidades, mas também em saber fazer uso dessas habilidades no seu cotidiano: atuar de forma crítica, responsável e consciente, de maneira a analisar seus hábitos e os modificar sempre que necessário, e por intermédio deles influenciar outras pessoas, assim como ter capacidade de posicionar-se politicamente e participar de ações direcionadas a modificar as formas de organização social e que implicam na determinação social da saúde, além de ações direcionadas aos determinantes sociais, ambientais, culturais e econômicos, que interferem diretamente na sua qualidade de vida e do seu coletivo.

Neste sentido, muitos estudiosos vêm propondo a existência de múltiplos tipos de letramento, em diversas esferas do conhecimento humano e que são fundamentais para melhorar as condições de saúde da população. São áreas como letramento digital, letramento em informação, letramento em redes sociais (MIALHE *et al.*, 2019), letramento matemático, letramento científico (BRASIL, 2018), letramento literário, letramento midiático, dentre outros.

Assim, quando trabalhamos no sentido de ampliar o letramento em saúde dos sujeitos, considerando as múltiplas habilidades necessárias para a sua vida em sociedade, temos que ter em mente que uma pessoa pode ser considerada letrada em um determinado contexto, mas iletrada quando requerida a compreender conceitos e termos que não são habituais a ela, como ocorre em vários contextos de saúde (MIALHE *et al.*, 2019).

Em virtude dessa gama de habilidades em diversas áreas, estudos propõem a avaliação e a classificação do letramento em saúde em diferentes níveis, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação dos níveis de letramento em saúde

Nível de letramento em saúde e objetivos educacionais	Habilidades
Nível 1: letramento em saúde básico ou funcional (<i>functional health literacy</i>) Objetivo: comunicação da informação	Habilidades básicas de leitura e escrita para entender e seguir mensagens simples em saúde, de modo a tornar eficiente seu desempenho nas situações do dia a dia.
Nível 2: letramento em saúde interativo ou comunicativo (<i>interactive health literacy</i>) Objetivo: desenvolvimento de habilidades pessoais	Habilidades cognitivas e de letramento mais avançadas que, em conjunto com competências sociais, podem ser utilizadas para participar ativamente nas atividades do dia a dia, extrair e selecionar informações de diferentes formas de comunicação e dar-lhes significados, e aplicar novas informações para mudar situações.
Nível 3: letramento em saúde crítico (<i>critical health literacy</i>) Objetivo: empoderamento (<i>empowerment</i>) pessoal e comunitário	Habilidades cognitivas e de letramento ainda mais avançadas e que, em conjunto com habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar as informações em saúde que se recebe de maneira crítica, utilizando-a para exercer mais controle sobre os eventos que ocorrem nas diversas situações da vida.

Fonte: adaptado pelos autores (Nutbeam, 2000, apud Mialhe *et al.*, 2019)

Neste sentido, de forma resumida e com base na classificação descrita no Quadro 1, espera-se que quanto maior o nível de letramento em saúde:

1. Mais aguçada será a autonomia do sujeito em relação à compreensão, análise crítica e ao uso das informações sobre saúde para mudança de comportamentos e práticas individuais, para promoção, prevenção e

reabilitação da saúde, assim como para influenciar seus pares à adoção de comportamentos mais saudáveis por meio da comunicação inclusiva ou de programas e processos inovadores baseados na comunidade;

2. melhor será a interação do sujeito com os serviços de saúde e com os profissionais da área, contribuindo para promoção da sua saúde e para mitigar piores desfechos em processos de reabilitação da saúde ou de prevenção a riscos;
3. maior será a habilidade do sujeito de identificar suas necessidades em saúde e da sua coletividade, engajando-se em ações sociais com impacto positivo na saúde;
4. Haverá mais autoconfiança e o desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação para participação em fóruns, conselhos, movimentos sociais emancipatórios, dentre outros espaços de discussões, voltados às melhorias de políticas públicas de promoção da equidade e à justiça social, tal qual o exercício consciente do voto para a escolha de representantes.

Conforme afirmam Mialhe *et al.* (2019), o letramento em saúde, hoje, não é e nem deve ser considerado apenas como mais uma, entre tantas competências particulares das pessoas, mas sim como um dos fatores que são determinantes da saúde e que impactam, portanto, na qualidade de vida de todos na sociedade.

O fortalecimento da “cidadania ativa para a saúde”, por meio do compromisso dos cidadãos com a promoção da saúde e esforços, envolve os indivíduos para que: compreendam seus direitos como pacientes e fortaleçam suas habilidades de “navegar” por meio dos sistemas de saúde; ajam como consumidores informados sobre a saúde, os riscos sobre os produtos, serviços, as opções dos prestadores de cuidados de saúde; ajam individualmente ou coletivamente para melhorar a saúde por meio do voto, da advocacia e da associação com movimentos sociais (MIALHE *et al.*, 2019, p. 112).

Neste sentido, a educação em saúde, que preza pelo letramento em saúde dos seus alunos e pela promoção da saúde é, antes de tudo, uma ação pedagógica que envolve diferentes atores e saberes em prol do empoderamento individual e coletivo. É uma ação não só educativa para o cuidado e prevenção em saúde, mas também política em saúde, que tem por objetivo oportunizar aos estudantes o contato com conhecimentos científicos e debates atuais sobre saúde e doença de diversas

áreas do saber, como a antropologia, a sociologia, a história, a epidemiologia e as ciências biológicas e da saúde, proporcionando condições favoráveis para reflexão, o diálogo entre pares e a tomada de consciência das questões políticas que envolvem a saúde.

Isso implica na necessidade de reconsiderarmos as estratégias metodológicas e as possibilidades de educação em saúde no ambiente educativo. Mesmo com os avanços nas discussões teóricas relacionadas à saúde e metodológicas de ensino e aprendizagem, que ampliam a compreensão do fenômeno da saúde e apresentam novos modelos didático-pedagógicos, que colocam o sujeito em um papel mais ativo no processo de elaboração do conhecimento e da construção da aprendizagem, ainda hoje, o viés conteudista de apresentação de doenças e modos de prevenção é uma forma de ensino bastante utilizada na educação em saúde, tanto por professores, como por enfermeiros, médicos e agentes de saúde que buscam trabalhar com essa temática nas instituições educativas.

Maria Guazzelli e Isabel Pereira (2019) consideram que isso está relacionado às perspectivas mais conservadoras da promoção da saúde, nas quais prevalecem as abordagens de caráter preventivo, prescrevendo aos alunos os comportamentos em saúde considerados ideais. Acredita-se que a simples exposição de informações, nessa lógica, é suficiente para que os atores envolvidos possam fazer escolhas conscientes em saúde e pautadas pela razão.

Assim, se pretendermos nos afastar dessa postura, é necessário ter em mente quais são os objetivos e as intenções quanto à ação educativa em saúde. Quais os sentidos que queremos construir ao final das atividades? Qual nosso ponto de partida e a que lugar precisamos chegar para melhorar as condições de saúde local, regional e nacional? O que é preciso ser feito para que o direito à saúde seja de fato respeitado e as desigualdades sejam eliminadas?

Isso requer, portanto, antes de pensarmos os métodos, os recursos ou instrumentos de ensino e até mesmo o conteúdo que queremos abordar, conhecer quais são os atores que serão envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, quais os seus conhecimentos sobre as temáticas, suas necessidades e características sociais, econômicas e culturais.

Da mesma forma, é preciso repensarmos quanto ao momento histórico-social que vivemos e os modos de construção das relações sociais, que não só determinam as desigualdades nas condições de existência e distribuição de poder entre os

indivíduos, como representam interesses, concepções e o valor atribuído à vida de diferentes grupos sociais pelo pensamento dominante.

Para Guazzelli e Pereira (2019), comumente, priorizamos as estratégias metodológicas, que acabam por tomar o papel de protagonistas nos processos de ensino, negligenciando as reais necessidades e as características dos sujeitos envolvidos. Para as autoras, quando planejamos uma ação educativa em saúde, é importante termos em mente que não existem receitas prontas para eleger uma forma ou outra de trabalhar, pois elas deverão ser escolhidas com base no cenário que estamos inseridos, além de possibilitar adaptação e adequação em um diálogo permanente com os sujeitos, as suas necessidades formativas e as circunstâncias relevantes, que potencialmente ocorrem em encontros interpessoais.

Cunha e Pezzato (2019) argumentam que a produção de sentido por parte dos atores envolvidos na ação educativa em saúde, não se constrói de uma só vez e não é definitiva, sendo necessário mediar essa produção, reforçá-la. Para isso, as autoras afirmam que é necessário que o professor leve em consideração a situação, a identidade cultural e as possibilidades dos sujeitos.

Em vista disso, levar em consideração o contexto social e cultural em que os alunos e a escola estão inseridos, os conhecimentos prévios dos alunos a respeito da saúde e as diversas temáticas relacionadas às necessidades deles e as possibilidades que esses contextos permitem, são fundamentais para elaborar ações didático-pedagógicas coerentes e que facilitem e estimulem a produção de sentido pelos atores envolvidos.

É necessário, portanto, pensarmos que “quaisquer práticas educativas formais são ações intencionalizadas, pressupondo consciência dos fins e objetivos, e coerência entre os encaminhamentos propostos, o contexto de produção e essas finalidades” (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 184).

Tendo isso em mente, nossos planejamentos e projetos de educação em saúde devem ter por fundamento perspectivas de ensino, abordagens e métodos de ensino que levem em consideração o sujeito como o aspecto central dos processos de ensino e de aprendizagem, isto é, que o retire da mera posição de quem deve ser instruído, e o coloque também em uma posição de responsável pelo processo de produção e elaboração do conhecimento, alguém capaz de modificar sua realidade.

O ideal é aproximarmos de visões de educação que tenham como horizonte a construção da autonomia do sujeito, que levem em consideração suas

particularidades, seus saberes e a relação do sujeito com o mundo e com seus pares (CUNHA; PEZZATO, 2019). Abordagens como a cognitivista, humanista e sociocultural são as mais compatíveis com o trabalho em educação em saúde, pois concordam que a “função da escola é oferecer condições para o crescimento dos educandos, prestigiando as particularidades das fases de desenvolvimento, a cultura e os conhecimentos dos educandos, e os princípios democráticos” (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 187).

Como é possível compreender, o papel do professor nas atividades de educação em saúde não se restringe apenas em selecionar e apresentar o conteúdo científico para o aluno. O professor que se propõe a educar em saúde, mais do que instruir, deve assumir o papel de coordenador do processo de ensino-aprendizagem. Ele se propõe a conhecer as angústias, os anseios e, sobretudo, as necessidades formativas do seu público-alvo, para que, a partir disso, possa selecionar conteúdos, métodos e recursos de ensino, assim como planejar atividades que sejam coerentes com as expectativas e com as necessidades dos estudantes e sua realidade em saúde. Portanto,

O profissional que se propõe a trabalhar em educação em saúde sob a égide da promoção, deve pensar em uma mediação: seu papel é o de facilitador, incentivador e motivador do processo. Cabe-lhe garantir que os temas eleitos e as questões levantadas sejam discutidos, relacionados, organizados e manipulados até que façam parte da rede de significados e se constituam de modo a permitir ações (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019, p. 79).

É neste sentido que afirmamos: educar para a saúde é potencializar nas escolas atitudes de reflexão sobre a realidade local, regional e nacional, para que os estudantes possam compreender e relacionar os diferentes fatores – biológicos, sociais, políticos e culturais – como determinantes das suas condições de saúde e dos seus pares. É trabalhar pedagogicamente para que os estudantes se sentam confiantes para agir individualmente ou coletivamente pela melhoria da qualidade de vida de todos, por meio do exercício consciente da cidadania, do fortalecimento de redes de apoio comunitário e da luta pela eliminação das desigualdades sociais determinadas pela estrutura social e pelos meios de produção.

Se almejamos, de fato, cidadãos com mais autonomia, senso crítico e capazes de atuar em prol da sua saúde e dos demais, não só é necessário, como urgente que a escola se torne um espaço de indagação, de discussão e, acima de

tudo, de contestação de valores, representações, hábitos e da determinação estrutural e relacional das sociedades.

3 CONCEPÇÃO E ESTRUTURA DO PRODUTO EDUCACIONAL

A educação a distância tem se tornado uma realidade cada vez mais presente, não apenas dentro das instituições de ensino superior, mas na sociedade de um modo geral, impulsionada pela ampla difusão das tecnologias digitais da informação e comunicação (TDIC). Para Josiane Dal Forno e Graziela Knoll (2014, p. 180),

Com o acesso às informações facilitado pela internet e com a crescente evolução do mercado de criação de novas tecnologias digitais, novas possibilidades de aprendizagem estão sendo, cada vez mais, criadas e difundidas por meio da grande rede. Isso tem provocado transformações, sobretudo, no âmbito social e cultural, em função das oportunidades criadas para comunicação e formação de interessados, que procuram por informação, entretenimento ou qualificação.

A oferta de cursos e disciplinas, cujo processo de ensino e aprendizagem é mediado pela modalidade a distância, tem ocorrido em uma variedade de plataformas do meio virtual e nos mais diversos segmentos, áreas do conhecimento e níveis de escolaridade, seja na educação formal, com os cursos de graduação, pós-graduação ou técnicos de ensino médio, como na educação não formal, que não depende de regulamentação específica pelo Ministério da Educação, com a oferta de cursos livres, profissionalizantes, de aperfeiçoamento e de formação continuada.

Neste último segmento de oferta, há uma modalidade de cursos que vem ganhando destaque no mundo, denominada MOOC. A sigla MOOC, de origem inglesa, significa Curso Online Aberto Massivo (*Massive Open Online Course*) e diz respeito a um tipo de oferta de cursos abertos e de curta duração, oferecidos por meio de ambientes virtuais de aprendizagem, redes sociais, como o YouTube, ou por ferramentas de comunicação da Web.

Por ser uma oferta aberta, esses cursos são caracterizados, principalmente, pela sua abrangência e escalabilidade, portanto, em geral, são cursos majoritariamente gratuitos, que podem ser acessados e realizados por qualquer pessoa conectada à internet (exceto quando é indicada a necessidade de conhecimentos prévios) e são planejados para suportar um número indefinido de participantes, sem depender de um número mínimo de inscrições para serem iniciados (DAL FORNO; KNOLL, 2014; MARTINS; LEITE; RAMOS, 2017).

As atividades do MOOC são desenvolvidas de forma assíncrona, isto é, todos os conteúdos e atividades do curso são disponibilizados pelo professor na plataforma virtual e os estudantes os realizam de acordo com a sua disponibilidade de tempo,

portanto, não há aulas síncronas (ao vivo) com o professor, tampouco a fixação de um calendário rigoroso para a realização de cada atividade proposta durante a formação.

No Brasil, a oferta de cursos MOOC gratuitos e de acesso universal tem se tornado cada vez mais comum por instituições de ensino públicas. A título de exemplo, citamos a plataforma LUMIA mantida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a plataforma Eskada da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), a plataforma PoCA da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), a plataforma Lincon da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (UNICENTRO), a plataforma Nutead da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e a plataforma Escola Virtual.Gov mantida pelo Governo Federal do Brasil.

A democratização do acesso ao conhecimento existente nas plataformas dessas instituições de ensino citadas, serviu de inspiração para este produto educacional. Neste sentido, o planejamento, desenvolvimento e oferta deste produto educacional foi todo baseado na modalidade de cursos MOOC, como uma complementação à formação do curso superior dos participantes.

Esta escolha se deu, primeiramente, pela forma de oferta assíncrona, assim, todas as atividades do curso poderiam ser disponibilizadas pelo professor no *Moodle* e os participantes poderiam realizá-las de acordo com a sua disponibilidade de tempo, respeitando o planejamento de tempo proposto para aplicação do produto (2 meses e 17 dias).

Por fim, a segunda motivação para a escolha do MOOC como produto educacional é em razão da sua abrangência e escalabilidade. Por ser uma oferta totalmente a distância, sem a necessidade de atividades síncronas com o professor, não possuir um calendário rigoroso de atividades e ter sido planejado para comportar um número infinito de participantes, este produto educacional poderá ser utilizado futuramente para aplicação em larga escala por outras entidades interessadas em promover a formação de professores em educação em saúde.

3.1 Fases de desenvolvimento do produto educacional

A concepção e a estrutura do curso foram realizadas seguindo a proposta para produção de conteúdo EAD do Ministério do Meio Ambiente (BRASIL, 2014). Cabe salientar, que a proposta foi adaptada para os fins dessa pesquisa e nem todas as orientações descritas no modelo de Brasil (2014) foram consideradas, em razão do

tempo, do público-alvo e do tipo de conteúdo que seria ministrado, conforme breve descrição do Quadro 2.

Quadro 2 – Fases de desenvolvimento do produto educacional

FASE	BREVE DESCRIÇÃO
Análise do Conteúdo da formação	Consiste na definição dos conteúdos que serão ministrados na formação.
Desenvolvimento do Cronograma	Diz respeito ao desenvolvimento de cronograma a ser seguido para a construção do curso.
Planejamento	Refere-se à análise minuciosa do público-alvo da formação, para definição da linguagem, mensurar objetivos e estratégias instrucionais da formação.
Roteirização	Consiste em estruturar o conteúdo em capítulos e lições, de maneira a construir esquemas de ensino-aprendizagem apropriadas, bem como os métodos de avaliação do conteúdo.
<i>Design</i>	Diz respeito à transformação do material para o formato digital, lançado de recursos como imagens, vídeos, áudios e telas, criando assim um ambiente interativo para o público-alvo.
Implantação e Testes	Fase destinada à implementação do curso no ambiente virtual de aprendizagem (AVA), destinado ao teste do produto resultado das duas fases anteriores, de modo a garantir sua qualidade antes da aplicação.
Encerramento	Consiste na aplicação do curso de forma definitiva no AVA, para que o público-alvo possa realizar a formação.

Fonte: Adaptado de Brasil (2014)

As fases de Análise do Conteúdo da formação, Planejamento, Desenvolvimento do Cronograma e Roteirização, podem ser definidas como a fase de criação do Projeto Pedagógico de Curso, sendo as duas primeiras pré-requisitos à definição dos conteúdos que seriam ministrados, portanto, ponto de partida para a roteirização do curso.

Ao longo dessas duas fases, tendo por premissa o problema de pesquisa, definiu-se, portanto, os objetivos do curso, o público-alvo da formação, a metodologia de ensino, os procedimentos de avaliação, os recursos necessários e o conteúdo programático do curso, conforme pode ser observado no Quadro 3. É interessante esclarecer que o nome definido à formação procurou chamar a atenção ao fato que, quando falamos no elo entre Educação, Saúde e Sociedade, existe uma série de discussões que perpassam por diversas questões de ordem cultural, econômica, social, ambiental e biológica. Neste sentido, a expressão “do curandeirismo à biologia” foi proposto com o sentido de englobar essa diversidade de questões que também seriam tratadas no decorrer do curso.

Quadro 3 – Análise de Conteúdo e Planejamento

1 – APRESENTAÇÃO
<p>Título da formação: Educação, Saúde e Sociedade: do curandeirismo à biologia Autor: Matheus Ribeiro Vitor. Responsável pela validação: Prof. Dr. Daniel Guerrini. Área explorada: Educação para a Saúde, Sociologia e Antropologia da Saúde. Carga horária: 25 horas. Conteúdo geral: Educação em saúde e as bases conceituais sobre saúde e doença.</p>
2 – OBJETIVOS
<p>Objetivo Geral: Implementar uma proposta didático-pedagógica para a formação complementar de licenciandos em ciências e biologia, na modalidade a distância, sobre educação para a promoção da saúde e as bases conceituais elaboradas no âmbito das ciências sociais e humanas sobre o tema, que possam embasar a atuação dos futuros professores em propostas de educação em saúde em espaços de ensino-aprendizagem diversos.</p> <p>Objetivo Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Conhecer e compreender as contribuições das Ciências Sociais e Humanas, especialmente a sociologia, a antropologia e a filosofia para o entendimento dos fenômenos da saúde, doença e cura; II. Compreender e ampliar os conceitos de saúde e do processo saúde-doença, além das definições próprias do campo biológico; III. Reconhecer e compreender os fatores determinantes da saúde e a interseccionalidade entre eles; IV. Entender o que é a educação em saúde na perspectiva da promoção, quais seus temas e suas bases teóricas e metodológicas; V. Conhecer os pressupostos do letramento em saúde; VI. Compreender o contexto histórico e o marco legal da educação em saúde no Brasil.
3 – PERFIL DO PÚBLICO-ALVO
<p>Público-alvo: estudantes regularmente matriculados em curso de formação docente em Ciências Biológicas, Biologia, Ciências com habilitação específica ou Ciências da Natureza. Faixa etária: estudantes admitidos no ensino superior, nos cursos designados acima.</p>
4 – METODOLOGIA DE ENSINO
<ol style="list-style-type: none"> I. Formação promovida na modalidade a distância, exclusivamente por meio de ambiente virtual de aprendizagem; II. Metodologia de estudos autodirigidos; III. A interação entre docente mediador e estudantes ocorrerá em fóruns de discussões promovidos ao longo das unidades de ensino e correios eletrônicos.
5 – PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> I. Participação nos fóruns; II. Participação no instrumento de coleta de dados inicial; III. Avaliação final. IV. Participações nos fóruns das unidades de ensino serão avaliadas e correspondem a 40% da nota final do curso; V. Participação no instrumento de coleta de dados inicial do curso, correspondem a 30% da nota final do curso; VI. Avaliação final será realizada com base na elaboração de texto dissertativo-argumentativo, correspondendo a 30% da nota final; VII. Para aprovação no curso, o estudante deverá totalizar 80 pontos (80% de aprovação) na somatória das atividades propostas acima.
6 – CONTEÚDO PROGRAMÁTICO
<ol style="list-style-type: none"> a) Apresentação. <ol style="list-style-type: none"> i. Apresentação do curso, objetivos, conteúdos e procedimentos de avaliação.

- b) Módulo 1 – Introdução às bases conceituais sobre saúde.
 - i. Unidade Saúde, doença e cura: introdução aos conceitos de saúde, doença e cura; Importância do conceito ampliado de saúde e doença; saúde e doença como questão filosófica, sociocultural, natural, práxis, valor e medida; conceito de saúde como processo histórico e sociocultural; saúde na constituição brasileira e a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
 - ii. Unidade Determinantes sociais em saúde: conceito de determinantes sociais da saúde; desigualdades e iniquidades em saúde; definição dos determinantes sociais e a sua relação com a saúde coletiva e individual; macrodeterminantes sociais e fatores mediadores da saúde; determinantes sociais da saúde e a interseccionalidade; modelos explicativos dos determinantes sociais da saúde.
- c) Módulo 2 – Educação em saúde: considerações teóricas e possibilidades
 - i. Unidade Educação em Saúde na Perspectiva da Promoção: contexto histórico da educação em saúde; marco legal da educação em saúde no Brasil; definição de educação em saúde na perspectiva da promoção; introdução ao conceito de letramento em saúde; pressupostos teóricos e metodológicos da educação em saúde.
 - ii. Unidade Temas em Educação em saúde: introdução à proposta de bloco temático Relações Sociais, Identidade e Cuidado; introdução à proposta de bloco temático Saúde Coletiva e Pública; introdução à proposta de bloco temático Educação Alimentar e Nutricional; introdução à proposta de bloco temático Educação para a Sexualidade; introdução à proposta de bloco temático Drogas (Substâncias Psicoativas); Indicação de materiais e recursos tecnológicos para apoio ao ensino dos blocos temáticos em educação em saúde.
- d) Revisão e Encerramento
 - i. Revisão do conteúdo ministrado nos módulos anteriores;
 - ii. Atividade final.

7 – RECURSOS TECNOLÓGICOS

- a) Dispositivo com conexão à internet;
- b) Navegador web; ou
- c) Aplicativo *Moodle* para dispositivos móveis.

Fonte: Autoria própria (2022)

Após realizada a Análise do Conteúdo da formação e o Planejamento, deu-se início à fase de Roteirização do curso, que consiste em estruturar o conteúdo programático definido nas etapas anteriores nos textos dos capítulos e lições, de maneira a construir esquemas de ensino-aprendizagem apropriados, bem como os métodos de avaliação do conteúdo. A fase é marcada fortemente pela pesquisa bibliográfica e dos materiais auxiliares que farão parte do conteúdo do curso.

Para mais, conforme define Brasil (2014), o aluno necessita estabelecer uma relação lógica com o processo de ensino-aprendizagem, de tal forma que “as lições e

capítulos devem ter um fio lógico que as conecte” (BRASIL, 2014, p. 37), portanto, é necessário que a construção e a disposição dos conteúdos sigam um fluxo padrão, em que os “assuntos da lição devem todos estar interligados com o tema do capítulo. Além disso, cada lição deve estar conectada com a anterior, ao mesmo tempo em que dá abertura para a próxima” (BRASIL, 2014, p. 37).

Como pode ser observado no conteúdo programático do quadro anterior (Quadro 3), o curso foi organizado em quatro partes, sendo: dois módulos de conteúdo, a apresentação do curso e a revisão geral de conceitos e encerramento. Cada módulo de conteúdo é composto por duas unidades de ensino, com uma sequência lógica de apresentação das discussões, de forma que cada unidade é complementar e interligada à outra, viabilizando a construção de sentido entre os diferentes temas abordados ao longo do percurso formativo.

Tendo por base o modelo apresentado por Brasil (2014), definimos como fluxo padrão de apresentação dos conteúdos das unidades a seguinte ordem de etapas: Situação inicial > Pergunta norteadora > Conteúdos > Solução da pergunta norteadora > Sugestão de leitura complementar > Conclusão da unidade. Esse fluxo de apresentação é uma etapa importante de construção do produto, pois guiará a forma como os conteúdos serão organizados no ambiente virtual de aprendizagem.

A situação inicial corresponde a uma breve introdução à temática que será abordada naquela unidade de ensino. A pergunta norteadora propunha ao estudante uma situação em que lhe é exigido a reflexão prévia sobre a temática que seria estudada na unidade de ensino, convidando-os à interação nos fóruns, parte integrante das atividades avaliativas do curso, portanto, são questões discursivas que não possuíam uma única resposta correta, mas introduziam situações que exigiam do estudante a reflexão com base em seu conhecimento prévio. Além disso, funcionam como norteadoras do percurso de ensino, de modo que o conteúdo apresentado na unidade de ensino responderia à questão proposta. Cada unidade de ensino possuía uma pergunta norteadora, conforme pode ser observado no Quadro 4.

Quadro 4 – Perguntas norteadoras das unidades do produto educacional

Módulo	Unidade de ensino	Pergunta Norteadora
Módulo 1 – Introdução às bases conceituais da Saúde	Unidade 1 – Saúde, doença e cura	Com base na sua realidade e nas suas experiências do dia a dia, como você definiria a saúde?

Módulo 1 – Introdução às bases conceituais da Saúde	Unidade 2 – Determinantes sociais da saúde	Atualmente, quais fatores você acredita que são determinantes para a saúde da população brasileira?
Módulo 2 – Educação em Saúde: considerações teóricas e possibilidades	Unidade 1 – Educação em Saúde na perspectiva da promoção	Para você, qual é o papel da educação em saúde nas escolas e para a sociedade de um modo geral?
Módulo 2 – Educação em Saúde: considerações teóricas e possibilidades	Unidade 2 – Considerações metodológicas e temas em Educação em saúde	Para você, considerando a sua realidade, quais são as possibilidades temáticas e as necessidades metodológicas para trabalhar com educação em saúde nas escolas ou em outros espaços educativos?

Fonte: Autoria própria (2023)

Após a pergunta norteadora, o participante segue para o estudo dos conteúdos da unidade. Nesta parte, além do texto escrito com base na literatura da área, são propostos vídeos disponíveis no YouTube, como entrevistas com pesquisadores e profissionais da área da saúde ou da educação, documentos, como artigos publicados em periódicos, *e-books* gratuitos e documentos de órgãos públicos, dos quais poderiam ser acessados por meio de *hiperlinks*, como forma de expandir e complementar a formação sobre o assunto para além do texto do curso. Esses materiais podem ser acessados por meio dos *links* existentes ao longo do produto educacional anexo a essa dissertação.

Para mais, fóruns de interação que convidam os participantes a manifestarem suas opiniões acerca do tema e a interagir com os demais colegas de curso. É importante ressaltar que, por fórum em ambiente virtual de aprendizagem, entendemos como um recurso de comunicação assíncrona da educação a distância, que possibilita a interação entre os participantes, portanto, um espaço que permite a postagem de textos (discussões) reflexivas sobre o conteúdo curricular (ZWICKER *et al.*, 2021, p. 3).

É pertinente salientar que a ordem e a seleção dos conteúdos propostos nos módulos 1 e 2, acompanharam a própria disposição da fundamentação teórica desta dissertação, uma vez que, em ambos os casos, dissertação e produto educacional, as bases teóricas que fundamentam as discussões são as mesmas, de tal forma que em alguns trechos haverá equivalência entre ambas; exceto a unidade dois do segundo módulo do curso (Unidade Temas em Educação em saúde), cujo foco mais voltado à

prática pedagógica, busca a introdução das possibilidades temáticas da educação em saúde e a apresentação de materiais didático-pedagógicos aos cursistas.

Apesar da simetria teórica entre ambos os produtos dessa pesquisa, a linguagem do produto educacional foi totalmente readequada, pois, conforme pontua Brasil (2014, p. 50),

A estrutura dos textos deve sempre ter o foco na construção do conhecimento, com linguagem clara e de fácil compreensão, diferente do formato de artigo, dissertação e teses. O conteúdo apresentado ao aluno deve permitir que este realize uma série de operações, como: comparar, refletir, desenvolver hipóteses, classificar, relacionar, identificar, concluir, rever e querer saber.

Neste sentido, a escrita científica, na medida do possível, foi ajustada para uma escrita mais simples, objetiva, reduzida e de fácil compreensão, portanto, mais adequada ao nível acadêmico dos participantes do curso, evitando o uso de jargões e buscando um contexto em que a produção se tornava mais próxima do leitor e menos impessoal, em uma espécie de diálogo guiado. Para tanto, o leitor poderá observar que o componente textual do produto educacional se dá em grande parte na primeira pessoa do plural e com o uso do pronome de tratamento “você” ao invés dos pronomes pessoais recomendados pela norma culta da língua portuguesa.

Na sequência, a etapa de conteúdos, apresenta-se a solução da pergunta norteadora. Essa etapa do curso busca retomar a questão inicial proposta antes da etapa de estudos dos conteúdos da unidade, com a finalidade não só de respondê-la, mas também articulá-la, mediante um breve resumo, aos conceitos expostos na etapa anterior, além de construir uma conexão com o tema que será explorado na próxima unidade de estudos.

A Sugestão de leitura complementar, por sua vez, trata-se de sugestões de materiais para complementar a formação e expandir os conhecimentos apresentados na etapa de conteúdos da unidade de ensino e que, porventura, não foram incluídos no decorrer do texto. Tais materiais constituem-se em artigos publicados em periódicos, *e-books* disponíveis para *download* gratuitamente na internet, atlas produzidos por órgãos de pesquisas ou documentos oficiais de ensino, como os parâmetros curriculares nacionais, considerados relevantes para aprendizagem dos participantes sobre a temática abordada. Esses materiais podem ser acessados por meio dos *links* disponibilizados na seção “Leitura Complementar” de cada unidade de ensino do produto educacional anexo a essa dissertação.

Por fim, a etapa de Conclusão tem por objetivo a retomada dos principais conceitos trabalhados no decorrer da unidade de ensino, em formato de resumo em tópicos. Como a atividade final do curso foi idealizada para ser um dos instrumentos de coleta de dados, para não repetir as questões aplicadas inicialmente aos participantes, de modo que pudesse enviesar a coleta de dados ou ainda soar de forma relapsa ou repetitiva, optou-se, como estratégia, pela elaboração de uma redação dissertativa-argumentativa, de no mínimo 1.500 caracteres (sem contar os espaços), na qual os estudantes deveriam mobilizar os conhecimentos expostos ao longo da formação para sua concepção, argumentando o que seria a educação em saúde com base na promoção, quais seus objetivos e quais as perspectivas de saúde e doença que devem ser adotadas pelo professor em seu planejamento. A atividade completa pode ser observada no Apêndice C.

Ainda na etapa de Roteirização, os conteúdos dos capítulos e as lições propostas passaram pelo processo de validação pelo orientador responsável pela pesquisa, além da correção gramatical realizada por profissional especializado em língua portuguesa, observando as peculiaridades descritas anteriormente em razão da adequação do gênero textual.

Após a etapa de Roteirização e com o conteúdo do curso estruturado, iniciou-se o processo de *Design*, no qual o material foi readequado para o ambiente virtual de aprendizagem, utilizando a ferramenta *Microsoft Office Publisher*. Nessa etapa, imagens, ícones e caixas de textos foram inseridas junto ao texto, de forma a deixá-lo mais atrativo ao público-alvo, conforme o exemplo da Figura 8.

Figura 8 – Exemplo de *Design* do produto Educacional

Alguns pesquisadores consideram que isso está relacionado às perspectivas mais conservadoras da promoção da saúde, nas quais prevalecem as abordagens de caráter preventivo, prescrevendo aos alunos os comportamentos em saúde considerados ideais. Acredita-se que a simples exposição de informações, nessa lógica, é suficiente para que os atores envolvidos possam fazer escolhas conscientes em saúde e pautadas pela razão (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019).



Fonte: Autoria própria (2022)

Finalizado a etapa de *Design*, o conteúdo do curso foi transposto para o ambiente virtual de aprendizagem, na fase de Implementação e Testes, sendo o *Moodle* a plataforma utilizada para implementar e mediar a aplicação do curso. É importante destacar, que antes da efetiva aplicação do conteúdo estruturado na etapa de *design* para a plataforma de ensino, a etapa de Implementação e Testes teve início com a abertura da turma, realizada pela equipe de gerenciamento do *Moodle* da UTFPR. Após a abertura da turma, procedeu-se a configuração dos parâmetros de

funcionamento do curso, definindo-se na plataforma as datas de início e término do curso e das atividades, métodos de inscrição, avaliação, layout da página e organização do conteúdo, além da parametrização dos requisitos necessários para finalização, progresso e aprovação no curso.

Com as configurações da plataforma de ensino finalizadas, os materiais contendo os conteúdos do curso, elaborado na fase de *design*, foram aplicados no *Moodle* e testados, de modo a garantir a qualidade da oferta antes da sua disponibilização aos participantes. Nesse momento foram ajustados os parâmetros e alguns materiais que apresentam inconsistência durante o período de testes.

Finalizada a implementação e testes, o curso entrou em fase de encerramento e, portanto, já estava apto a receber as inscrições dos estudantes interessados em participar da pesquisa e formação proposta. A imagem da Figura 9 apresenta o resultado da fase de implementação e testes no ambiente virtual de aprendizagem *Moodle*.

Figura 9– Design final do produto no Moodle

The screenshot displays the Moodle course interface for 'Módulo 1 - Introdução às bases conceituais da saúde'. At the top, there are four course sections: 'Apresentação', 'Módulo 1 - Introdução às bases conceituais da saúde', 'Módulo 2 - Educação em Saúde: considerações teóricas e ...', and 'Revisão e Encerramento'. The main content area shows the details for 'Módulo 1 - Introdução às bases conceituais da saúde', which is marked as 'Disponível se:' (Available if:). Below this, there are several activity blocks, each with a 'Restrito' (Restricted) label and a green checkmark indicating availability. The blocks include: 'Mod1 - Unidade 1 - Introdução' (PÁGINA), 'Fórum Obrigatório Mod1 - Unidade 1 - Pergunta norteadora' (FÓRUM), 'Mod1 - Unidade 1 - Saúde, Doença e Cura' (PÁGINA), 'Mod1 - Unidade 1 - Conclusão' (PÁGINA), 'Mod1 - Unidade 2 - Introdução' (PÁGINA), 'Fórum Obrigatório Mod1 - Unidade 2 - Pergunta norteadora' (FÓRUM), 'Mod1 - Unidade 2 - Determinantes sociais da saúde' (PÁGINA), 'Mod1 - Unidade 2 - Conclusão' (PÁGINA), 'Fórum Discussão Optativo - Mod1 - Unidade 2' (FÓRUM), and 'Mod1 - Indicação de Leitura Complementar' (PÁGINA).

Fonte: Autoria própria (2022)

Com relação à disposição do conteúdo no ambiente virtual de aprendizagem *Moodle*, o Quadro 5 exemplifica como as unidades foram organizadas em sequência no ambiente, respeitando o fluxo padrão de apresentação citado anteriormente, para o percurso de ensino.

Quadro 5 – Organização do conteúdo no *Moodle*

Sequência no <i>Moodle</i>	Módulo	Unidade de ensino	Organização do Conteúdo
1	Apresentação	Unidade 1 – Apresentação do curso	1 – Apresentação do curso 2 – Objetivos 3 – Conteúdos 4 – Procedimentos de avaliação
2	Módulo 1 – Introdução às bases conceituais da Saúde	Unidade 1 – Saúde, doença e cura	1 – Situação inicial 2 – Pergunta norteadora 3 – Conteúdos 4 – Solução da pergunta norteadora 5 – Sugestão de leitura complementar 6 – Conclusão da unidade de ensino
3	Módulo 1 – Introdução às bases conceituais da Saúde	Unidade 2 – Determinantes sociais da saúde	1 – Situação inicial 2 – Pergunta norteadora 3 – Conteúdos 4 – Solução da pergunta norteadora 5 – Sugestão de leitura complementar 6 – Conclusão da unidade de ensino
4	Módulo 2 – Educação em Saúde: considerações teóricas e possibilidades	Unidade 1 – Educação em Saúde na perspectiva da promoção	1 – Situação inicial 2 – Pergunta norteadora 3 – Conteúdos 4 – Solução da pergunta norteadora 5 – Sugestão de leitura complementar 6 – Conclusão da unidade de ensino
5	Módulo 2 – Educação em Saúde: considerações teóricas e possibilidades	Unidade 2 – Considerações metodológicas e temas em Educação em saúde	1 – Situação inicial 2 – Pergunta norteadora 3 – Conteúdos 4 – Solução da pergunta norteadora 5 – Sugestão de leitura complementar 6 – Conclusão da unidade de ensino
6	Encerramento	Unidade 3 – Encerramento do curso	1 – Revisão do conteúdo ministrado nos módulos anteriores; 2 – Atividade final.

Fonte: Autoria própria (2023)

A primeira coluna, “Sequência no *Moodle*”, indica a sequência com a qual o módulo/unidade era apresentado ao aluno no ambiente virtual, enquanto a coluna “Organização do Conteúdo” representa a organização interna da unidade em si, portanto, a sequência que o conteúdo da unidade era apresentado ao aluno.

Neste sentido, a título de exemplo, o primeiro módulo apresentado ao aluno no *Moodle* foi a “Apresentação” e a unidade de ensino foi a “Unidade 1 – Apresentação do curso”. Dentro desta unidade de ensino, os conteúdos foram apresentados seguindo o percurso da coluna “Organização do Conteúdo”, sendo: 1 – Apresentação do curso > 2 – Objetivos > 3 – Conteúdos > 4 – Procedimentos de avaliação.

Como o *Moodle* da UTFPR é um ambiente restrito, você poderá acessar todo o conteúdo proposto no curso (incluindo as indicações de materiais complementares) por meio do *e-book* criado a partir do material do *Moodle*, disponível no Repositório Institucional da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (RIUT), como anexo a esta dissertação.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste capítulo são apresentados os encaminhamentos metodológicos da pesquisa, portanto, a metodologia e a caracterização da pesquisa, a caracterização dos participantes, o local de desenvolvimento da pesquisa, os procedimentos adotados para coleta e análise de dados.

4.1 Metodologia e caracterização da pesquisa

Em razão dos objetivos desta pesquisa, descritos na introdução, a metodologia utilizada pode ser definida como pesquisa qualitativa. De acordo com Marília Tozoni-Reis (2009, p. 25), “por pesquisa qualitativa entendemos uma modalidade segundo a qual a compreensão dos conteúdos é mais importante do que sua descrição ou sua explicação”. A escolha se deu em razão do interesse em desvendar, por meio das falas observadas, os seus significados mais essenciais e profundos relacionados à subjetividade, às organizações e às relações sociais, que tanto nos interessa nas pesquisas em ciências sociais, e que são difíceis de ser obtidos por intermédio apenas da objetivação quantitativa.

Neste sentido, concordamos com Maria Minayo (2002, p. 21-22), que

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Acreditamos que no contexto interdisciplinar ao qual propomos este estudo, entre educação, saúde e sociedade, a pesquisa qualitativa atenderia aos nossos interesses, uma vez que consideramos que ela seja capaz, por meio das teorias sobre o tema presentes nas ciências humanas e sociais, fazer uma aproximação, mesmo que provisória, de representações e significados sobre o fenômeno estudado.

Junto a isto, Tozoni-Reis (2009, p. 10) afirma que “a pesquisa qualitativa defende a ideia de que, na produção de conhecimentos sobre os fenômenos humanos e sociais, interessa muito mais compreender e interpretar seus conteúdos que descrevê-los”. Neste sentido, consideramos o método da pesquisa qualitativa ideal para aprofundar nossos objetivos propostos nesta pesquisa, dado que “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas,

um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2002, p. 22).

Além disso, concordamos com a autora, que no campo da educação, assim como ocorre nas ciências humanas e sociais de um modo geral, a pesquisa nas ciências da educação possui caráter essencialmente qualitativo, contudo, “sem perder o rigor metodológico e a busca por compreender os diversos elementos dos fenômenos estudados” (TOZONI-REIS, 2009, p. 10). Neste sentido, devemos levar em consideração a complexidade na qual os fenômenos educativos se desdobram na sociedade, logo, devemos compreendê-los em sua complexidade histórica, política, social e cultural (TOZONI-REIS, 2009), portanto, como fenômenos historicamente situados.

No que se refere ao recorte empírico deste trabalho, a modalidade de pesquisa de campo foi definida como a fonte dos dados. Conforme define Tozoni-Reis (2009), nas ciências da educação, o campo pode ser considerado como os espaços educativos, que em razão da riqueza dos processos educativos ocorridos em diversos espaços da sociedade, extrapolaram os muros das escolas e universidades.

Neste sentido, espaços escolares e não escolares, físicos ou virtuais, são considerados campos de pesquisas educacionais, logo, ambientes virtuais de aprendizagem, tais como a plataforma *Moodle*, são tidos como um desses campos nos quais pesquisadores podem coletar dados, visando compreender os processos educativos que nele ocorrem.

Como técnica e instrumento de pesquisa, optou-se pela entrevista com questionário estruturado. Por entrevista, entendemos “todo tipo de comunicação ou diálogo entre um pesquisador que tem como objetivo coletar informações dos depoentes para serem posteriormente analisadas” (TOZONI-REIS, 2009, p. 40). A escolha dessa técnica e instrumento se deu pela sua viabilidade de ser aplicada aos participantes de maneira remota, concomitante à aplicação do produto educacional vinculado a esta pesquisa, realizado por intermédio da educação a distância, na plataforma virtual de aprendizado *Moodle* da universidade.

4.2 Caracterização dos participantes e local da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 43 estudantes de curso de graduação em licenciatura em Ciências Biológicas.

Para preservar a identidade dos participantes, no lugar dos seus nomes foram atribuídos códigos alfanuméricos, compostos pela letra A (Aluno) e a posição numérica do seu nome na lista geral de nomes dos participantes em ordem alfabética, conforme o Quadro 6.

Quadro 6 – Código Participantes na Pesquisa

CATEGORIA	CÓDIGOS
Alunos de licenciatura em Ciências Biológicas	A1; A2; A3; A4; A5; A6; A7; A8; A9; A10; A11; A12; A13; A14; A15; A16; A17; A18; A19; A20; A21; A22; A23; A24; A25; A26; A27; A28; A29; A30; A31; A32; A33; A34; A35; A36; A37; A38; A39; A40; A41; A42; A43

Fonte: Autoria própria (2022)

Os estudantes estavam matriculados em cinco instituições de ensino superior, todas de natureza pública, sendo três pertencentes ao sistema estadual de ensino do Paraná e duas ao sistema federal de ensino mantidas pela União.

O local de desenvolvimento da pesquisa foi o ambiente da *web*, por meio da plataforma de ensino *Moodle* da UTFPR, o aplicativo de formulários *Google Forms* e por correspondência eletrônica (*e-mail*).

4.3 Procedimento de coleta de dados

O período de aplicação do produto educacional ocorreu no intervalo de 7 de janeiro de 2022 a 25 de março de 2022. Os graduandos em licenciatura em Ciências Biológicas interessados em participar da pesquisa e da aplicação do produto educacional realizaram sua inscrição por meio de um formulário do *Google*, que esteve aberto até 20 de dezembro de 2021.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa da coleta de dados, ao acessar o formulário de inscrição no curso, os estudantes interessados em participar, obrigatoriamente deveriam responder a um questionário composto por questões dissertativas e de múltipla escolha. As treze primeiras questões deste questionário buscavam caracterizar os participantes da pesquisa, conforme pode ser observado no instrumento de coleta de dados do Apêndice A. Enquanto as quatro últimas questões, dissertativas, voltavam-se diretamente ao objetivo da pesquisa e buscavam apreender as concepções de saúde e doença desses alunos, e como tais ideias influenciam na sua forma de conceber um tipo de educação em saúde e o papel

da escola nesse quesito. Portanto, o formulário de inscrição se tratava do instrumento de coleta inicial de dados.

É importante informar que, além do instrumento de coleta de dados presente no formulário, os pesquisados acessaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual davam ciência das condições e dos objetivos da pesquisa. Um *link* adicional foi incorporado ao longo do texto explicativo do termo, para que os estudantes pudessem baixá-lo em formato PDF, conforme pode ser observado no Apêndice B. O termo também continha o *e-mail* dos pesquisadores responsáveis, caso os estudantes sentissem necessidade de sanar possíveis dúvidas sobre a formação complementar que seria ofertada ou ainda sobre os objetivos da pesquisa.

Cabe ressaltar que, em razão do produto educacional tratar-se ainda de um curso experimental, buscamos limitar o convite aos alunos de cinco instituições de ensino, que foram selecionadas previamente, utilizando a consulta pública do sistema e-MEC¹, conforme o Quadro 7.

Quadro 7 – Instituições de ensino de origem dos participantes

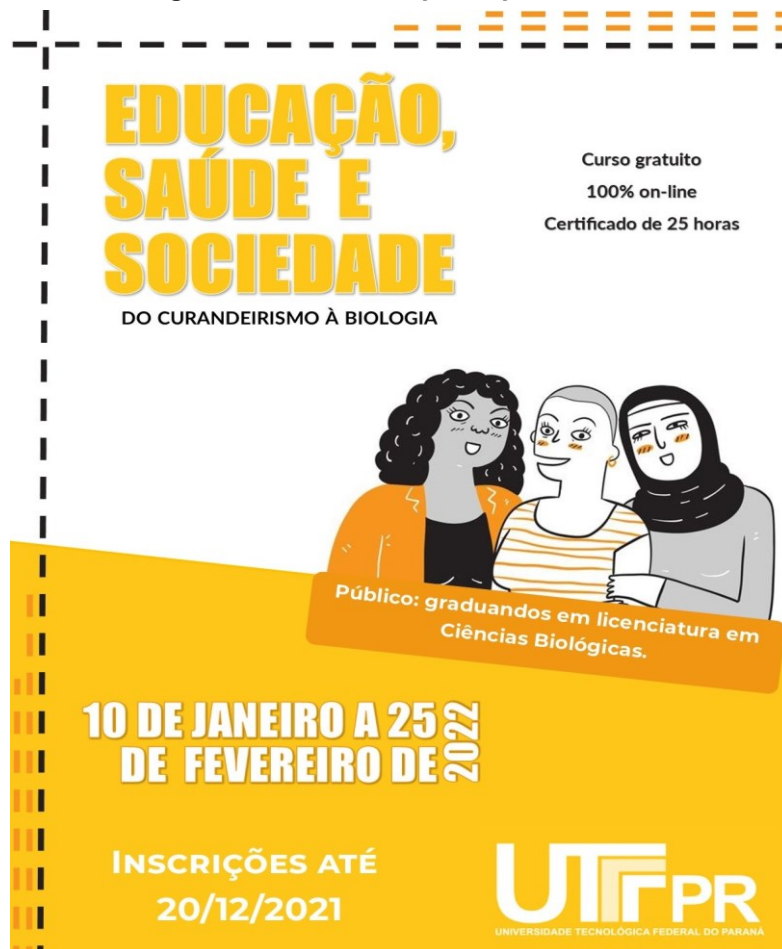
INSTITUIÇÕES DE ENSINO
IFPR – Instituto Federal do Paraná
UEL – Universidade Estadual de Londrina
UEM – Universidade Estadual de Maringá
UENP – Universidade Estadual do Norte do Paraná
UTFPR – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Total

Fonte: Autoria própria (2022)

Como não temos acesso à base de dados de instituições de ensino externas, o convite (Figura 9) e o *link* de inscrição foram enviados para os endereços de *e-mail* das coordenações e secretarias dos cursos, com a solicitação para estenderem o convite aos seus discentes. É importante frisar que os endereços de *e-mail* das coordenações e secretarias foram obtidos em consulta pública nos sítios oficiais das instituições de ensino do Quadro 7.

¹ O e-MEC é um sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal de ensino (BRASIL, 2017 não encontrei esta data). Para mais, acessar: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria21-2017-sistema-emec.pdf>

Figura 8 – Convite de participação no curso



Fonte: Autoria própria (2022)

Encerrado o período de inscrição, mediante o preenchimento do formulário do *Google Forms*, um *e-mail* foi encaminhado pelo pesquisador aos discentes, contendo as orientações e procedimentos necessários para acesso ao ambiente virtual de aprendizagem. Destaca-se que nem todos os estudantes que preencheram o formulário inicial, acessaram o curso posteriormente, mesmo o *e-mail* de orientações tendo sido encaminhado a eles durante todo o período de aplicação do curso. Além disso, alguns estudantes não concluíram as atividades propostas no período indicado.

A segunda etapa de coleta de dados foi realizada por meio da plataforma de ensino *Moodle*. O objetivo desta segunda etapa era obter dados que pudessem ser comparados com os resultados iniciais obtidos na primeira etapa de coleta e que pudessem validar a contribuição do produto educacional para a aprendizagem dos participantes.

Para evitar o enviesamento dos dados coletados após a aplicação do produto, optou-se por não utilizar o questionário estruturado como instrumento de coleta. Para

tanto, como instrumento de coleta de dados, utilizamos como abordagem a escrita de uma redação, na qual era necessário o participante tratar os assuntos ensinados ao longo dos módulos do curso. É importante ressaltar que este instrumento de coleta de dados foi inserido no *Moodle* como atividade final obrigatória para conclusão do curso, portanto, para obter a certificação de participação, o estudante deveria realizar a atividade proposta. O instrumento de coleta de dados final pode ser observado no Apêndice C.

É importante reforçar que este produto educacional se trata de um Curso Online Aberto e Massivo (MOOC), portanto, todas as atividades propostas no curso foram realizadas de forma assíncrona, isto é, todos os módulos e atividades foram disponibilizados no *Moodle* e o aluno poderia realizá-las de acordo com a sua disponibilidade de tempo, respeitando o planejamento de tempo proposto para aplicação do produto (2 meses e 17 dias).

Neste sentido, não ocorreram encontros síncronos (aulas ao vivo) com o professor, tampouco cada módulo do curso tinha uma duração específica. Assim, os participantes poderiam finalizar o curso em tempos distintos, desde que respeitada a data final de aplicação do produto educacional (25 de março de 2022), dado que a plataforma *Moodle* foi configurada durante o período de diagramação do curso para não aceitar a realização das atividades após esse período.

A interação entre professor e aluno ocorreu por intermédio da plataforma *Moodle* e por correspondência eletrônica (*e-mail*). As atividades realizadas pelos alunos eram postadas na plataforma de ensino e, posteriormente, corrigidas pelo docente do curso. Ao final da correção, uma nota e um *feedback* sobre a atividade eram postados pelo professor ao aluno na plataforma *Moodle*. Dúvidas que pudessem surgir por parte dos alunos quanto ao conteúdo da formação ou a estrutura do curso, também eram sanadas, exclusivamente, por intermédio da plataforma de ensino e por troca de mensagens de *e-mail*. Para evitar problemas relacionados à proteção de dados pessoais², optou-se por não utilizar ferramentas de comunicação instantâneas, como *WhatsApp*, *Telegram* e *Messenger*.

² Para mais, ler a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que dispõe sobre a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/13709.htm

4.4 Análise de conteúdo como apoio metodológico

A análise de conteúdo trata-se de um conjunto de técnicas que possibilita a descrição e interpretação de dados obtidos por meio de uma vasta gama de materiais, tanto oriundos de entrevistas ou gravações, como de jornais, livros, documentos e relatos.

De acordo com Romeu Gomes (1994), podemos destacar duas funções principais para aplicação da técnica na pesquisa. A primeira diz respeito à verificação de questões e/ou hipóteses da pesquisa, dado que por meio da análise de conteúdo podemos encontrar as respostas para as questões formuladas e confirmar ou refutar as afirmações preestabelecidas (hipóteses). A segunda função refere-se à descoberta do que está por trás dos dados coletados, isto é, indo além do que está aparente em um primeiro momento, o investigador poderá descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos.

Para Gomes (1994), a análise de conteúdo pode, cronologicamente, abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos resultados. Na primeira fase, o material a ser analisado é organizado e, tendo como princípio os objetivos e questões da pesquisa, define-se a unidade de registro, a unidade de contexto e as categorias, contudo, para isso, “faz-se necessário que façamos uma leitura do material no sentido de tomarmos contato com a sua estrutura, descobrirmos orientações para a análise e registrarmos impressões sobre a mensagem” (GOMES, 1994, p. 76).

Por unidade de registro ou unidades de registro, Gomes (1994) diz que elas se referem aos elementos obtidos por meio da decomposição do conjunto da menção e podem ser de vários tipos: palavras, frases, orações ou ainda o tema a que se refere o conteúdo analisado. O autor ainda destaca como unidades de registro personagens, acontecimentos relatados, livros, artigos, filmes, dentre outros. Já as unidades de contexto, como sugere seu nome, dizem respeito ao ato de precisar o contexto, a referência mais ampla da qual faz parte a mensagem e, portanto, é capaz de explicá-la.

No que diz respeito às categorias, Gomes (1994) diz que elas se referem a um conceito que engloba aspectos ou elementos que compartilham características ou ainda que se relacionam entre si.

As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa (GOMES, 1994, p. 70).

Neste sentido, podemos dizer que a definição das categorias é uma fase importante para a análise dos dados e os critérios para sua definição são semânticos, isto é, utiliza-se de um conceito que é capaz de resumir elementos com características semelhantes ou que se inter-relacionam.

Para Gomes (1994), as categorias podem ser estabelecidas em dois momentos, antes do pesquisador realizar o trabalho de campo (*a priori*) ou a partir da coleta de dados (*a posteriori*). Neste sentido, as categorias “estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos [...]. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e concretas” (GOMES, 1994, p. 70). Neste caso, as categorias podem ser subdivididas entre categorias gerais (definidas *a priori*), criadas a partir da fundamentação teórica do pesquisador ou em categorias específicas (definidas *a posteriori*), criadas para agrupar as unidades de registro definidas pelo pesquisador.

Gomes (1994) argumenta que uma categoria não necessariamente é excludente da outra. Para o autor, o pesquisador poderá definir as categorias gerais a serem investigadas e, após o trabalho de campo, formular as categorias específicas visando a classificação dos dados coletados, para em seguida comparar as categorias gerais com as categorias específicas. Isso permitiria ao pesquisador criar sucessivos aprofundamentos sobre as relações entre a base teórica da pesquisa com os resultados da coleta de dados.

Além disso, Gomes (1994) destaca três princípios básicos para a criação de categorias:

O primeiro se refere ao fato de que o conjunto de categorias deve ser estabelecido a partir de único princípio de classificação. Já o segundo princípio diz respeito à ideia de que um conjunto de categorias deve ser exaustivo, ou seja, deve permitir a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto. Por último, o terceiro se relaciona ao fato de que as categorias do conjunto devem ser mutuamente exclusivas, ou seja, uma resposta não pode ser incluída em mais de uma categoria (GOMES, 1994, p. 72).

É importante destacar que por conjunto de categorias, entende-se a série de categorias relacionadas a um objeto em si, ou seja, ao agrupamento de categorias

que compartilham do mesmo tema. De acordo com a sugestão de Gomes (1994), entendemos como categorias gerais deste trabalho os elementos de observação das questões dissertativas do instrumento de coleta de dados inicial, portanto, são categorias gerais: as “Concepções de saúde dos participantes” (questão 14); “Concepção de pessoa saudável” (questão 15); “Papel da escola frente à saúde da população” (questão 16) e “Concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde dos participantes” (questão 17).

As categorias específicas, por sua vez, que formam o conjunto de categorias de cada questão, foram definidas com base nas unidades de registro e nas características comuns que as relacionam, que para esta pesquisa se definiu como princípio da unidade de registro o conteúdo semântico (tema) da resposta do entrevistado para a questão.

Neste sentido, atendemos aos três princípios básicos destacados por Gomes (1994) para a categorização, visto que, em primeiro lugar, as categorias específicas de cada questão (que formam o conjunto de categorias específicas) foram definidas com base no mesmo critério, ou seja, o conteúdo semântico (tema) da resposta do entrevistado para a questão. Em segundo lugar, as categorias específicas permitiram situar todas as respostas dadas pelos participantes, o que respeita a ideia de exaustividade da categoria. Por fim, as categorias específicas são mutuamente exclusivas, atendendo ao terceiro critério, uma vez que cada resposta só poderia ser alocada em uma única categoria.

Finalizada a etapa de definição das categorias específicas, definiu-se as unidades de contexto (breve descrição), situando o contexto mais amplo que faz parte da mensagem/categoria específica.

O resultado da aplicação da técnica de Análise de Conteúdo nos dados obtidos por meio dos instrumentos de coleta de dados e com base nas orientações de Gomes (1944), para a metodologia de análise, pode ser observado na seção Resultados e Discussões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo é dedicado à apresentação da análise e discussão dos dados coletados durante a pesquisa, interpretados por meio da categorização dos dados. Na primeira seção, “Resultados da coleta de dados por aplicação de questionário”, os dados apresentados foram obtidos por meio do questionário aplicado aos participantes antes da aplicação do produto educacional. Na segunda seção, “Resultados da coleta de dados após aplicação do produto educacional”, são apresentados os dados coletados por meio da escrita de uma redação realizada pelos estudantes após a aplicação do produto educacional.

5.1 Resultados da coleta de dados inicial

O questionário utilizado para a coleta dos dados inicial, era composto por questões dissertativas e de múltipla escolha, totalizando 17 questões. A primeira seção, “Resultados das questões de identificação do público-alvo”, apresenta os dados das treze primeiras questões, cujo objetivo era identificar o perfil geral dos participantes da pesquisa. A segunda seção, “Concepções sobre saúde, doença e cura dos estudantes”, apresenta uma discussão dos dados obtidos com as quatro últimas questões do questionário, que se alinhavam diretamente ao objetivo da pesquisa e buscavam apreender as concepções de saúde, doença e cura desses alunos e como tais ideias influenciam na sua forma de conceber a educação em saúde.

5.1.1 Resultados das questões de identificação do público-alvo

Das 44 respostas aos questionários, 23 delas foram de acadêmicos de cursos de graduação em licenciatura de Ciências Biológicas ofertados na modalidade a distância, representando 53% das respostas coletadas e 47% dos alunos matriculados em cursos ofertados na modalidade presencial.

Apesar de mais da metade dos estudantes já pertencerem naturalmente à modalidade de ensino a distância, o que permite uma flexibilidade de locais atendidos, os pesquisados relataram residir em 29 municípios diferentes, conforme o Quadro 8, sendo estes pertencentes a três unidades da federação e em grande parte do interior delas: Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul.

Em parte, além dessa flexibilidade da EAD, essa variedade pode ser explicada pela pandemia da Covid-19, já que as atividades presenciais dos cursos de graduação foram suspensas na maioria das instituições de educação e passaram a ser ofertadas por meio das tecnologias da informação e comunicação, permitindo aos estudantes acompanharem as atividades acadêmicas sem a necessidade de estarem residindo na cidade sede do campus de oferta do curso presencial.

Quadro 8 – Cidade de residência dos participantes

ESTADO	MUNICÍPIO	TOTAL DE ALUNOS
Paraná	Apucarana	1
Paraná	Cafezal do Sul	1
Paraná	Cambará	1
Paraná	Cambé	1
Paraná	Cianorte	2
Paraná	Cidade Gaúcha	1
Paraná	Cornélio Procópio	2
Paraná	Dois Vizinhos	1
Paraná	Goioerê	4
Paraná	Ibiporã	1
Paraná	Leópolis	1
Paraná	Londrina	7
Paraná	Maria Helena	1
Paraná	Mariluz	1
Paraná	Maringá	2
Paraná	Miraselva	1
Paraná	Pinhalão	1
Paraná	Rancho Alegre	1
Paraná	São José da Boa Vista	1
Paraná	Sapopema	1
Paraná	Tapira	1
Paraná	Terra Rica	1
Paraná	Tomazina	1
Paraná	Umuarama	2
Paraná Total		37
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	1
Rio Grande do Sul Total		1
São Paulo	Euclides da Cunha Paulista	1
São Paulo	Osasco	1
São Paulo	Ourinhos	1
São Paulo	Primavera	2
São Paulo Total		5
Total Geral		43

Fonte: Autoria própria (2022)

Dentro do quesito residência, é importante ainda frisar que, majoritariamente, 90,70% dos alunos afirmaram residir na zona urbana desses municípios e apenas 9,30% na zona rural.

A idade média dos inscritos é 30 anos, sendo a maior concentração na faixa etária de 20 a 29 anos, o que representa mais de 50% dos participantes que preencheram o instrumento inicial de coleta de dados, seguido pelo público de 30 a 39 anos de idade, conforme pode ser observado no Quadro 9.

Quadro 9 – Faixa etária dos participantes da pesquisa

FAIXA-ETÁRIA (IDADE)	TOTAL DE ALUNOS	FREQ. PERC.
20-29 anos	24	55,81%
30-39 anos	12	27,91%
40-45 anos	5	11,63%
54-58 anos	2	4,65%
Total Geral	43	100,00%

Fonte: Autoria própria (2022)

No que diz respeito à autodeclaração de cor/raça e gênero (Quadro 10), 67,44% dos participantes declararam ser brancos, sendo que, desse total, 72,09% se identificavam como mulheres cisgênero³. É interessante notar que esse padrão, de um modo geral, acompanhou os dados divulgados a nível nacional pelo Censo da Educação Superior (CENSUP) em 2020 (INEP, 2022), nos quais mais de 70% das matrículas em cursos de licenciatura, como o de Ciências Biológicas, são ocupadas por mulheres, além da maioria das matrículas no ensino superior ser de estudantes que se autodeclararam brancos.

Quadro 10 – Autodeclaração de cor/raça e gênero dos participantes

COR/RAÇA	Gênero não-binário ⁴	Homem cisgênero	Mulher cisgênero	Total Geral	Freq. Perc. Cor/Raça
Branca	0	9	20	29	67,44%
Indígena	0	1	0	1	2,33%
Parda	1	1	7	9	20,93%
Prefiro não declarar	0	0	1	1	2,33%
Preta	0	0	3	3	6,98%
Total Geral	1	11	31	43	100,00%
% Gênero	2,33%	25,58%	72,09%	100,00%	

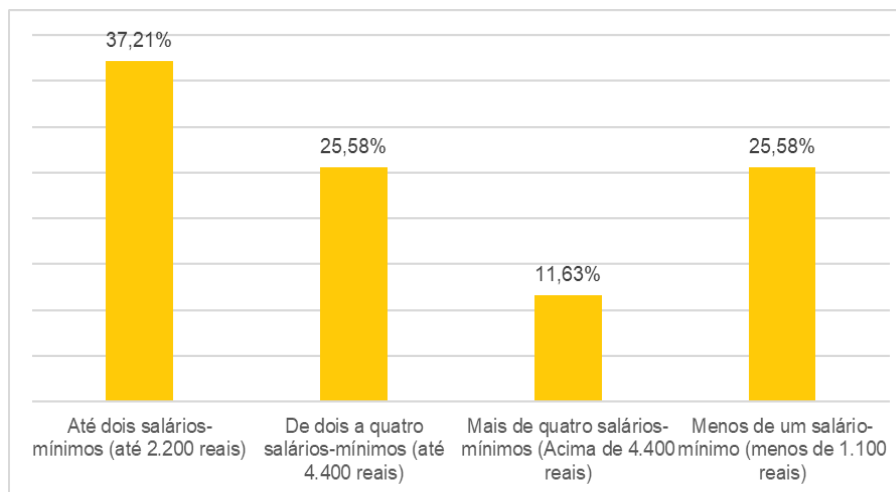
Fonte: Autoria própria (2022)

³ Cisgêneros são pessoas cuja identidade de gênero corresponde ao gênero que lhe foi atribuído no nascimento, que, em geral, corresponde ao seu sexo de nascimento.

⁴ O gênero não binário refere-se às pessoas cuja identidade de gênero não pertence a um gênero exclusivamente.

No quesito renda (Figura 10), a maioria dos estudantes respondeu que sua renda mensal está entre 1.100 e 2.200 reais, seguido por aqueles que afirmaram ter uma renda mensal entre dois e quatro salários mínimos (entre 2.200 e 4.400 reais).

Figura 9 – Faixa de renda dos participantes da pesquisa



OBS: a palavra salário mínimo não tem hífen

Fonte: Autoria própria (2022)

É interessante observar que 62,79% dos estudantes declararam renda até 2.200 reais mensais, portanto, em classificação simples do IBGE, enquadrar-se-iam nas classes sociais D e E, respectivamente; na classificação realizada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP⁵ representam as classes C2 e DE ou ainda, equivalem à baixa classe média, de acordo com a classificação utilizada pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE)⁶ do governo federal brasileiro.

Com relação à categoria religião, 76,74% dos estudantes declararam ter uma religião, enquanto 18,60% afirmaram não ter uma e 4,65% dos pesquisados optaram por não informar. Dentro desse quesito, é interessante observar que, predominantemente, a religião declarada pelos participantes é de matriz cristã, como observa-se no Quadro 11.

⁵ Para mais, sugerimos a leitura disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>

⁶ Para mais, sugerimos a leitura de: KAMAKURA, Wagner; MAZZON, José Afonso. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. Revista de administração de empresas, v. 56, p. 55-70, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/XJy5FwjHxmMfV6yDPPhPXNxf/?lang=pt&format=pdf>

Quadro 11 – Religião dos participantes da pesquisa

RELIGIÃO	TOTAL	%
Católico	14	32,56%
Católico/Espírita	2	4,65%
Cristianismo	3	6,98%
Espírita	3	6,98%
Evangélico/Protestante	11	25,58%
Não informado	2	4,65%
Não possui religião	8	18,60%
Total Geral	43	100,00%

Fonte: Aatoria própria (2022)

Referente à formação acadêmica dos participantes, três questões almejavam mapear se eles já possuíam outra formação, indiferente do nível de ensino, bem como verificar se no decorrer da sua formação acadêmica, os pesquisados tiveram contato com conteúdo sobre saúde.

Dos 43 pesquisados, 19 deles (44,19%) responderam ser a graduação em Ciências Biológicas sua primeira formação acadêmica; os demais 24 (55,81%) declararam ter outra formação inicial, sendo que destes, 15,91% disseram ter duas ou mais formações acadêmicas, e 40,91% declararam ter apenas mais uma formação acadêmica, em ambos os casos, tanto em nível superior como em nível técnico de ensino médio.

Ao serem questionados se durante a graduação atual houve contato com conteúdo sobre saúde e, em caso positivo, quais seriam esses conteúdos, 18 estudantes afirmaram que não tiveram acesso a conteúdo sobre saúde até o momento da pesquisa. Dos demais participantes, 20 informaram que tiveram acesso aos conteúdos sobre saúde e 5 deles tiveram suas respostas desconsideradas, seja por estarem incompletas, seja por estarem em desacordo com o solicitado pela questão. Os conteúdos informados pelos pesquisados foram categorizados e o total de estudantes com respostas que se enquadram nessas categorias podem ser observados no Quadro 12.

Quadro 12 – Conteúdos sobre saúde estudados previamente pelos participantes

CATEGORIA CONTEÚDO	PESQUISADOS	TOTAL ALUNOS
Bioética	A13	1
Meio ambiente e saúde	A32	1
Morfofisiologia humana	A20	1
Não tive acesso a conteúdo sobre saúde.	A1; A4; A5; A14; A16; A18; A23; A24; A26; A27; A28; A29; A36; A39; A40; A41; A42; A43	18
Parasitologia e Microbiologia	A6; A9; A10; A12; A15; A17; A19; A20; A22; A25; A33; A35	12

Parasitologia e Saúde Pública	A3; A11; A13	3
Resposta não atendeu ao solicitado na questão	A7; A21; A31; A37; A38	5
Saúde Mental	A15; A30	2
Saúde Sexual e Reprodutiva	A2; A8	2
Síndromes Genéticas	A3; A9; A20; A33; A34	5

Fonte: Autoria própria (2022)

É notável que a maioria dos conteúdos citados pelos estudantes trata da saúde enquanto objeto do campo biológico, sendo alguns deles matérias consideradas básicas da própria estrutura curricular do curso de Ciências Biológicas, como as disciplinas de Microbiologia, Parasitologia e Morfofisiologia, que abarca disciplinas como anatomia, fisiologia, embriologia e morfologia do corpo humano.

Isto sugere, de certa forma, que os estudantes possuem certa dificuldade em distinguir aquilo que de fato fora conteúdo transmitido dedicado e voltado ao campo da saúde e da educação em saúde, daquilo que compõe as bases mínimas do seu percurso no decorrer do curso, como requisito para sua atuação enquanto biólogo licenciado.

Em face ao exposto, nota-se que o perfil dos participantes desta pesquisa caracteriza-se como acadêmicos de Ciências Biológicas, oriundos de instituições de ensino públicas estaduais, com familiaridade à modalidade de ensino a distância e idade média de 30 anos; pertencentes à baixa classe média e residentes das zonas urbanas de municípios localizados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, em grande maioria do interior desses estados. Além disso, são representados por um público que, majoritariamente, se identifica como mulheres cisgênero, brancas, de base religiosa cristã e com mais de uma formação acadêmica.

5.1.2 Concepções iniciais sobre saúde, doença e educação em saúde dos estudantes

Nesta seção, serão apresentados os dados das questões dissertativas do questionário utilizado como instrumento de coleta de dados inicial.

A questão dissertativa 14: “**para você, o que é a saúde?**”, teve por objetivo compreender, por meio das respostas dos participantes, quais as suas concepções de saúde enquanto fenômeno da vida. As respostas foram categorizadas com base no conteúdo semântico das respostas, conforme o Quadro 13.

Quadro 13 – Categorias Questão 14

Categoria geral	Categoria específica	Unidade de contexto (breve descrição)	Unidade de registro	Freq. Relativa
Concepções de saúde dos participantes	Saúde enquanto bem-estar	A saúde é compreendida como o próprio estado de bem-estar e não como condição dele. Nesse sentido, a união dos elementos que causam satisfação e disposição física, mental, social e espiritual resultam em saúde, marcado pela ausência de doenças. Há uma grande incidência do dualismo mente-corpo, como primordial para a saúde.	A1; A2; A3; A5; A14; A15; A17; A22; A28; A29; A31; A32; A33; A34; A35; A37	37,21%
Concepções de saúde dos participantes	Não menciona nada relevante sobre a concepção de saúde	A resposta não deixa claro qual a concepção de saúde do participante.	A6; A9; A19; A23; A26; A36	13,95%
Concepções de saúde dos participantes	Saúde como estado vital ou natural	Atrelada ao princípio da funcionalidade, a saúde é concebida como necessidades ou conjuntos de condições e saberes que garantem a boa funcionalidade fisiológica do corpo humano, que se revela um estado concreto.	A11; A21; A24; A25; A39; A40	13,95%
Concepções de saúde dos participantes	Saúde enquanto estado de equilíbrio	A saúde é compreendida como o perfeito estado de equilíbrio dinâmico entre os aspectos físico, mental e social, marcado, principalmente, pela ausência de doenças. Indica também o estado de homeostase, que mantém o organismo nos padrões biológicos considerados normais para a vida.	A8; A16; A18; A20; A30	11,63%
Concepções de saúde dos participantes	Saúde enquanto estado de equilíbrio e bem-estar	A saúde é compreendida como o equilíbrio do bem-estar. As condições espirituais podem ou não estar presentes. Apesar da ausência de doenças demonstrar condicional à saúde, não é atrelada a questões como padrão biológico ou de normalidade, vistos na categoria anterior.	A10; A12; A13; A27; A43	11,63%
Concepções de saúde dos participantes	Saúde enquanto valor de oferta e práxis	A saúde é concebida enquanto objeto que se concretiza pela oferta de serviços, tanto a nível primário, tais como prevenção e vigilância sanitária, como secundário, por meio de métodos de reabilitação e da própria rede	A4; A41; A42	6,98%

		de assistência hospitalar e de equipes de profissionais de saúde.		
Concepções de saúde dos participantes	Saúde enquanto valor sociocultural	A saúde é compreendida em seu sentido filosófico mais absoluto, que representa reflexões sobre a própria vida e a existência dos indivíduos.	A7; A38.	4,65%

Fonte: Autoria própria (2022)

A categoria específica de maior destaque, “**Saúde enquanto bem-estar**”, representa 37,21% do total de respostas coletadas para a questão e foi identificada nas contribuições dos seguintes participantes da pesquisa:

- A1: “Saúde é o bem-estar físico psíquico e espiritual de cada pessoa”;*
A2: “Encontrar-se em pleno bem-estar físico e psicológico”;
A3: “Saúde e estar bem para interagir física e mentalmente com o ambiente ao qual fazemos parte”;
A5: “É um bem-estar que envolve a parte física, mental e social de uma pessoa”;
A14: “Estado de boa disposição física e psíquica e social”;
A15: “Saúde é o bem-estar físico mental do indivíduo”;
A17: “Estar bem em ambos, físico e mental”;
A22: “Ter uma qualidade de vida, bem-estar físico e mental”;
A28: “Bem-estar físico, mental e social”;
A29: “Bem-estar”;
A31: “Saúde é uma composição de bem-estar físico e mental”;
A32: “Saúde é tudo o que compreende bem-estar mental e físico (ausência de doenças)”;
A33: “É ter disposição, bem-estar físico e psíquico”;
A34: “O bem-estar integral do organismo, seja a nível físico, mental/emocional”;
A35: “Saúde seria o bem-estar físico e mental”;
A37: “É o bem-estar que abrange o ser humano em seu todo”.

Pelas contribuições dos participantes, nota-se que a saúde é concebida não como um dos fatores necessários para o bem-estar dos sujeitos, mas sim como o próprio bem-estar. Neste sentido, a união de elementos que despertam sentimentos de bem-estar cultural, econômico, social ou ainda espiritual, resulta na presença de saúde na vida dos indivíduos, sendo a ausência de doença o fator determinante para constatar a saúde (bem-estar), o que aproxima, de certo modo, esta ideia de saúde a uma visão mesclada da concepção positiva/negativa do fenômeno saúde-doença e da concepção de saúde enquanto bem-estar, defendida por diversas agências e órgãos de saúde no mundo.

Por mais que não esteja totalmente incorreta essa concepção, dadas as relações intrínsecas que há entre saúde e bem-estar, é interessante considerar que bem-estar, enquanto categoria que envolve sentimentos e sensações, portanto,

questões voltadas à subjetividade dos indivíduos, diria mais respeito ao sentimento de saúde, isto é, ao sentir-se doente ou saudável do que propriamente à saúde enquanto fenômeno multifacetado e complexo, portanto, referenciada por meio de conceitos da linguagem comum e filosófica, apreensível empiricamente pelas ciências, analisável no plano lógico-matemático e evidente pelos seus efeitos no modo de vida dos sujeitos em sociedade (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Para Paim e Almeida-Filho (2014), sentimentos de bem-estar podem ser ilusórios quando falamos de saúde, dado que a sensação deles proveniente não necessariamente implica na ausência de uma doença, uma vez que “indivíduos funcionais produtivos podem ser portadores de doenças, mostrando-se muitas vezes profusamente sintomáticos ou portadores de sequelas e incapacidades parciais. Outros sujeitos apresentam limitações [...] e sofrimentos sem qualquer evidência clínica de doença” (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 21-22).

É importante frisar que essa noção de saúde como bem-estar é um conceito bastante difundido nas sociedades modernas, especialmente em razão do próprio conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a considera como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”; apesar de comportar elementos que buscam superar a ideia biológica de saúde enquanto pura ausência de doença, por seu caráter genérico e subjetivo, apresenta um certo vazio de significado e reflexão e pouco explica, por fim, sobre o processo de saúde-doença-cura, conforme argumenta Minayo, Hartz e Buss (2000). Neste sentido, é notável, pela fala dos participantes, que apesar de considerarem a saúde como uma “questão de bem-estar”, pouco explicam o que seria o bem-estar ou como esse estado pode ser alcançado por pessoas, grupos ou sociedade.

A segunda categoria específica com maior destaque, “**Saúde como estado vital ou natural**”, pode ser observada, conforme as contribuições dos seguintes participantes da pesquisa:

- A11: “Saúde é o estado de bem físico que um ser humano se encontra”;
- A21: “Ter saúde física, emocional, espiritual e social”;
- A24: “Conjunto de fatores para um indivíduo se manter saudável”;
- A25: “É o cuidado com os aspectos fisiológicos do corpo humano”;
- A39: “Saúde é saber, é entender o que precisamos para viver bem, e entender nosso corpo e suas necessidades”;
- A40: “Boa funcionalidade do corpo”.

Esta categoria representa as respostas que atrelam a saúde ao princípio da funcionalidade, neste sentido, o fenômeno é concebido como necessidades, condições e saberes que garantem ao indivíduo a boa funcionalidade fisiológica do corpo humano, que se revela um estado concreto. As condições subjetivas da saúde são desconsideradas dessas respostas; ter saúde implicar-se-ia na capacidade funcional dos sujeitos em atender as condições consideradas normais dentro de uma sociedade ou grupo para a sobrevivência e reprodução da espécie (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014), o que nas sociedades capitalistas poderia estar atrelado à aptidão dos indivíduos em produzir.

O não ter saúde, nessa concepção, relaciona-se, assim, à incapacidade dos sujeitos em atender normas preestabelecidas para serem considerados funcionais socialmente. Para Paim e Almeida-Filho (2014), essa concepção aproxima-se da teoria boorseana, cuja proposta tem por base uma teoria biológica negativa da saúde. Neste sentido, para os autores, a teoria biológica da função (e seus desdobramentos), compreende saúde como eficiência funcional, enquanto doença é a falha, o déficit de função, portanto, ausência de normalidade.

As categorias específicas seguintes, que ocupam o terceiro lugar em representatividade de respostas, **“Saúde enquanto estado de equilíbrio e bem-estar”** e **“Saúde enquanto estado de equilíbrio”** compartilham do princípio de que a saúde é resultado de alguma forma de equilíbrio, mas diferem pelo foco a que esse equilíbrio é dado. Na primeira categoria específica, a saúde é compreendida como o resultado de equilíbrio entre os aspectos do bem-estar, conforme observa-se nas respostas dos participantes:

A10: *“Saúde é estar bem na parte do bem-estar físico, mental e social, espiritual estando tudo em equilíbrio”;*

A12: *“Bem-estar, físico, mental, social, viver em harmonia com o ambiente, além da ausência de enfermidade”;*

A13: *“Saúde está relacionado com o bem-estar: do corpo, mente e ambiente onde promova equilíbrio”;*

A27: *“É estar de bem com o corpo e com a alma tudo bem equilibrado”;*

A43: *“É a homeostase entre o bem-estar físico e mental, com boas relações com meio ambiente além da ausência de patologias”.*

Isso indica que esses participantes apresentam em suas respostas resquícios de teorias naturalistas, como a do equilíbrio dos humores, entretanto, nota-se que muito além das condições biológicas, a categoria bem-estar é um fator condicionante à saúde, isto é, sem bem-estar não há saúde; a ausência de doenças nesse caso, se

configura, de certa forma, como uma condicionante que deve se manter em equilíbrio junto aos demais fatores para que haja saúde no sujeito, e não como o resultado do equilíbrio dos demais fatores.

A segunda categoria específica, “**Saúde enquanto estado de equilíbrio**”, por sua vez, parte do princípio da saúde como uma máquina, que deve estar em equilíbrio constante com o meio em que está inserida. A categoria bem-estar não é citada como necessário à saúde. Isso pode ser observado na resposta dos seguintes participantes:

A8: “Estado de equilíbrio do corpo, mente e meio”.

A16: “Estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para sua forma de vida e para a sua fase do ciclo vital”;

A18: “Equilíbrio de mente e corpo são”;

A20: “É o estado em que o corpo está em homeostase. Não há presença de doença”;

A30: “Ordem biopsicossocial; Não é ausência de doença”.

Essa forma de conceber a saúde também tem suas bases nas teorias naturalistas, representada inicialmente pelas ideias do princípio de autorregulação de Claude Bernard, como foi tratado por Canguilhem (2009), fortemente conhecido nas ciências biológicas como homeostase. A presença ou ausência de doenças, trata-se, desse modo, como excesso ou falta, redução ou exacerbação das funções biológicas consideradas normais e denominadas como referências para avaliação. A cura seria o restabelecimento da ordem no organismo. Para Canguilhem (2009), entretanto, a doença nem sempre é a variação em maior ou menor quantidade de certo mecanismo/reação, isto é, ela pode ser o resultado de múltiplas combinações, o que torna a teoria de Bernard limitada, quando se trata de conceituar saúde-doença.

Esta, talvez, seja uma das formas mais simples e reducionistas de conceituar a saúde, dado que desconsidera toda a complexidade do processo de saúde-doença-cura, ignorando fatores que não possam ser estatisticamente definidos e extrapolam o biológico, como as questões socioeconômicas e culturais. Contudo, para Paim e Almeida-Filho (2014), essa teoria é muito presente ainda em sistemas médicos e terapêuticos tradicionais, assim como podem ser observados nas ciências biomédicas atuais. Os autores destacam, ainda, que essas concepções, de saúde como equilíbrio, doença como descompensação e cura como estabilização que, de certo modo, possibilitaram o tratamento e restabelecimento de pacientes com doenças crônicas não infecciosas, como diabetes e hipertensão.

A categoria específica “**Saúde enquanto valor de oferta e práxis**”, totalizando 6,98% das respostas, como pode ser observado abaixo:

A4: “Saúde é algo que utilizamos a fim de ajudar na sobrevivência de uma sociedade, seja saúde hospitalar, seja saúde fitoterápica”;

A41: “Prevenção e cuidado”;

A42: “Forma efetiva de cuidar da atenção básica das pessoas, tomando medidas necessárias com saneamento básico integrado ao trabalho de uma equipe de saúde”.

Esta categoria, como se nota, abrange as contribuições dos participantes que conceituaram a saúde enquanto algo concreto e objetivo, representado pela oferta de serviços de saúde, seja eles no nível primário de atenção, como serviços de prevenção à saúde e vigilância sanitária, como secundário, que se referem aos serviços prestados para reabilitação da saúde ou, ainda, à própria rede de assistência hospitalar e de equipes de profissionais de saúde. Saúde, assim, deixa de ser um fenômeno multifacetado, com questões complexas, objetivas e abstratas, e trata-se, nesta ideia, apenas da existência de serviços e profissionais dedicados ao papel de prevenir doenças ou de atuar na reabilitação de pessoas adoecidas.

Apesar da importância dos serviços de saúde para a população, de um modo geral, tal concepção ignora o peso dos fatores sociais, econômicos e culturais, tais como as relações entre eles para as questões que envolvem saúde-doença-cura, principalmente no que diz respeito às condições e experiências de saúde vivenciadas pela população. Subentende-se, portanto, a partir dessa concepção, que a ocorrência de saúde nas sociedades está atrelada somente à existência de serviços de saúde.

A categoria específica de menor expressão, “**Saúde enquanto valor sociocultural**”, representando 4,65% das respostas dos participantes, diz respeito às respostas que trazem em seu conteúdo semântica à saúde enquanto valor social e cultural, isto é, enquanto o bem maior da vida e da qual as pessoas não poderiam viver sem. Isto foi identificado nas falas dos participantes abaixo.

A7: “O bem maior da vida”;

A38: “Sem ela não somos nada”.

Esse tipo de definição de saúde carrega em si, de certa forma, pensamentos comuns e culturais de um tipo ideal de estrutura ou formas de vida, no qual a doença em hipótese alguma seria permitida. Aspectos relacionados à cura e seus itinerários, experiências ou o processo de adoecer são, de certo modo, desprezados, uma vez

que enquanto fenômeno absoluto (CANGUILHEM, 2009), a saúde seria a idealizada de modo a ser a única possibilidade, ignorando que ao longo de nossas vidas estamos sujeitos a episódios de doença. Neste sentido, poderíamos dizer que saúde seria um padrão social construído, aceito e desejado, logo, um conceito carregado de subjetividade (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019).

Por fim, os dados da categoria “**Não menciona nada relevante sobre a concepção de saúde**”, diz respeito às respostas dos seguintes participantes:

A6: “Uma qualidade de vida saudável”;

A9: “Qualidade de vida”;

A19: “Saúde...É tudo...pra mim”;

A23: “Necessidade”;

A26: “Estar saudável”;

A36: “Estar saudável”.

Como pode ser observado, esta categoria agrupa as respostas que não apresentam um sentido sobre saúde ou não são capazes de explicá-la, portanto, não deixa claro qual a concepção de saúde do participante, como o uso do termo polissêmico qualidade de vida dos participantes A6 e A9, ou ainda ao uso do termo saudável que induz à redundância (saúde seria estar saudável). Essas respostas podem indicar que esses participantes possuem dificuldades em distinguir o que seria saúde, afinal, perante outros conceitos que são próprios das ciências da saúde de um modo geral, como qualidade de vida, saudável e necessidades em saúde.

Na dissertativa questão 15: “**como você descreveria uma pessoa saudável?**”, buscamos compreender como a visão de saúde dos participantes explicitava um ideal de pessoa que poderia ser considerada saudável. As respostas foram categorizadas com base no conteúdo semântico das respostas, conforme o Quadro 14.

Quadro 14 – Categorias Questão 15

Categoria geral	Categoria específica	Unidade de contexto (breve descrição)	Unidade de registro	Freq. Relativa
Concepção de pessoa saudável	Hábitos e ideologias de consumo	A representação da pessoa saudável é embasada pelas práxis de autocuidado e pelo viés individualista da saúde; assim, ser saudável é uma escolha estritamente pessoal de hábitos e ideologias de consumo.	A4; A5; A6; A9; A10; A19; A31; A33; A35; A37; A39; A42; A43	30,23%
Concepção de pessoa saudável	Condições físico-morais	A concepção de pessoa saudável é resultado da ausência de perturbações físico-morais, isto é, ausência de doenças e problemas que podem acometer os sujeitos, tanto de ordem mental, como	A7; A11; A18; A23; A25; A27; A28; A32; A34; A36; A41	25,58%

		física. Direcionada às condições biológicas, essa concepção abarca problemas que se direcionam às questões que influenciam na eficiência funcional do sujeito.		
Concepção de pessoa saudável	Normalidade e equilíbrio	A representação de pessoa saudável é pautada pela ideia de equilíbrio e normalidade; dessa forma, ser saudável implica na ideia de harmonia, estabilidade e satisfação do sujeito com as características consideradas normais social e culturalmente.	A3; A8; A12; A13; A14; A15; A21; A22; A40	20,93%
Concepção de pessoa saudável	Estado absoluto	A concepção de pessoa saudável está atrelada ao conceito de saúde absoluto, logo, é um estado/condição no qual ou se tem ou não saúde.	A16; A26; A29; A38	9,30%
Concepção de pessoa saudável	Não menciona nada sobre a representação de pessoa saudável	A resposta não deixa claro qual a representação de pessoa saudável do participante.	A20; A30	4,65%
Concepção de pessoa saudável	Autopercepção	A representação de pessoa saudável está mais intimamente relacionada à autopercepção, portanto, a subjetividade do indivíduo, que se sente e declara-se saudável.	A17; A24	4,65%
Concepção de pessoa saudável	Bem-estar	A pessoa saudável é representada como resultado da condição de bem-estar, seja ele em sua condição plena, ou ainda nas áreas física e mental.	A1; A2	4,65%

Fonte: Autoria própria (2022)

A categoria específica “**Hábitos e ideologias de consumo**”, representou 30,23% das respostas dos participantes que citaram o indivíduo saudável enquanto aquele com hábitos e ideologias de consumo consagrados socialmente como adequados e favoráveis à saúde. É interessante observar, que ao contrário da categoria de maior expressão da questão anterior, na qual a questão do bem-estar aparece fortemente atrelada ao fenômeno saúde, aqui as escolhas individuais se sobressaem. Isso pode ser observado nas respostas dos participantes abaixo.

A5: “Uma pessoa que tem bons hábitos alimentares, faz exercícios e tem um bom convívio social”;

A6: “Uma pessoa sem nenhum tipo de doença, com a qualidade de vida de exercícios e alimentação adequada”;

A9: “Alguém que tem rotinas saudáveis: gosta de praticar esportes, tem um corpo atlético, dá sempre preferência a comidas orgânicas, não possui problemas de saúde entre outros”;

A10: “Uma pessoa que tenha uma alimentação equilibrada, faça algum tipo de exercícios físicos, tenha uma boa vida social, que tenha amigos e que

cuide da mente e do corpo da melhor forma possível e que se caso não consiga, buscar ajuda especializada”;

A19: *“Uma pessoa que faz exercícios come o máximo de produtos naturais não industrializados, dorme bem ...tem seu trabalho e seu tempo de lazer”;*

A31: *“Uma pessoa saudável tem uma alimentação adequadamente saudável, prática recorrente de exercícios e uma mente sã”;*

A33: *“A pessoa que pratica atividades físicas e se alimenta de forma adequada”;*

A35: *“Uma pessoa que não apresenta doenças, se alimenta bem, pratica exercícios, está bem psicologicamente”;*

A37: *“Que se mantém em rotina com disposição, que não precisa utilizar medicamentos de uso contínuo e que utiliza as consultas médicas de rotina com intuito de prevenção”;*

A39: *“Uma pessoa cuja alimentação é bem regrada, que se exercita e que sabe e conhece teorias e estudos sobre a saúde”;*

A4: *“Uma pessoa que pratica esportes, come saudável, cuida da saúde etc...”;*

A42: *“Aquele que controla suas doenças, que previne doenças e tem boa imunidade”;*

A43: *“Possuir um estilo de vida com atividades físicas regulares, boa alimentação, bom relacionamento interpessoal, equilíbrio emocional e estar inserido em um ambiente adequado (saneamento básico)”.*

Considerar a saúde como uma escolha estritamente pessoal, de hábitos e consumo, é uma representação bastante difundida, inclusive em documentos oficiais de ensino (MONTEIRO; BIZZO, 2015). Essa forma de conceber a experiência de saúde, em ser saudável, reduz o pensar a saúde como algo que depende exclusivamente dos sujeitos. Para Guazzelli e Pereira (2019), o controle de riscos relacionados ao estilo de vida acabou por reduzir a promoção da saúde à esfera privada, uma vez que, colocada em termos de escolha comportamentais, a saúde tornou-se uma responsabilidade individual, o que, além de ser um alcance limitado de enfoque, pode levar os sujeitos à culpabilização ao considerá-los os únicos responsáveis pela sua saúde.

Neste sentido, se ignora a influência dos fatores determinantes para a saúde: questões sociais, políticas e econômicas são desatreladas da saúde e mascaradas; governos e representantes dos poderes executivo e legislativo ficam isentos enquanto o peso pela situação de saúde incide sobre os sujeitos (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019). Portanto, ter o indivíduo como o foco, é uma forma de desconsiderar os aspectos relativos à dimensão coletiva da saúde (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

A segunda categoria específica de maior expressão, diz respeito à pessoa saudável enquanto resultado de **“Condições físico-morais”**. Isso pode ser observado nas falas a seguir:

A7: *“Capaz de desenvolver atividades sem limitações, quem produz para si e sociedade, seja física ou mentalmente”;*

- A11:** “A pessoa saudável é aquela que se encontra bem fisicamente”;
A18: “Aquele que tem corpo e mente saudáveis em boa parte do tempo”;
A23: “Corpo saudável e mente sã”;
A25: “Uma pessoa com ausência de fatores que prejudiquem o funcionamento correto do seu organismo, com ausência de patologias ou que possuem controle sobre alterações de seu organismo (como doenças crônicas)”;
A27: “Uma pessoa que consegue desenvolver todas as funções na qual quer realizar”;
A28: “Sem nenhuma doença física e nem mental”;
A32: “Uma pessoa que não possui doenças graves que a deixem debilitada tanto mental quanto fisicamente”;
A34: “Quem possui bem-estar e o organismo em seu pleno funcionamento”;
A36: “Que não tem problemas de saúde, como diabete, nenhuma doença...”;
A41: “Sem problemas de saúde ou doença”.

Retomando o princípio da funcionalidade, ser saudável, nesta concepção, é não ter problemas que agravam a ordem dos sujeitos no que diz respeito ao desempenho esperado socialmente. Aqui, a expressão físico-moral foi utilizada com a ideia da experiência da saúde enquanto física ou mental. Neste sentido, o ser saudável implica na ausência de problemas, agravos ou perturbações que podem acometer os sujeitos nestes aspectos.

Por sua vez, a palavra moralidade aqui ressaltada, não só diz respeito à esfera mental, mas também cultural e busca abarcar a experiência do sujeito enquanto ser social funcional, isto é, aquele que na ausência de tais perturbações é visto socialmente como funcional, capaz de produzir e desenvolver atividades sem qualquer tipo de limitação; sendo o inverso, aquele que moralmente é visto como incapaz, improdutivo ou disfuncional. Para concepção dessa categoria, nos aproximamos das ideias de Duarte (1986, 2003) sobre as perturbações físico-morais, que como ressaltamos em outros momentos, se trata de um conceito abrangente de saúde, cujo objetivo é contemplar, além das questões biológicas da saúde, aquelas que se supõe culturalmente definidas, portanto, as condições e eventos que ocorrem com o sujeitos, que são considerados anormais por eles e que afetam, além do corpo físico, sentimentos e o modo como as pessoas se veem inseridas na sociedade.

Com 20,93% das respostas, a categoria específica “**Normalidade e equilíbrio**”, abrange as respostas dos participantes que atrelam a pessoa saudável à ideia de equilíbrio e normalidade, como se observa nas respostas abaixo.

- A3:** “Alguém que não tenha algum desconforto físico ou algo fora do padrão esperado ocorrendo no corpo ou mente”;
A8: “Em homeostase com corpo, mente e local inserido”;
A12: “Alimentação, mental e social em equilíbrio”;

A13: *“Uma pessoa que possua um bom equilíbrio físico, mental e social, que envolve vários fatores como satisfação financeira ou busca pela mesma, boa alimentação, ausência de enfermidade, relacionamentos saudáveis etc.”;*

A14: *“Características estruturais e funcionais do organismo normais em cada fase do ciclo vital”;*

A15: *“Uma pessoa, que está confortável em seu meio”;*

A21: *“Em equilíbrio psicologicamente”;*

A22: *“Uma pessoa que está dentro dos parâmetros médicos pré-estipulados, possuindo uma estabilidade psicológica”;*

A40: *“Em harmonia consigo”.*

Nesta concepção, ser saudável implica em harmonia, estabilidade e satisfação do sujeito com as características consideradas normais social e culturalmente. Assim como na questão anterior, a ideia de equilíbrio é retomada pelos participantes como condição à saúde, mas aqui não apenas atrelada às questões biológicas do corpo, mas também à normalidade social.

Ser uma pessoa saudável seria, assim, um sujeito que está com seu corpo e mente em equilíbrio (homeostase), mas também em equilíbrio/harmonia com seu meio social e cultural, isto é, um sujeito que atenderia a norma social para ser considerado saudável. Esta noção de pessoa saudável invoca, de certo modo, a ideia de experiência social da saúde e da doença, uma vez que estar em equilíbrio com a norma social diria respeito à experiência social das pessoas.

Posto neste sentido, normalidade, saúde e ser saudável diz respeito, sobretudo, ao conjunto de representações do sujeito adoecido elaboradas por meio da experiência social, invocando o prazer de sentir-se socialmente aceito, com base em determinações do meio social que são, momentâneas, dessa forma, historicamente situadas. Essa concepção de pessoa saudável vai ao encontro dos pensamentos de Canguilhem (2009), no qual saúde é relacionada a norma social, isto é, uma pessoa está saudável quando compartilha da norma do seu meio social; norma esta que se modifica no decorrer do tempo e, conforme modifica-se, também altera o sentido de saúde e ser saudável.

A categoria específica seguinte, pessoa saudável enquanto resultado de **“estado absoluto”**, diz respeito às respostas que indicam a pessoa saudável enquanto aquela que possui saúde ou não. Esta concepção de saúde foi identificada nas seguintes respostas:

A16: *“Alguém que não possui problemas de saúde”;*

A26: *“Uma pessoa que se encontra em perfeito estado de saúde”;*

A29: *“Sem problemas de saúde”;*

A38: *“Que tem saúde, vive bem”.*

Neste sentido, adoecer e ter a capacidade de superar as perturbações causadas pela doença não é visto como um sinônimo de saúde, portanto, o processo de cura ou de restabelecimento de saúde é, de certa maneira, desconsiderado; assim, ou indivíduo é saudável ou ele é doente. Essa concepção idealiza a saúde como o bem maior social, soberana e livre, não apenas das doenças, mas também da possibilidade de adoecer e poder se curar. Quanto a isto, Canguilhem (2009) argumenta que a saúde, encarada de modo absoluto, é uma concepção normativa, logo, define um tipo ideal orgânico, no qual a disposição e a reação do organismo em relação às doenças deixam de ser consideradas. Assim, seria “um pleonasma falar em perfeita saúde, pois a saúde é o bem orgânico” (CANGUILHEM, 2009, p. 53).

Ao contrário da questão anterior, a categoria específica pessoa saudável como resultado de “**Bem-estar**” correspondeu apenas a 4,65% das respostas dos participantes. Nesta concepção, pessoa saudável é aquela que possui bem-estar, seja na questão física ou mental. Desse modo, ser saudável envolveria os sentimentos e sensações dos indivíduos, logo, diz respeito ao seu sentimento de saúde, isto é, ao sentir-se doente ou saudável. Isto foi observado nas respostas dos seguintes participantes:

A1: *“Uma pessoa saudável é estar bem fisicamente e mentalmente”;*
A2: *“Aquele que se encontra em pleno bem-estar”.*

O bem-estar, apesar de ser uma das questões mais discutidas quando tratamos de saúde, é uma categoria difícil de ser avaliada, dada a sua relação com a subjetividade dos sujeitos, portanto, envolver sentimentos que são criados a partir da experiência das pessoas com seu meio social.

Mesmo não reduzindo a experiência do ser saudável apenas às questões biológicas, acaba por ser uma categoria genérica para tratar de saúde, já que não explica os fatores determinantes da saúde, bem como a forma como as macroestruturas sociais atuam para determinar as condições ou estados de saúde das pessoas. Conforme aponta Minayo, Hartz e Buss (2000), bem-estar seria um dos elementos que compõem o conceito polissêmico de qualidade de vida, isto pois, padrões e concepções de bem-estar almejadas entre os sujeitos estão atreladas a questões sociais e culturais, como a estratificação, e ao pertencimento a determinada classe social.

No que diz respeito à categoria específica “**Autopercepção**”, representando também 4,65% das respostas dos estudantes, abarca as ideias de pessoa saudável enquanto fenômeno estritamente relacionado à experiência do sujeito, que se sente e se declara saudável, conforme observado nas respostas dos participantes abaixo:

A17: *“Uma pessoa que se encontra feliz”;*

A24: *“Indivíduo que se apresenta e declare saudável”.*

Essa visão de pessoa saudável nos convida a refletir como os aspectos culturais influenciam nas autopercepções de saúde da população, na qual uma pessoa, mesmo tendo um diagnóstico de patologia, pode se sentir uma pessoa saudável, tal como uma pessoa sem ter um diagnóstico médico, sinta-se doente (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). É por meio dessa lógica cultural, que estudos no âmbito da antropologia sobre serviços de cura alternativos, como aqueles oferecidos pelas religiões, operam e procuram dar um novo significado à situação de perturbação e afiliação dos sujeitos em seus episódios de doença, de forma que adoecidos são compenetrados a modificarem suas perspectivas sobre do fenômeno da doença, sentimentos dos quais possam mais facilmente suportar.

Para Leal (1994), essas representações culturais de saúde demonstram um modelo cultural de compreensão do próprio corpo. Para a autora, essas representações estão presentes em diversos contextos, mesmo em sociedades urbanizadas e com acesso a sistemas médicos da medicina dita oficial. Minayo (1988), argumenta que tais concepções e práticas pautadas nessa representação de saúde têm raízes históricas familiares, são passadas geração após geração, sendo reinterpretadas pelas pessoas, conforme o momento histórico e espaço em que estão inseridas. Entretanto, para a autora, não se trata de discursos isolados ou pontuais, mas sim de concepções que convergem com esquemas de pensamentos sociais abrangentes sobre a dor, sofrimento, a vida e a morte.

Deste modo, nessa visão, seria prudente dizermos que a experiência de ser saudável é uma lógica de experiência compartilhada e gerada no coletivo cultural; ela diz respeito ao sentimento cultural do ser doente, tal qual a construção cultural que molda a visão do que é ser doente ou saudável socialmente, portanto, uma lógica que não é apenas individual, mas gerada e compartilhada socialmente (MAUSS, 2003).

Por fim, a categoria “**Não menciona nada sobre a representação de pessoa saudável**” abarca as respostas que não deixam claro qual a representação de pessoa saudável:

A20: “*Não muito*”;

A30: “*Biopsicossocialmente sadia*”.

Essas respostas podem indicar que esses participantes possuem dificuldades em distinguir o que seria uma pessoa saudável de conceitos relacionados ao conceito de saúde e seus determinantes, como o conceito abrangente “biopsicossocial” observado na resposta do estudante A3.

Na questão 16: “**como a escola pode contribuir para melhorar os níveis de saúde da população?**”, buscamos compreender como os participantes representavam um papel social da escola frente aos níveis de saúde da população. Tal qual realizado com as questões anteriores, os dados coletados nesta questão foram categorizados com base no conteúdo semântico das respostas, conforme se observa no Quadro 15.

Quadro 15 – Categorias Questão 16

Categoria Geral	Categoria específica	Unidade de contexto (breve descrição)	Unidade de registro	Freq. Relativa
Papel da escola frente à saúde da população	Escola pode contribuir com a disseminação de informações e hábitos de saúde	Os participantes acreditam que a escola possa contribuir com a disseminação de informações de saúde, principalmente nos aspectos individuais, relacionados à prevenção e à cura de doenças, assim como o ensino de hábitos considerados saudáveis, como alimentação adequada e a prática de exercícios físicos.	A2; A3; A5; A6; A7; A8; A9; A15; A16; A17; A18; A19; A20; A21; A22; A25; A26; A29; A30; A32; A33; A34; A35; A36; A38; A39; A40; A41; A42; A43	69,77%
Papel da escola frente à saúde da população	Escola pode contribuir para a promoção da saúde	Os participantes acreditam que a escola possa contribuir com ações que promovam a formação integral dos estudantes em saúde, para atuarem em questões individuais de saúde, tanto em prevenção e autocuidado, quanto em questões gerais que impactam a saúde coletiva.	A1; A4; A10; A11; A12; A13; A14; A24; A31; A37	23,26%
Papel da escola frente	Não mencionam nada sobre o assunto	A resposta dos participantes não deixa claro a forma como a escola pode contribuir para melhorar os	A23; A27; A28.	6,98%

à saúde da população		níveis de saúde da população ou preferem não dar opinião sobre o assunto.		
----------------------	--	---	--	--

Fonte: Autoria própria (2022)

A categoria específica **“Escola pode contribuir com a disseminação de informações e hábitos de saúde”** é a que obteve maior representatividade entre os participantes, com 69,77% das respostas. Nesta representação do papel da escola frente aos níveis de saúde da população, os participantes acreditam que o principal papel da escola é contribuir com a disseminação de informações de saúde, em seus aspectos mais individuais, relacionados à prevenção e à cura de doenças, assim como o ensino de hábitos considerados saudáveis, como alimentação adequada e a prática de exercícios físicos. As falas dos participantes que identificamos nessa categoria podem ser observadas abaixo.

- A2:** “Informação e apoio à comunidade”;
- A3:** “Abordando temas para o conhecimento das doenças, prevenção, formas de tratamento”;
- A5:** “Através de palestras e aulas que expliquem a respeito de doenças e medidas de prevenção, ou seja, iniciativas que promovam a conscientização da população”;
- A6:** “Com informação de alimentação, exercícios entre outros”;
- A7:** “Permitindo e transmitindo informações de qualidade e principalmente verídicas”;
- A8:** “Com informações e direcionamento sem influência”;
- A9:** “Promovendo mais palestras abertas ao público e abordando mais esse tema em sala de aula”;
- A15:** “Talvez fazendo palestras, movimentações da sociedade”;
- A16:** “Divulgação de informação”;
- A17:** “Promovendo estudos, palestras, aulas práticas, arrecadações de fundos para ajudar a população e a ensinar sobre o correto”;
- A18:** “Informando de forma completa aos alunos”;
- A19:** “Com palestras...abordagem, saúde preventiva”;
- A20:** “Através de palestras e aulas de conscientização sobre vacinação, uso correto de medicamentos, prevenção de doenças, cuidados com o corpo. Além disso, deve estimular a prática de atividade física”;
- A21:** “Informações detalhadas de tudo que envolve a saúde do organismo humano”;
- A22:** “Fazendo os apontamentos, mostrando que nem todos recebem os mesmos tratamentos, mostrando a importância da saúde mental”;
- A25:** “Através da democratização do conhecimento voltado à saúde, permitindo acesso ao conhecimento construído a respeito dos cuidados, seja na prevenção ou no tratamento”;
- A26:** “Ensinando higiene e atos sobre saúde”;
- A29:** “Ensinando como se alimentar de forma correta, se exercitar, e se prevenir de certas doenças”;
- A30:** “De muitas formas, com a informação e o ensino franco; Com informação”;
- A32:** “A escola pode prestar as informações necessárias para que os alunos saibam identificar doenças, e também saibam usar os serviços de saúde”;
- A33:** “Através de orientação com projetos e de conscientização”;
- A34:** “Instruindo e conscientizando”;

A35: *“Trabalhando temas relacionados, levando profissionais das diversas áreas, trabalhar sobre infecções sexualmente transmissíveis, trazer exemplos, histórias, trazendo esses temas para a realidade dos alunos”;*

A36: *“A escola ensina o que fazer, onde deve procurar ajuda, como saber se deve procurar ajuda de um profissional”;*

A38: *“Ensinando, orientação”;*

A39: *“Mostrando hábitos que são certos e que fazem a diferença na vida das pessoas”;*

A40: *“Ensinando e demonstrando”;*

A41: *“Ensinando bons hábitos”;*

A42: *“Podem auxiliar em palestras que divulguem mais certos procedimentos para evitar doenças. Serve como forte aliado no combate a epidemias”;*

A43: *“Com informação, como mencionei em uma resposta anterior, participei de um projeto sobre educação sexual que aplicamos em alunos do 8 e 9º ano do ensino fundamental. Foi um momento imprescindível para os alunos, pois organizamos a palestra como “atendimentos individuais” possibilitando que as dúvidas fossem esclarecidas sem terem o medo de sofrer bullying dos colegas”.*

A escola, ao trabalhar com a educação em saúde, deve almejar que seja um dos locais mais seguros, democráticos e acolhedores para tratar de temáticas tão fundamentais para a vida, como questões ligadas aos hábitos alimentares, à prática de exercícios físicos e de prevenção de doenças, que hoje constituem-se grandes problemáticas nas sociedades modernas. Todavia, ao considerar o papel da escola enquanto apenas disseminadora de informações em saúde, renega-se ao segundo plano o papel-chave que a educação em saúde tem para as políticas públicas de saúde coletiva, dado que, mais do que simplesmente informar, educar para a saúde deve ser um ato de conscientização para o despertar em saúde, o que pressupõe, assim, um ato político em nível individual, mas com impacto na coletividade.

Neste sentido, a educação em saúde nas escolas deve ter como um dos princípios ir além da transmissão de informações e hábitos considerados saudáveis, mas deve ser assumida como um fator de promoção dos indivíduos (CUNHA; PEZZATO, 2019), criando condições para que eles possam refletir de forma crítica sobre a realidade histórico-social, cultural e econômica, e como ela impacta na saúde individual e coletiva. É engajar-se com o desenvolvimento da cidadania, para que os estudantes não só modifiquem seus hábitos de saúde, mas que por meio deles possam influenciar outras pessoas e se conscientizar que a saúde se trata, sobretudo, de um aspecto multifacetado e político, influenciado por determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais.

Neste sentido, concordamos com Mialhe *et al.* (2019), que o letramento em saúde tem por característica não só informar sobre doenças e modos de prevenção, mas o desenvolvimento de habilidades e competências nos sujeitos que os permitem

participar ativamente na sociedade, para mitigar determinantes que impactam na saúde da população.

A compreensão da escola, apenas como veículo de pura transmissão de informação sobre as questões da saúde, pode estar atrelada à forma cultural pela qual a educação em saúde procedeu-se ao longo dos anos nas escolas brasileiras, caracterizada, principalmente, pela ênfase biomédica da saúde, na qual aspectos da doença, dos métodos de prevenção e tratamento são dimensionados, sobretudo, por um ensino caracterizado como transmissivo (MONTEIRO; BIZZO, 2015), assimétrico, normalizador e disciplinador de condutas, ocultando os saberes populares em saúde, a subjetividade (CUNHA; PEZZATO, 2019), as habilidades necessárias para atuação funcional em saúde e as relações entre os determinantes micro e macrosociais da saúde. Para Guazzelli e Pereira (2019), isso está atrelado às perspectivas mais conservadoras da promoção da saúde, na qual acredita-se que a simples exposição de informações é suficiente para que alunos possam mudar hábitos e fazer escolhas mais conscientes.

A segunda categoria específica, **“Escola pode contribuir para a promoção da saúde”**, obteve a menor representatividade de respostas dos estudantes passíveis de análises (23,26% das contribuições). Ao contrário da primeira, nesta representação do papel da escola, os participantes acreditam que ela possa contribuir com ações que promovam a formação integral dos estudantes em saúde para atuarem em questões individuais de saúde, tanto como prevenção e autocuidado quanto em questões gerais que impactam a saúde coletiva. Isto pode ser observado nas falas a seguir.

A1: *“Pode contribuir e muito tanto na prevenção e preparação dos alunos instruindo ao cuidar da saúde tanto no autocuidado quanto no coletivo”;*

A4: *“Primeiramente trabalhar com foco em trazer um nível de saúde a seus estudantes para, por fim, aplicar à sociedade”;*

A10: *“[...] ajudando com projetos, trabalhos e projetos que ajudam as crianças e adolescentes entenderem a cuidar do meio ambiente da saúde e de tudo que envolve o bem-estar da população, pois é desde pequeno que temos que focar para que cresçam adultos responsáveis”;*

A11: *“A escola pode contribuir incentivando alunos e professores a desenvolver trabalhos sobre diversos temas em relação à saúde, através da conscientização e mobilização de todos envolvidos neste processo de ensino”;*

A12: *“Desenvolver o senso crítico nos alunos, assim como conhecer a realidade da comunidade escolar e focar nas questões importantes para o desenvolvimento da saúde no ambiente que está inserida”;*

A13: *“Com informações seguras e conhecimento pode se influenciar caminhos de reflexão e mudança, na busca de melhor qualidade de vida”;*

A14: *“Estimulando a formação de autonomia, exercícios de direitos e deveres, ações para promover atenção e prevenção à saúde”;*

A24: *“Apresentando e demonstrando como a saúde é fator primordial para uma vida em sociedade”;*

A31: *“A escola para muitos é a única fonte de conhecimentos de fatos e prevenção. A escola é essencial para criar e difundir uma mentalidade saudável, comprometida não só com o futuro e desenvolvimento pessoal, mas também em desenvolver habilidades e competências para cuidar de si próprio e dos seus”;*

A37: *“Explicando o assunto de forma a conscientizar e problematizar levando a soluções que possam beneficiar a todos”.*

Essa representação de papel da escola frente à saúde da população aproxima-se das concepções emancipadoras de educação em saúde, que tem por base a promoção da saúde e como objetivo o letramento dos estudantes nesta questão. Deste modo, educar para a saúde é buscar a promoção dos sujeitos no ambiente escolar e o seu pleno desenvolvimento enquanto cidadãos capazes de atuar conscientemente na busca de melhores condições de saúde para si e para a coletividade, portanto, o empoderamento dos estudantes.

Para Mialhe *et al.* (2019), quando falamos em letramento em saúde para o empoderamento, o aspecto central está na interação entre letramento e poder. Assim, ao situar o sujeito em seu contexto social, o letramento é uma troca de contestações entre indivíduos que detêm mais ou menos poder socialmente, instituições e contextos políticos. A cidadania ativa, para os autores, seria o fortalecimento do compromisso das pessoas com a promoção da saúde em esforços não só para desenvolver habilidades para agir como consumidores de saúde informados, mas também para melhorar a saúde da coletividade.

É neste sentido que a educação em saúde, com base na promoção, deve buscar trabalhar pedagogicamente nos educandos o conjunto de habilidades necessárias para que eles possam agir adequada e ativamente nos assuntos relacionados à saúde, superando o viés exclusivamente individual, preventivo e prescritivo de saúde, para tratar de questões que dizem respeito à sua realidade local, à transformação social e à superação das iniquidades em saúde que são resultados da desigualdade social (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Na categoria **“Não mencionam nada sobre o assunto”**, foram classificadas as seguintes falas de três participantes:

A23: *“Não sei dizer”;*

A27: *“Dando oportunidades às pessoas que realmente querem aprender e a melhorar de vida”;*

A28: *“Contribui muito”.*

Esta categoria, portanto, abordou as contribuições dos participantes, mas não deixa claro a forma como a escola pode contribuir para melhorar os níveis de saúde da população ou preferem não opinar sobre o assunto, o que pode indicar uma dificuldade dos participantes em ver o espaço escolar como um lugar no qual assuntos transversais, como saúde, sexualidade, meio ambiente, economia, dentre outros, podem ser trabalhados pedagogicamente junto ao conteúdo das disciplinas curriculares, como forma de contribuir para o pleno desenvolvimento dos escolares enquanto cidadãos capazes de contribuir para a melhoria da sociedade de um modo geral.

Por fim, a questão 17, “**Quais aspectos você acredita serem relevantes considerarmos ao organizar um projeto ou uma aula de educação em saúde?**”, teve por objetivo identificar quais os aspectos teóricos e metodológicos embasavam a concepção de educação em saúde dos participantes. Os dados coletados nesta questão foram agrupados em cinco categorias, com base no conteúdo semântico das respostas e podem ser observados no Quadro 16.

Quadro 16 – Categorias Questão 17

Categoria geral	Categoria específica	Unidade de contexto (breve descrição)	Unidade de registro	Freq. Relativa
Concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde dos participantes	Conteúdos sobre saúde	Os participantes afirmam que determinados conteúdos devem ser levados em consideração para organização de projetos ou aulas de educação em saúde, tais como microrganismos, saúde mental, física, educação sexual, higiene, dentre outros.	A3; A10; A12; A14; A15; A16; A19; A29; A30; A31; A39; A40; A42; A43	32,56%
Concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde dos participantes	Aspectos sociais, econômicos e culturais da realidade local	Os participantes afirmam que aspectos da realidade local dos sujeitos que estarão envolvidos no processo educativo devem ser levados em consideração para organização de projetos ou aulas de educação em saúde, tais como aspectos sociais, culturais, econômicos e educacionais.	A1; A2; A5; A8; A9; A20; A22; A24; A25; A32; A33; A35	27,91%
Concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde dos participantes	Não esclarecem a resposta ou preferem não opinar sobre o assunto	A resposta dos participantes não deixa claro os aspectos considerados relevantes ou preferem não opinar sobre o assunto.	A6; A17; A21; A23; A26; A27; A28; A36	18,60%
Concepções teóricas e metodológicas de educação	Recursos humanos e materiais	Os participantes afirmam que é necessário considerar os aspectos relacionados aos recursos humanos, como idade, desenvolvimento e interesse dos	A11; A13; A18; A38; A41	11,63%

em saúde dos participantes		sujeitos que estarão envolvidos no processo de ensino, além dos recursos materiais, como materiais, espaço físico e recursos econômicos.		
Concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde dos participantes	Prática Pedagógica e saberes docentes sobre saúde	Os participantes acreditam que os aspectos relacionados à prática pedagógica, como intencionalidade e objetivos, assim como os saberes docentes relacionados à saúde devem ser considerados ao organizar um projeto ou aula de educação em saúde.	A4; A7; A34; A37	9,30%

Fonte: Autoria própria (2022)

A categoria específica **“Conteúdos sobre saúde”**, representou 32,56% das respostas dos estudantes para a questão. Essa categoria engloba as respostas dos participantes, que afirmam que os conteúdos sobre saúde são o aspecto fundamental que deve ser considerado quando se pretende trabalhar com saúde no ambiente escolar. Conteúdos relacionados às doenças causadas por microrganismos, como bactérias, vírus, protozoários, além de saneamento ambiental, saúde mental, física, educação sexual, higiene, morfologia e fisiologia do corpo humano são bastante destacados como primordiais pelos participantes. Isto pode ser observado nas falas a seguir.

A3: “O conhecimento dos sintomas das doenças básicas que afetam o ser humano e suas formas de tratamento”;

A10: “Trabalhar em cima do Meio Ambiente, doenças causadas por vírus, bactérias, protozoários, saneamento básico por não ter em alguns lugares é o causador de muitas doenças como a Leptospirose entre outras e focar também na parte de higiene, pois auxilia para uma melhor qualidade de saúde e vida e vacinação, pois tem algumas doenças que podem ser evitadas com a vacinação específica”;

A12: “Saúde mental e autocuidado”;

A14: “Orientação para alimentação saudável, estimular práticas, exercícios físicos, atividades que ajudem relações interpessoais etc.”;

A15: “Saúde mental, física espiritual”;

A16: “Aspectos relacionados à divulgação científica”;

A19: “Alimentação, exercícios, educação preventiva de doenças”;

A29: “A alimentação saudável, exercícios regulares”;

A30: “Científico e comprovado; com visão panorâmica”;

A31: “Educação sexual, saúde preventiva, higiene, educação emocional...”;

A39: “Ver práticas e exemplos”;

A40: “Aspectos que abrange o que é fundamental para o bom funcionamento do corpo”;

A42: “Temas mais relevantes nessa época como pandemia da Covid-19 com informação passada de maneira clara para a população. Usar a linguagem do povo para o povo”;

A43: “Pensando em uma aula sobre educação em saúde acredito que seja fundamental trabalhar saúde sexual reprodutiva, IST’s, prevenção a gravidez, higiene íntima etc. Temas sobre autocuidado (realizar exames regulares),

esclarecer mitos e dúvidas sobre “distúrbios de saúde comuns”, como diabetes mellitus e hipertensão, além de higiene pessoal são muito relevantes”.

A seleção, organização e planejamento dos conteúdos é um quesito de fundamental importância para que haja sucesso nas ações de educação em saúde no ambiente escolar. Todavia, ao considerar somente esses aspectos como suficientes para que os atores envolvidos possam fazer escolhas conscientes em saúde, assim como atuar proativamente em questões que envolvam a saúde coletiva é situar os conteúdos como protagonistas nos processos de ensino em detrimento dos sujeitos que serão envolvidos nos processos pedagógicos, suas necessidades e características, tal como a consciência do docente sobre intencionalidade e objetividade que definem a prática pedagógica e a prática docente em saúde para a produção de sentido na aprendizagem em saúde, visando a mudança social e a superação das iniquidades em saúde.

Neste sentido, acreditamos que a prática pedagógica em saúde, que tende à primazia dos conteúdos em relação aos sujeitos, aproxima-se das visões conservadoras de promoção da saúde, citadas Guazzelli e Pereira (2019), na qual o empoderamento e capacitação dos sujeitos possam ser feitos apenas pela exposição de informações, ou seja, uma vez diante de um conhecimento científico em saúde, acredita-se que os atores envolvidos possam fazer escolhas conscientes em saúde. Isso releva uma visão positivista sobre a educação em saúde (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019), mas que desconsidera que a produção de sentido depende da forma como é elaborada a ação didática, portanto, o diálogo entre diferentes nuances que envolvem mediação docente, relações intelectuais e afetivas, situação, necessidades, identidade cultural e as possibilidades dos sujeitos (CUNHA; PEZZATO, 2019).

Para Cunha e Pezzato (2019), o planejamento de práticas educativas em saúde deve ter como ponto de referência o sujeito, ou seja, tomar o sujeito como referência e não apenas o conteúdo. Assim, o “ponto de partida deve ser ‘para quem ensino’ antes de ‘o que ensino’” (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 188).

Neste sentido, mais do que os conteúdos, é necessário levar em consideração o contexto social e cultural da escola e dos alunos, seus conhecimentos prévios sobre saúde, necessidades formativas e possibilidades do contexto, em coerência com os aspectos relacionadas à prática pedagógica e à prática docente, que devem ter

objetivos e intencionalidades bem definidas, acompanhadas da reflexão sobre a própria prática que guia a elaboração e a produção de conhecimento.

Essa forma de conceber a educação em saúde vai ao encontro das respostas agrupadas na segunda categoria específica com maior representatividade (27,91%), **“Aspectos sociais, econômicos e culturais da realidade local”**, cujas respostas dos participantes afirmaram ser relevante considerar os aspectos realidade local dos sujeitos que estarão envolvidos no processo educativo para organização de projetos ou aulas de educação em saúde, relacionados ao âmbito social, cultural, econômico ou nível educacional, conforme as contribuições dos participantes a seguir.

A1: *“No aspecto do autoconhecimento da saúde”;*

A2: *“Considerar a realidade de cada um, que pode muitas vezes ter zero conhecimento num assunto comum e importante”;*

A5: *“Levar em consideração os aspectos sociais para onde será destinada a palestra, assim como tentar entender a realidade de cada um que participará”;*

A8: *“Não interferir na cultura ou religião de cada um”;*

A9: *“Que seja voltado principalmente às pessoas mais vulneráveis em situação financeira, geralmente elas têm pouco acesso a informação, mas se tiver condições de fazer para todos seria bom também”;*

A20: *“Realidade dos alunos: propor atividades que os alunos possam desenvolver. As atividades devem despertar a curiosidade dos alunos, pois dependendo da forma que os conteúdos são expostos, eles não prestam atenção. Deve interagir com a realidade dos alunos, eles precisam ver isso aplicado na realidade deles”;*

A22: *“As diversas realidades que existem no Brasil”;*

A24: *“Um estudo da realidade do público alvo, em diferentes aspectos”;*

A25: *“A realidade daqueles que serão atingidos pelo conteúdo, como as doenças que mais afligem aquela população, os maiores problemas a serem combatidos para a melhora no que se diz respeito ao cuidado com a saúde. É importante falar também do papel da saúde pública nesse cuidado e das autoridades que têm poder e papel de mudança nesse campo de atuação para que tenham mais autoridade e propriedade ao solicitar mudanças”;*

A32: *“Considerar o nível de informação que os alunos têm ou não, também considerar as condições financeiras e sociais, pois o professor tem o dever de se fazer ser entendido por todos os alunos que estarão em todos os contextos”;*

A33: *“Um projeto que está de acordo com a realidade à qual os alunos vivem”;*

A35: *“Público alvo (faixa etária), realidade desse público, objetivo que você deseja alcançar, trabalhar uma linguagem de fácil entendimento, trazer pessoas especializadas para participar, histórias verdadeiras, com as próprias pessoas contando suas experiências, buscando saber o que o público já sabe a respeito do tema, e desse modo pensar em possibilidades de ações, e pensar em como abordar determinados temas, visto que esses podem gerar gatilhos e constrangimento”.*

É relevante pensarmos na importância da escola ou do profissional que se propõe trabalhar a educação em saúde, considerar durante a organização e a execução de projetos e aulas de educação em saúde, questões como identidade cultural, situações e as possibilidades permitidas pelas realidades nas quais as

atividades de ensino e aprendizagem serão desenvolvidas, conforme supracitadas. Isto implica, portanto, na fundamental importância de ponderar-se o contexto social e cultural em que a escola está inserida, como dos sujeitos que estarão envolvidos no processo de ensino, assim como os conhecimentos prévios deles, de modo que as atividades pedagógicas e a prática docente sejam coerentes, facilitadoras da construção do saber e estimulantes à produção de sentido sobre as temáticas em saúde que serão trabalhadas.

Assim, é adequado pensarmos que a prática pedagógica e docente, dotada de intencionalidade, objetividade e reflexão, deve estar devidamente alinhada às realidades e tenha como aspecto central e ponto de partida, o sujeito e suas necessidades, sejam elas formativas ou reais de saúde, tanto para organização quanto para execução do processo de ensino, almejando o desenvolvimento das habilidades emocionais, conceituais, procedimentais e atitudinais dos escolares.

Entretanto, apesar de citarem os aspectos sociais, é possível notar pelas falas dos participantes que pouco se atrela a educação em saúde com a possibilidade de formação integral dos sujeitos em saúde, principalmente para o exercício da cidadania, ignorando que a educação em saúde é uma das formas pelas quais é possível formar pessoas pensando na modificação das realidades sociais e da realidade em saúde que esses sujeitos possam estar inseridos, principalmente na superação de aspectos determinantes considerados deletérios para a saúde individual e coletiva.

A categoria específica **“Recursos humanos e materiais”** representou 11,63% das respostas dos participantes da pesquisa e diz respeito às contribuições que afirmaram ser necessário considerar os aspectos como idade, desenvolvimento e interesse dos sujeitos que estarão envolvidos no processo de ensino, além dos recursos materiais disponíveis no espaço em que serão empregadas as atividades de ensino, como materiais escolares, espaço físico e recursos econômicos disponíveis, conforme nota-se nas falas a seguir:

A11: *“É necessário ter primeiramente o interesse dos alunos, segundo ter um espaço adequado para desenvolver este projeto, e terceiro a disponibilidade de materiais e ferramentas que podem auxiliar neste trabalho”;*

A13: *“Planejamento, organização recursos econômicos e profissionais habilitados para o desenvolvimento”;*

A18: *“A idade dos alunos, a fase da vida em que estão”;*

A38: *“Quem são os públicos alvos”;*

A41: *“O público que será alcançado”.*

Práticas educativas intencionais devem ser aquelas voltadas para a educação em saúde, e ter como um dos seus fundamentos para a organização das abordagens e métodos de ensino, os recursos que serão envolvidos. Consideramos esse ponto de importância equivalente e complementar aquela destacada por outros participantes, relacionados aos aspectos sociais, econômicos e culturais da realidade local da categoria anterior. Deste modo, além das características sociais e culturais da escola e dos estudantes, é importante que os docentes levem em consideração, ao planejar as atividades de educação em saúde, as particularidades dos envolvidos, isto é, o seu desenvolvimento afetivo, cognitivo e motivacional, para propor contextos de ensino-aprendizagem (e readequá-los sempre que necessário), alinhados aos interesses dos educandos e à sua capacidade de reflexão sobre as situações apresentadas, lançando mão de abordagens e metodologias motivadoras que estimulem a participação nas atividades, que por sua vez devem ser adequadas e coerentes à faixa-etária e ao desenvolvimento cognitivo dos alunos, facilitando assim a integração do tema e das discussões à rede de significados prévios deles.

O último aspecto destacado pelos participantes, refere-se à categoria específica **“Prática Pedagógica e saberes docentes sobre saúde”**, com 9,30% das respostas. Nesta categoria, os estudantes acreditam que os aspectos relacionados à prática pedagógica, como intencionalidade e objetivos, assim como os saberes docentes relacionados à saúde devem ser considerados ao organizar um projeto ou aula de educação em saúde, conforme respostas abaixo.

A4: *“Algo que seja bem definido e elaborado, trazer a saúde de diversas formas de vista e de forma mais lúdica e sem achismos, sem Fake News”. Orientar os docentes como tratar os assuntos da saúde na educação. Alguns docentes podem propagar fake news e medo nos estudantes, por exemplo, um docente que cria mentiras falando que tal vacina pode transmitir alguma doença”;*

A7: *“A intencionalidade, a informação em si. O objetivo final”;*

A34: *“Clareza na linguagem utilizada e explicação clara sobre a origem das doenças e o funcionamento do corpo ante as medicações, tratamentos e métodos preventivos que visam a saúde. Boa parte das pessoas sabe o que deve ser feito, mas não fazem pois não entendem a lógica por trás do que lhes é recomendado”;*

A37: *“A didática e a linguagem para que venham ser diretas e de fácil compreensão”.*

A prática pedagógica e saberes docentes envolvem a reflexão sobre a concepção de pedagogia que norteará o processo de ensino-aprendizagem. No

campo da educação em saúde, o docente que se propõe a trabalhar com tais temáticas no âmbito escolar, deve, sobretudo, ter consciência sobre seu papel enquanto promotor, facilitador e incentivador da aprendizagem. Isso pressupõe, *a priori*, a consciência do papel do docente, dos seus saberes e da sua própria formação quanto à produção teórico-científica; mas, sobretudo, é necessário que o docente tenha conhecimento sobre si mesmo, suas bases culturais, emocionais e sociais, identificando tabus e preconceitos relacionados à saúde que possam interferir negativamente no processo educativo.

A prática docente e pedagógica, por sua vez, para uma educação em saúde que busque a promoção dos indivíduos e a transformação social, deve ser acompanhada de intencionalidade, reflexão e de práticas educativas que conferem sentido a essa intencionalidade, visando atingir as expectativas educacionais planejadas. Neste sentido, não há como se falar de organização de projetos ou aulas de educação em saúde sem discutir a importância da prática pedagógica e da prática e saberes docentes, pois são questões que implicam não apenas em planejamento, mas em sistematização, caminhada e superação de contradições que impeçam educandos de articular por meio da reflexão crítica, teoria e prática, para produção de novos saberes.

Conforme nos recorda Franco (2016), práticas pedagógicas são a tentativa de concretizar as expectativas educacionais, isto é, de ensino-aprendizagem, portanto, práticas pedagógicas são aquelas que se organizam para atender objetivos educacionais e são, portanto, carregadas de intencionalidade, logo, podem ser consideradas práxis e não poiesis, ou, simplesmente, um fazer mecânico.

Para a autora, as práticas pedagógicas são amplas e incluem desde o planejamento, sistematização e caminhada por processos de ensino-aprendizagem, garantindo o ensino dos conteúdos e atividades considerados fundamentais para o desenvolvimento humano, criando nos alunos mecanismos para criar consciência para mobilizar novos e velhos saberes. Neste sentido, uma prática será pedagógica quando as intencionalidades forem definidas e as práticas atribuírem sentido a essas intencionalidades, as quais serão acompanhadas de reflexão contínua, e quando os encaminhamentos propostos pelas intencionalidades forem realizados.

Prática pedagógica é, desta forma, sempre consciente, isto implica, sobretudo, em ter clareza que uma prática pedagógica estará sempre alicerçada em uma concepção de pedagogia que norteará o processo de ensino, o que carrega em

si sempre um ato político e uma visão de mundo e sociedade (FRANCO, 2016). É neste aspecto que concordamos com Franco (2016), uma prática docente (neste caso, uma prática docente em saúde), enquanto prática pedagógica, deverá ser dotada de intencionalidade, produtora de sentido e acompanhada de consciência e reflexão crítica da própria prática, alinhando-se a perspectiva da totalidade (momento/espço histórico-social e suas relações com a saúde) e as particularidades (necessidades/saberes em saúde da escola e dos alunos).

Por fim, a categoria **“Não esclarecem a resposta ou preferem não opinar sobre o assunto”**, abarca respostas que não contribuem para a questão, conforme observado nas falas a seguir:

A6: *“Precauções que devemos ter”;*
A17: *“Se ensinar ao menos do básico ao prático”;*
A21: *“Não sei responder”;*
A23: *“Não sei dizer”;*
A26: *“Saúde coletiva”;*
A27: *“Equilíbrio das emoções”;*
A28: *“Não tenho uma opinião formada”;*
A36: *“A orientação”.*

Foram respostas que não deixaram claro quais os aspectos considerados relevantes pelos participantes ao organizar um projeto ou uma aula de educação em saúde, ou ainda as respostas daqueles que optaram por não expressar sua opinião sobre o assunto.

5.2 Resultados da coleta de dados após aplicação do produto educacional

Conforme descrito na seção de metodologia de pesquisa, a segunda etapa de coleta de dados foi realizada por meio da plataforma *Moodle* e teve como objetivo obter dados que pudessem ser comparados com os dados coletados inicialmente, como forma de validar a contribuição do produto educacional para a aprendizagem dos participantes.

Para evitar o enviesamento dos dados coletados após a aplicação do produto, optou-se por não utilizar o questionário inicial como instrumento de coleta. Para tanto, como instrumento de coleta de dados, utilizamos como abordagem a escrita de uma redação, na qual era necessário o participante mobilizar os conhecimentos ensinados ao longo dos módulos do curso. Dos 43 participantes, 7 conseguiram entregar a atividade no período proposto e, portanto, concluíram todas as atividades do curso.

Tal qual realizado na primeira coleta de dados, seguimos as orientações de Gomes (1994) para análise de conteúdo e procuramos evidenciar, nas produções realizadas pelos participantes, unidades de registro que remetesse às categorias gerais definidas *a priori*, sendo elas: “Concepções de saúde dos participantes”; “Concepção de pessoa saudável”; “Papel da escola frente à saúde da população” e “Concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde dos participantes”.

No que diz respeito à primeira categoria geral, “Concepções de saúde dos participantes”, duas categorias específicas foram construídas, conforme o Quadro 17.

Quadro 17 – Concepções de saúde dos participantes pós-curso

Categoria geral	Categoria específica	Unidade de contexto (breve descrição)	Unidade de registro
Concepções de saúde dos participantes	Não menciona nada sobre a concepção de saúde	A produção textual do participante não menciona nada referente a algum conceito de saúde.	A26
Concepções de saúde dos participantes	Saúde como fenômeno dependente de múltiplos fatores	A produção textual do participante menciona a saúde como algo complexo, determinado por diversos fatores.	A10; A11; A25; A29; A33; A34

Fonte: Autoria própria (2023)

Somente um dos sete alunos não citou algo que remetesse a algum tipo de concepção de saúde em sua produção textual, enquanto os demais citaram a “Saúde como fenômeno dependente de múltiplos fatores”, conforme pode ser observado nos trechos a seguir.

A10: *“Não se pode levar a saúde apenas dentro da lógica de boa ou ruim, como se tem ou não doença, seria reduzir demais levando em conta a complexidade da sociedade e do contexto que as experiências de saúde são vivenciadas pelas pessoas, que de uma para a outra adquirem significados diferentes. Ter uma boa saúde é direito de todos os brasileiros e deve ser assegurada por todas as esferas do governo que engloba o poder civil, estadual e externa, vai envolver além de políticas públicas para consolidar e ampliar a oferta dos serviços de saúde, ações sociais que tenham como objetivo minimizar os efeitos dos determinantes sociais na saúde da população, como as políticas voltadas à criação de empregos, moradias dignas, saneamento básico entre outros”;*

A11: *“[...] a saúde está vinculada a vários eixos, dentre eles podemos citar as condições sociais, a educação, a economia, habitação e meio ambiente”;*

A25: *“[...] o impacto da desigualdade social é um agravante e até mesmo um impedimento para a aplicação das medidas preventivas que evitaria a contaminação pelas moléstias. A exemplo temos a recente pandemia, cujo primeiro método de prevenção aplicado e defendido era o isolamento social e a quarentena, entretanto, como vimos, muitas famílias em situação de vulnerabilidade social tinham de escolher entre correr o risco de se infectar com o vírus ao se arriscar indo trabalhar ou então passar fome, não por desinformação das medidas profiláticas, mas devido à impossibilidade de*

cumpri-las, dada a condição de vulnerabilidade social em que se encontravam”;

A29: *“No planejamento deve ser considerado, portanto, a conexão entre as temáticas e realidade vivida pelos membros da sociedade para que os estudantes tenham o poder de entender a complexidade que envolve saúde e doença e que entendam como impactam na saúde individual e coletiva”;*

A33: *“[...] os fatores econômicos, sociais, culturais, são determinantes e evidenciam o modo de existência de um povo, ou seja, a maneira que as pessoas estão vivendo, e se estão em condições dignas de saúde”;*

A34: *“[...] tópicos sobre desigualdades sociais, saneamento básico, fome, acesso à educação, políticas públicas, entre outros, funcionam como uma rede que se entrelaça nas temáticas de saúde, já que, dependendo da posição social de cada sujeito, este pode vir a ter menos ou mais acesso a recursos capazes de gerar uma melhor qualidade de vida”.*

Apesar da quantidade baixa de estudantes que realizaram a atividade final, é interessante observar a substituição de termos como “bem-estar”, “equilíbrio”, “homeostase” e “funcionalidade do corpo”, bastante presentes nas respostas obtidas com o questionário inicial, por termos que direcionam a saúde para um conceito mais ampliado e socialmente determinado, como “complexidade”, “sociedade”, “condições sociais” e “determinantes sociais”.

É interessante observar ainda, que os estudantes passaram a relacionar a saúde como dependente de fatores não só relacionados às questões biológicas, mas também a questões sociais e econômicas, como emprego, habitação, classe e vulnerabilidade social, além de políticas públicas. Concepções estas que eram inexistentes nas respostas coletadas inicialmente na questão 14, conforme o Quadro comparativo 18.

Quadro 18 – Comparativo conceito saúde inicial e pós-curso

Participante	Conceito de Saúde Inicial (questão 14)	Conceito de Saúde pós-curso
A10	<i>“Saúde é estar bem na parte do bem-estar físico, mental e social, espiritual, estando tudo em equilíbrio.”</i>	<i>“Não se pode levar a saúde apenas dentro da lógica de boa ou ruim, como se tem ou não doença, seria reduzir demais levando em conta a complexidade da sociedade e do contexto que as experiências de saúde são vivenciadas pelas pessoas, que de uma para a outra adquirem significados diferentes. Ter uma boa saúde é direito de todos os brasileiros e deve ser assegurada por todas as esferas do governo que engloba o poder civil, estadual e externa, vai envolver além de políticas públicas para consolidar e ampliar a oferta dos serviços de saúde, ações sociais que tenha como objetivo minimizar os efeitos dos determinantes sociais na saúde da população, como as políticas voltadas à criação de empregos, moradias dignas, saneamento básico entre outros.”</i>

A11	“Saúde é o estado de bem físico que um ser humano se encontra.”	“[...] a saúde está vinculada a vários eixos, dentre eles podemos citar as condições sociais, a educação, a economia, habitação e meio ambiente.”
A25	“É o cuidado com os aspectos fisiológicos do corpo humano.”	“[...] o impacto da desigualdade social é um agravante e até mesmo um impedimento para a aplicação das medidas preventivas que evitaria a contaminação pelas moléstias. A exemplo temos a recente pandemia, cujo primeiro método de prevenção aplicado e defendido era o isolamento social e a quarentena, entretanto, como vimos, muitas famílias em situação de vulnerabilidade social tinham de escolher entre correr o risco de se infectar com o vírus ao se arriscar indo trabalhar ou então passar fome, não por desinformação das medidas profiláticas, mas devido à impossibilidade de cumpri-las dada a condição de vulnerabilidade social em que se encontravam.”
A29	“Bem-estar.”	“No planejamento deve ser considerado, portanto, a conexão entre as temáticas e realidade vividas pelos membros da sociedade para que os estudantes tenham o poder de entender a complexidade que envolve saúde e doença e que entendam como impactam na saúde individual e coletiva.”
A33	“É ter disposição, bem-estar físico e psíquico.”	“[...] os fatores econômicos, sociais, culturais, são determinantes e evidenciam o modo de existência de um povo, ou seja, a maneira que as pessoas estão vivendo, e se estão em condições dignas de saúde.”
A34	“O bem-estar integral do organismo, seja a nível físico, mental/emocional.”	“[...] tópicos sobre desigualdades sociais, saneamento básico, fome, acesso à educação, políticas públicas, entre outros, funcionam como uma rede que se entrelaça nas temáticas de saúde, já que, dependendo da posição social de cada sujeito, este pode vir a ter menos ou mais acesso a recursos capazes de gerar uma melhor qualidade de vida.”

Fonte: Autoria própria (2023)

Essa perceptível mudança de paradigma no conceito de saúde desses participantes, aproxima suas concepções ao defendido no âmbito da promoção da saúde, enquanto fenômeno multifacetado e complexo, referenciado por conceitos da linguagem popular e filosófica, apreensível empiricamente pelas ciências, analisável no plano lógico-matemático e pelos seus efeitos na vida dos sujeitos em sociedade (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Portanto, atravessado por questões culturais, de classe social, gênero, renda e modos de produção econômica, nos quais os conhecimentos sobre saúde desenvolvem-se a partir da experiência obtida pelo contato com o contexto de existência, demarcados pelo contexto histórico e social (MINAYO, 1988).

Referente à categoria geral “**Concepção de pessoa saudável**”, não identificamos nas sete produções textuais algum trecho que remetesse a alguma concepção do que é ser uma pessoa saudável para estes participantes.

Quanto à categoria “**Papel da escola frente à saúde da população**”, das sete produções analisadas, pudemos identificar, em quatro delas, trechos que apresentam uma representação de um papel social da escola frente aos níveis de saúde da população, conforme pode ser observado no Quadro 19.

Quadro 19 – Papel da escola em saúde pós-curso

Categoria Geral	Categoria específica	Unidade de contexto (breve descrição)	Unidade de registro
Papel da escola frente à saúde da população	Escola pode contribuir com a disseminação de informações em saúde	Os participantes mencionam que a escola pode contribuir com a disseminação de informações.	A26; A33
Papel da escola frente à saúde da população	Escola pode contribuir para a promoção da saúde	Os participantes mencionam algo que relaciona a escola com ações para promoção da formação integral dos estudantes.	A10; A25
Papel da escola frente à saúde da população	Não mencionam nada sobre o assunto	A produção textual do participante não menciona nada sobre o papel da escola frente à saúde da população.	A29; A34; A11

Fonte: Autoria própria (2023)

Três participantes não mencionaram nada sobre o assunto em suas redações. Com relação à categoria específica “**Escola pode contribuir com a disseminação de informações em saúde**”, dois participantes mencionam a escola como um local no qual os sujeitos podem obter informações sobre saúde, conforme os trechos abaixo:

A26: “[...] o ponto principal para que seja ensinado como estratégias e ações pedagógicas nas escolas é fundamental que comecem a ensinar desde a educação infantil, aonde a criança tem informações sobre tratamentos e prevenções de diversas enfermidades. [...] **A criança na escola é a peça-chave fundamental que, além de aprender aspectos sobre tratamentos e prevenção à saúde, pode ensinar os demais integrantes de sua família e ajudar a comunidade local**” (Participante A26, 2022, grifo nosso);

A33: “Mediante as necessidades básicas e essenciais para uma vida saudável, **a escola tem um papel fundamental de informar seus alunos, a respeito desses direitos e deveres, sejam eles na área de cuidados ou prevenção, e que pode [...] concretizar ações em benefício dos que necessitam [...]**” (Participante A33, 2022, grifo nosso).

Apesar de mencionarem a escola apenas como um local no qual podemos obter informação sobre aspectos referentes a prevenção e reabilitação da saúde, os

participantes mencionam que as informações trabalhadas no ambiente escolar são fundamentais, porque podem colaborar com a melhoria da saúde, não apenas dos educandos, mas de outras pessoas, como a família, a comunidade local ou “em benefício dos que necessitam”.

Evidentemente, essa concepção de papel da escola não é a mais adequada quando pensamos em educação em saúde, uma vez que a escola deve ter como um dos princípios para o letramento em saúde, ir além da transmissão de informações e hábitos considerados saudáveis. Contudo, é notável que esses alunos conseguiriam observar que educação para a saúde pode ser um dispositivo de transformação social, portanto, algo que pode contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da coletividade, conforme nossos grifos nas falas acima.

Esta relação também é observada nas falas da categoria específica **“Escola pode contribuir para a promoção da saúde”**, na qual dois participantes mencionaram algo em sua produção textual que relaciona a escola a ações para a formação integral dos estudantes em saúde, conforme os trechos abaixo:

A10: *“O objetivo da escola é formar cidadãos críticos e conscientes, assim contribuindo para a proteção e promoção da saúde dos alunos, proporcionando-lhes um ambiente físico e interno adequado ao seu crescimento e desenvolvimento, assim ajudando-os a compreender a importância dos controles de saúde regular, incentivando a utilizar os recursos de saúde da comunidade e contribuindo para a perspectiva de promoção, prevenção. **Trabalhar a educação em saúde na escola na perspectiva da promoção é trabalhar também em prol do letramento em saúde dos estudantes**”;*

A11: *“[...] instrumentalizar os alunos para que estes possam agir em sociedade com fins de transformar a realidade através dos aparelhos institucionais que têm acesso, do monitoramento dos órgãos competentes e responsáveis por essa seguridade social, não apenas em saúde, mas em segurança social entre outros que influenciam na interação com a saúde do indivíduo e população”.*

Conforme discutimos anteriormente, essa concepção de papel da escola aproxima-se de uma visão emancipadora de educação em saúde que defendemos nesta pesquisa, que tem por base a promoção da saúde e como objetivo o letramento em saúde dos estudantes. Neste sentido, educar para a saúde é buscar o pleno desenvolvimento dos escolares enquanto cidadãos capazes de atuar conscientemente na busca de melhores condições de saúde para si e para a coletividade.

É trabalhar pedagogicamente o conjunto de habilidades necessárias para que os alunos possam agir adequada e ativamente nos assuntos relacionados à saúde,

buscando a transformação social e a superação das iniquidades em saúde que são resultados da desigualdade social (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

É interessante observar que estes alunos ampliaram sua visão sobre o papel da escola em saúde, pois além de citar a necessidade de proporcionar informações aos discentes, estes participantes veem na escola uma oportunidade e na educação em saúde um mecanismo pelo qual é possível formar cidadãos conscientes sobre a realidade em saúde da população e das necessidades de mudanças sociais. Isto fica bastante claro em trechos como *“O objetivo da escola é formar cidadãos críticos e conscientes, assim contribuindo para a proteção e promoção da saúde”* da participante A10, ou ainda, conforme destacado pelo participante A11, ao citar que a escola deve *“[...] instrumentalizar os alunos para que estes possam agir em sociedade com fins de transformar a realidade através dos aparelhos institucionais que têm acesso”*.

No que concerne à categoria geral **“Concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde dos participantes”**, cinco categorias específicas foram obtidas a partir das produções textuais dos participantes. É importante ressaltar que a partir da fragmentação textual das produções foi possível extrair mais de uma unidade de registro para um mesmo participante, que muitas vezes indicavam pontos que se referiam a categorias distintas sobre concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde, conforme pode ser observado no Quadro 20.

Quadro 20 – Concepções de educação em saúde pós-curso

Categoria geral	Categoria específica	Unidade de contexto (breve descrição)	Unidade de registro
Concepções de educação em saúde dos participantes	Conteúdos sobre saúde	Os participantes destacam questões referentes aos conteúdos de educação em saúde.	A10; A25; A26; A29; A33
Concepções de educação em saúde dos participantes	Aspectos sociais, econômicos e culturais da realidade local	Os participantes afirmam que aspectos da realidade local dos sujeitos que estarão envolvidos no processo educativo devem ser levados em consideração.	A10; A11;
Concepções de educação em saúde dos participantes	Prática Pedagógica e prática docente	Os participantes enfatizam os aspectos relacionados à prática pedagógica e/ou o planejamento de atividades pelo docente como relevantes para a educação em saúde.	A10; A11; A29; A33; A34
Concepções de educação em saúde dos participantes	Conceito de educação em saúde	Os participantes apresentam suas concepções sobre educação em saúde, seus objetivos e contribuições para a formação dos escolares.	A10; A11; A25; A29; A33; A34

Fonte: Aatoria própria (2023)

Na primeira categoria específica, **“Conteúdos sobre saúde”**, cinco participantes mencionaram algo em sua produção textual referente às temáticas da educação em saúde, conforme os trechos abaixo.

A10: *“Com relação às possibilidades temáticas existe uma variedade de temas a serem trabalhados em sala de aula, bem como a explicação sobre as doenças vinculadas ao convívio social destes discentes [...]”;*

A25: *“[...] educação em saúde tem de deixar de ser apenas instrução sobre agentes patológicos, fisiologia e definição de doenças e prevenção, são conteúdos importantíssimos, mas que não devem resumir neles mesmos, não se deve atribuir a questão de doença aos simples métodos de prevenção [...]”;*

A26: *“É muito importante que sejam destacados os assuntos do convívio geral dos indivíduos, principalmente as informações essenciais dos seus direitos e deveres perante a saúde”;*

A29: *“[...] promover a prevenção e a saúde com qualidade e longevidade através de vários temas, como por exemplo, educação alimentar e nutrição, educação para sexualidade, educação sobre substâncias psicoativas, dentre outras”;*

A33: *“É importante, que o aluno tenha conhecimento a respeito de temas que fazem parte de seu cotidiano, [...] assuntos referentes a higiene, sexualidade, entre outros, que servem de alerta, como é o caso das drogas e álcool”.*

Percebe-se que os estudantes compreenderam que a educação em saúde pode e deve ser trabalhada por meio de diversos temas, mas é interessante notar, ainda, que alguns deles citam a necessidade desses temas estarem vinculados à realidade em saúde dos seus discentes, como destacado pelos participantes A10, A26 e A33, portanto, levar em consideração o panorama em que serão desenvolvidas as aulas de educação em saúde (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019).

Esta concepção é complementar as ideias abarcadas pela segunda categoria específica, **“Aspectos sociais, econômicos e culturais da realidade local”**, na qual dois participantes destacaram em seu texto a necessidade de conhecer os sujeitos para qual será dirigida a ação de educação em saúde, conforme os fragmentos a seguir.

A10: *“[...] devemos conhecer a diversidade dos sujeitos para qual será dirigida essa ação, do mesmo grupo social nos quais os indivíduos compartilham de alguns princípios, regras, valores de vivência, necessariamente não precisa ser as mesmas [...] O exercício de uma prática pedagógica voltada para a solução das necessidades de saúde da população está diretamente relacionado ao conhecimento do território como processo e das pessoas que nele habitam”;*

A11: *“Na ação educativa em saúde é necessário [...] levar em consideração os conhecimentos já adquiridos pelos alunos, devido ao compartilhamento de regras e valores já agregados no seu convívio social”.*

Guazzelli e Pereira (2019) argumentam ser necessário considerarmos mais as reais necessidades e as características dos sujeitos envolvidos, portanto, quando planejamos uma ação educativa em saúde, não haverá receitas prontas de formas de trabalhar, mas devemos escolhê-las a partir do local em que será desenvolvida a ação, as possibilidades permitidas por ele em um diálogo constante com as necessidades dos sujeitos e dos encontros interpessoais.

Isto se relaciona aos aspectos destacados por alguns participantes na produção textual referente à categoria específica **“Prática Pedagógica e prática docente”**, conforme observamos nos trechos abaixo.

A10: *“Devemos definir objetivos claros de aprendizagem que condizem com a realidade, nas e as necessidades dos alunos [...], pensar em atividades que podem ser reorganizadas ao longo do processo de ensino, concedendo assim espaço para o diálogo para que os alunos deem sua opinião e assim vão dar novas ideias, estimulando os estudantes a aplicar o conhecimento já adquirido. Podem ser feitos de várias abordagens, podem ser exploradas por meio de diferentes recursos, métodos e instrumentos como oficinas, seminários, debates sobre reportagem que estejam relacionadas ou textos acadêmicos, discussões a partir do que os alunos já tenham vivenciado, é importante sempre que possível ter a participação de outros profissionais da área da saúde”;*

A11: *“[...] é importante que o professor elabore projetos e ações educativas com objetivos claros, sempre considerando a diversidade dos sujeitos para qual está transmitindo os conhecimentos, além disso é necessário aprofundar em atividades que dão abertura para o diálogo. Essas atividades devem ser motivadoras e estimulantes, sendo exploradas através de problemas relacionados ao cotidiano destes alunos, para que o mesmo possa compreender sobre a prevenção e tratamento de muitas doenças”;*

A29: *“[...] A educação em saúde [...] deve ser empregada na forma de diálogo, debates, experiências, atividades que envolvam o aluno de forma ativa envolvendo profissionais de saúde, e recursos tecnológicos onde os mesmos tornam o assunto mais atrativo [...] utilizando de ações didático-pedagógicas de forma clara que favoreça uma melhor produção do aluno”;*

A33: *“Quando Educação em Saúde é abordado, é necessário a experiência teórica e prática do professor [...] Pois, ensinar e passar informação a respeito de saúde ou doenças, exige um grande preparo por serem assuntos reflexivos. O professor pode trabalhar esses temas com os meios midiáticos e digital, usando das tecnologias para transmitir as informações, pois há vários recursos de apoio à aprendizagem [...] O docente deve provocar formas de conscientização nas pessoas [...]”;*

A34: *“[...] o professor que venha a trabalhar as temáticas de educação em saúde, é necessário ter por perspectiva as discussões colaborativas, dando espaço para que os alunos exponham suas experiências e reflexões, já que, tanto quanto forem os alunos, tanto ou mais pode ser a variedade de contextos sociais em que estão inseridos. [...] O professor pode, no entanto, selecionar determinados enfoques dentre as temáticas em saúde e utilizar diferentes materiais de apoio, de modo a trazer uma maior concretude e coesão ao que será debatido”.*

Na educação em saúde, a prática pedagógica e o planejamento docente devem ter como ponto central os sujeitos e suas necessidades em saúde, isto implica

que devem estar alinhadas à perspectiva da totalidade, portanto, ao momento/espço histórico-social e suas relações com a saúde e as particularidades, necessidades e saberes em saúde da escola e dos alunos.

É oportuno observar que os participantes destacaram aspectos importantes sobre prática pedagógica e prática docente, discutindo questões primordiais que incluem desde o planejamento, sistematização e a caminhada por processos de ensino e aprendizagem (FRANCO, 2016), como a definição de objetivos de aprendizagem claros, condizentes com a realidade da escola e as necessidades dos estudantes, a articulação de atividades motivadoras e colaborativas que permitam uma participação mais ativa dos discentes e que possam ser reorganizadas ao longo do processo de ensino e aprendizagem, conforme as necessidades identificadas, além do uso de recursos de ensino que favoreçam a construção coletiva do conhecimento e tornem as ações de educação em saúde mais interessantes.

Por fim, a última categoria específica, **“Conceito de educação em saúde”**, inclui os trechos extraídos das produções textuais que dizem respeito à compreensão dos participantes sobre a educação em saúde, ou seja, o que eles entenderam por educação em saúde e seus objetivos, conforme se observa a seguir.

A10: *“A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática”;*

A11: *“O conceito de Educação em saúde com base na promoção, busca promover uma autonomia e autocuidado acerca dos fatores determinantes de riscos à saúde dos seres humanos, dos quais colocam em estado de vulnerabilidade, com objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida para todos”;*

A25: *“[...] além de ser uma medida de instrução a respeito das doenças, educação em saúde deve ser uma ferramenta de problematização das reais raízes dos problemas em saúde, uma instrumentalização para que se possa analisar as raízes das moléstias dentro do contexto social e, assim, tendo a possibilidade de problematizar essas questões para conseguirmos começar a pensar nas possibilidades de intervenção aplicáveis, na transformação social almejada”;*

A29: *“A educação em saúde é de fundamental importância, que envolve profissionais de saúde, professores e população para informar e receber conhecimentos que envolvem uma série de temáticas que está relacionada à saúde, onde se tem o principal objetivo de promover o autocuidado e do coletivo, considerando o contexto socioeconômico-cultural”;*

A33: *“Educação em Saúde é um esforço que prioriza esclarecimentos, e por isso deve ser introduzido em sala de aula, para capacitar e mobilizar toda uma sociedade, para alcançar a qualidade de vida que todos, igualmente, merecem”;*

A34: *“Falar em educação em saúde envolve falar também sobre os diferentes problemas sociais enfrentados na atualidade, uma vez que, estes, podem*

interferir na saúde coletiva e/ou individual [...], portanto, visa promover não somente uma perspectiva biologicamente instrucionista, que sirva somente como forma de ensino à prevenção de doenças, mas também como forma de promover informação, reflexão e conscientização sobre toda a amplitude que o tema requer. [...] Cientes dos aspectos promotores à saúde e à qualidade de vida, os indivíduos se tornam também mais preparados para reivindicar seus direitos e a trabalhar para suprimir as carências sociais”.

As concepções apontadas pelos estudantes nestes trechos aproximam-se das concepções emancipadoras de educação em saúde que possuem como base a promoção da saúde e o letramento em saúde da população. São concepções que buscam superar o viés exclusivamente preventivo e prescritivo, e articular nas ações de saúde questões que dizem respeito à realidade dos estudantes e da escola, à superação da desigualdade social e à transformação da sociedade.

Neste sentido, são ações educativas que buscam a formação integral em saúde dos sujeitos no ambiente escolar, o desenvolvimento da sua cidadania para a saúde e o compromisso com a promoção da saúde individual e coletiva, seja por meio da compreensão dos seus direitos e deveres como pacientes, como consumidores informados em saúde quanto aos riscos e impactos de produtos e serviços disponíveis no mercado, ou ainda como atores capazes de melhorar as condições de saúde da sociedade por meio do exercício do voto e associação com movimentos sociais (MIALHE *et al.*, 2019).

É interessante observar que nada similar a esta categoria específica foi identificado durante a coleta de dados iniciais, o que indica, de certo modo, que os estudantes passaram a ter uma maior clareza do que seja a educação em saúde e uma mudança de postura em relação ao seu papel social, uma vez que passaram a relacionar aspectos em saúde que vão além dos fatores biológicos, acionando elementos que dizem respeito à promoção da saúde individual e coletiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como tema a formação de docentes da educação básica em educação em saúde. Para tanto, definiu-se como objetivo geral investigar junto aos graduandos em licenciatura em Ciências Biológicas como suas concepções iniciais sobre saúde e doença podem influenciar em uma determinada maneira de idealizar e compreender a educação em saúde, assim como na sua percepção, enquanto futuros professores, sobre o papel da escola para a promoção da saúde da sociedade.

Para se atingir este objetivo geral, definimos como um dos objetivos específicos, identificar na opinião de acadêmicos em Ciências Biológicas os significados sobre saúde e doença, tal qual de educação em saúde e papel da escola frente à saúde da população, utilizando como instrumento de coleta de dados o questionário e a metodologia de análise de conteúdo.

Este primeiro objetivo nos permitiu concluir que as concepções iniciais sobre saúde e doença dos acadêmicos participantes compartilham aspectos de concepções do senso comum difundidas na sociedade, que relacionam a saúde e a doença à existência de serviços e profissionais dedicados ao papel de prevenir doenças ou de atuar na reabilitação de pessoas adoecidas, a fundamentos naturalistas (biológicos), que compreendem o processo saúde-doença como um estado de equilíbrio (homeostase), portanto, como uma concepção positiva/negativa do fenômeno, ou ainda ao princípio da funcionalidade, isto é, a saúde concebida como necessidades, condições e saberes que garantem ao indivíduo a boa funcionalidade fisiológica do corpo humano.

Foi possível observar também, que quando extrapolam os aspectos biológicos, os participantes relacionaram a saúde ao bem-estar, conceito bastante difundido nas sociedades modernas, especialmente em razão do conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Entretanto, nota-se pelas falas dos participantes que este conceito adquire um significado genérico, vazio de significado e reflexão, e que pouco explica sobre a saúde, a doença ou o processo saúde-doença, tampouco sobre a ação dos determinantes sociais da saúde.

Neste sentido, apesar destas falas comportarem elementos que indicam uma tendência em superar o viés unicamente biológico da saúde, ao considerarem a saúde como uma “questão de bem-estar”, esses participantes não explicam o que seria o

bem-estar, como ele impacta na saúde ou como esse estado pode ser alcançado por pessoas, grupos ou sociedades.

Diante disto, nota-se que essas concepções dos estudantes em relação à saúde contribuíram para que eles pudessem associar a escola como um lugar para disseminação de informações e hábitos de saúde em seus aspectos mais individuais, portanto, como um local para se promover a perspectiva da prevenção de doenças mais do que a visão da promoção da saúde em si.

Consideramos, neste sentido, que a concepção inicial de educação em saúde dos participantes remete àquilo que podemos compreender como uma visão mais conservadora, que pouco se atém às desigualdades relacionadas aos fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais das sociedades, assim como pouco vincula a educação em saúde com a possibilidade de formação ampla dos sujeitos em saúde, principalmente para o exercício da cidadania, pensando na modificação das realidades sociais, da realidade em saúde dos sujeitos e na superação dos determinantes considerados deletérios para a saúde coletiva.

Em razão das especificidades dos programas de mestrado profissional, definiu-se como outro objetivo específico contribuir com a formação dos participantes em relação ao tema saúde e educação em saúde com base na promoção. Neste sentido, ofertamos como produto educacional um Curso Online Aberto Massivo (MOOC) sobre saúde e educação, como formação complementar aos licenciandos participantes.

Ao término da aplicação do produto educacional, buscamos avaliar se ele foi capaz de contribuir para a formação em educação em saúde desses alunos. Para tanto, comparamos as concepções de saúde, doença e educação em saúde iniciais dos discentes com os dados coletados por meio de uma atividade dissertativa realizada por eles após a aplicação do curso.

Apesar do número relevante de participantes que não concluíram o curso no tempo determinado, de acordo com os resultados obtidos com aqueles que finalizaram todo o percurso formativo projetado, pudemos demonstrar que a proposta do produto educacional em formato de Curso Online Aberto Massivo (MOOC) foi capaz de contribuir com a formação desses futuros professores.

Isto pois, a partir da análise realizada com o material coletado pós-curso, foi possível constatar uma mudança de concepção dos alunos em relação ao seu conceito de saúde, que possam citar o fenômeno como dependente de múltiplos

fatores, no qual conceitos como “bem-estar”, “equilíbrio” ou ainda “funcionalidade do corpo” que permeou as primeiras respostas, cederam lugar por conceitos que ampliaram a saúde para um conceito socialmente determinado, como “complexidade”, “condições sociais” e “determinantes sociais”.

Deste modo, consideramos que os participantes passaram a elaborar seu conceito de saúde de forma mais complexa, extrapolando o viés biológico, para considerá-la como dependente de fatores sociais, políticos e econômicos, demonstrando uma perceptível mudança de paradigma, que aproximou suas concepções de saúde e doença ao plano teórico defendido no âmbito da promoção da saúde trabalhada ao longo do curso.

Vale destacar que esta mudança na forma de conceber a saúde também foi observada em relação ao conceito de educação em saúde, dado que os participantes ao final do curso foram capazes de relacionar a educação em saúde no ambiente escolar como algo fundamental à sociedade, que pode contribuir com a melhoria da saúde, não apenas dos educandos, mas de outras instâncias sociais, como a família, a comunidade local ou da sociedade de um modo geral, portanto, pode vir a ser mais que um mecanismo de disseminação de informações e hábitos em saúde, mas um dispositivo de transformação social, pelo qual é possível formar cidadãos conscientes sobre a realidade em saúde e das necessidades de mudanças sociais, algo que pode vir a contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da coletividade.

É interessante ressaltar que, em relação à educação em saúde, os estudantes passam a defini-la de forma mais específica e coerente, relacionando-a sempre a elementos que dizem respeito à promoção da saúde individual e coletiva, trabalhados durante o curso. Algo que não foi observado na coleta de dados inicial. Deste modo, é possível concluir que os participantes passaram a ter uma maior clareza de como, realmente, deve ser a educação em saúde nas escolas, que tenha como princípio a promoção da saúde dos escolares.

Concomitante a isto, destacamos que esta pesquisa possibilitou percebermos, em um contexto mais geral de formação de docentes de ciências e biologia, que a temática da educação em saúde ainda não é algo muito difundido dentro dos cursos de formação inicial docente de instituições de ensino superior, o que resulta em necessidades formativas relevantes para que os futuros professores possam trabalhar adequadamente no ambiente escolar os temas relacionados à promoção da saúde.

Isto mostra-se, de certo modo, como um alerta para a necessidade de maiores investimentos na formação em saúde de docentes durante os cursos de graduação, pois, nada obstante, esta falta de preparo teórico e metodológico pode vir a tornar-se uma das angústias e dos medos de professores e professoras em trabalhar com a temática na sala de aula.

É importante salientarmos, ainda, que o conteúdo do produto educacional, inicialmente aplicado somente em alunos licenciandos em Ciências Biológicas, pode ser utilizado como instrumento de formação de professores em outras áreas de ensino, tanto de forma complementar às disciplinas do currículo para alunos matriculados em cursos de licenciatura, quanto como formação continuada para graduados, uma vez que o tema saúde diz respeito a várias áreas do conhecimento e, portanto, deve ser trabalhado de forma transversal, intradisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

Por último, esperamos que esta pesquisa contribua como insumos que possibilitem tanto as instituições de ensino como a sociedade a terem uma visão mais ampliada sobre saúde e educação em saúde, bem como obterem um estímulo para inclusão de propostas como esta para formação de professores e professoras em educação em saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Cibele. Cientistas à beira da pia. *In*: GROSSI, Miriam Pillar; TONIOL, Rodrigo (org.). **Cientistas sociais e o coronavírus**. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 383-387.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 38, p. 953-965, out./dez. 2014.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, educação e saúde**, [s. l.], v. 16, p. 869-897, set./dez. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Parecer 2.246/74. Ensino de 1º e 2º graus**. Educação da Saúde e Programas de Saúde. Documento 165. Brasília. 1974.

BRASIL. **Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971**. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 12 de agosto de 1971, Seção 1, p. 63-77. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**: educação é a base. Brasília: Ministério da Educação, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP nº 2, de 20 de dezembro de 2019**. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Inicial de Professores para a Educação Básica e institui a Base Nacional Comum para a Formação Inicial de Professores da Educação Básica (BNC-Formação). Brasília, Diário Oficial da União, 15 de abril de 2020a, Seção 1, p. 46-49.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP nº 1, de 27 de outubro de 2020**. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Continuada de Professores para a Educação Básica e institui a Base Nacional Comum para a Formação Continuada de Professores da Educação Básica (BNC-Formação Continuada). Brasília, Diário Oficial da União, 29 de outubro de 2020b, Seção 1, p. 103-106.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 2, de 30 de janeiro 2012. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2012. Seção 1, p. 20.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 4, de 13 de julho de 2010. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 2010. Seção 1, p. 824.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Temas Contemporâneos Transversais na BNCC**. Contexto histórico e pressupostos pedagógicos. Brasília: Ministério da Educação, 2019.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Guia para a produção de conteúdos EAD**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2014. 84 p.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: saúde. Brasília: MEC, SEF, 1998.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, [s. l.], v. 5, p. 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde: cidadania como um caminho para a boa saúde. *In*: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 281-287.

CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 131-168, 1998.

CANESQUI, Ana Maria. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

CANESQUI, Ana Maria. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, p. 1955-1966, 2010.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARRARA, Sérgio. As Ciências Sociais e a Saúde Coletiva frente à atual epidemia de ignorância, irresponsabilidade e má-fé. *In*: GROSSI, Miriam Pillar; TONIOL, Rodrigo (org.). **Cientistas sociais e o coronavírus**. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 66-69.

CUNHA, Renata Cristina Oliveira Barrichelo; PEZZATO, Luciane Maria. Práticas educativas e produção de sentido no ensino. *In*: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 183-196.

DAL FORNO, Josiane Pozzatti; KNOLL, Graziela Frainer. Os MOOCS no mundo: um levantamento de cursos online abertos massivos. **Nuances: Estudos sobre Educação**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 178-194, 2014.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; Brasília: CNPq, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, p. 173-183, 2003.

FRANCO, Maria Amélia do Rosario Santoro. Prática pedagógica e docência: um olhar a partir da epistemologia do conceito. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, [s. l.], v. 97, p. 534-551, 2016.

GARCIA, Mariana. 'Inaceitável', diz associação médica sobre fake news de Bolsonaro sobre vacinas e HIV. **Saúde G1**, 25 out. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2021/10/25/inaceitavel-diz-associacao-medica-sobre-fake-news-de-bolsonaro-sobre-vacinas-e-hiv.ghtml>. Acesso em: 9 nov. 2021.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

GUAZZELLI, Maria Elisabete; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Considerações teóricas e aproximação às Estratégias Metodológicas em Educação em Saúde com base na promoção. In: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 71-80.

INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira). **Censo da Educação Superior 2020**: notas estatísticas. Brasília: INEP, 2022.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Atlas da Violência 2020**. Brasília: IPEA, 2020.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LEAL, Ondina Fachael. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 127-140.

LIMA, Jacob Carlos. Sociologia, processos sociais e pandemia. In: GROSSI, Miriam Pillar; TONIOL, Rodrigo (org.). **Cientistas sociais e o coronavírus**. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 62-65.

LOYOLA, Maria Andréa Rios. A saga das Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva: elementos para reflexão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, p. 251-275, 2008.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Temas emergentes em ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 22, p. 32-43, 2013.

MARTINS, Tânia Barbosa; LEITE, Marcelo da Silva; RAMOS, Miriam Pavany Alexandre Moraes. Cursos online abertos e massivo no Brasil no contexto da internacionalização da educação superior. **Revista Internacional de Educação Superior**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 604-623, 2017.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MIALHE, Fábio Luiz *et al.* Letramento em saúde e promoção da saúde. In: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 105-136.

MIGUEL, Jean. Coronavírus, bolsonarismo e a produção da ignorância. *In*: GROSSI, Miriam Pillar; TONIOL, Rodrigo (org.). **Cientistas sociais e o coronavírus**. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 97-102.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-30.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações da cura no catolicismo popular. *In*: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 57-72.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 363-381, dez. 1988.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; BIZZO, Nelio. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 411-427, abr./jun. 2015.

NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde no Brasil – a construção de uma identidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, p. 1041-1052, 2014.

NUNES, Everardo Duarte. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. spe, p. 64-72, ago. 2006b.

NUNES, Everardo Duarte. Sociologia da saúde: história e temas. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC; FIOCRUZ, 2006a. p. 19-51.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Saúde nas Américas, Edição de 2017**. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington, D.C.: OPAS, 2017.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Saúde nas Américas, Edição de 2012**. Washington, D.C.: OPAS, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PEDUZZI, Pedro. Produção de grãos deve chegar a 312,4 milhões de toneladas em 2023. **Economia Agência Brasil**, 6 out. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2022-10/producao-de-graos-deve-chegar-3124-milhoes-de-toneladas-em-2023>. Acesso em: 6 out. 2022.

QUEIROZ, Marcos de Sousa; CANESQUI, Ana Maria. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 141-151, abr. 1986.

RABELO, Miriam Cristina M. Religião, Ritual e Cura. *In*: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 47-56.

REDAÇÃO, Exame. Economia não pode parar por coronavírus, diz Bolsonaro a empresários. **Economia Exame**, 4 mar. 2020. Disponível em: <https://exame.com/economia/economia-nao-pode-parar-por-coronavirus-diz-bolsonaro-a-empresarios/>. Acesso em: 8 nov. 2020.

SCHAEFER, Bruno Marques. Identificação partidário-ideológica e o COVID-19: evidências recentes. *In*: GROSSI, Miriam Pillar; TONIOL, Rodrigo (org.). **Cientistas sociais e o coronavírus**. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 88-92.

SILVA, Cristiane Maria da Costa *et al.* Educação em saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. *In*: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 3-16.

SILVEIRA, Daniel. Fome no Brasil: número de brasileiros sem ter o que comer quase dobra em 2 anos de pandemia. **Economia G1**, 8 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/06/08/fome-no-brasil-numero-de-brasileiros-sem-ter-o-que-comer-quase-dobra-em-2-anos-de-pandemia.ghtml>. Acesso em: 6 out. 2022.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)**. Genebra, WHO, 2010.

TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. **Metodologia da Pesquisa**. 2. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2009.

UTFPR (Universidade Tecnológica Federal do Paraná) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências Humanas, Sociais e da Natureza-PPGEN. **Instrução Normativa nº 06/2015**. Londrina: [s.n.], 2015.

VENTURI, Tiago. Educação em Saúde na Escola: um campo de estudos e práticas no Brasil. *In*: DA SILVA, Ronaldo Adriano; VENTURI, Tiago (org.). **Pesquisa, Vivências e Práticas de Educação em Saúde na Escola**. Chapecó: UFFS, 2022. p. 17-35.

ZWICKER, Melanie Retz Godoy *et al.* O fórum e a aprendizagem ativa na EAD. **EaD em Foco: Revista Científica em Educação a Distância**, [s. l.], v. 11, n. 1, e1419, 2021.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados inicial

1. Qual o nome da instituição de ensino que você está matriculado? (Ex.: Universidade Tecnológica Federal do Paraná)
2. Qual o nome do curso de graduação que você está matriculado?
 - a) Licenciatura em Artes Visuais
 - b) Licenciatura em Ciências Biológicas
 - c) Licenciatura em Ciências Naturais
 - d) Licenciatura em Ciências Sociais
 - e) Licenciatura em Computação
 - f) Licenciatura em Educação Física
 - g) Licenciatura em Filosofia
 - h) Licenciatura em Física
 - i) Licenciatura em Geografia
 - j) Licenciatura em História
 - k) Licenciatura em Letras
 - l) Licenciatura em Matemática
 - m) Licenciatura em Música
 - n) Licenciatura em Pedagogia
 - o) Licenciatura em Psicologia
 - p) Licenciatura em Química
3. Qual a modalidade de ensino do seu curso?
 - a) Presencial
 - b) Educação a Distância (EAD)
4. Qual a sua profissão? (ex.: enfermeiro, professor, estudante, entre outros)
5. Qual a sua idade? (em anos, ex.: 26 anos)
6. Qual é a cidade e estado que você mora? (ex.: Londrina – Paraná)
7. Qual é o local da sua residência?
 - a) Zona urbana
 - b) Zona rural
8. Você possui alguma religião? Se sim, qual?
9. Você possui alguma outra formação acadêmica? Se sim, qual? (ex.: curso técnico em enfermagem, profissionalizante em tecnologia e informática,

graduação em geografia, enfermagem..., pós-graduação em educação, entre outros.)

10. Qual sua cor/raça?

- a) Indígena
- b) Amarela
- c) Parda
- d) Preta
- e) Branca
- f) Prefiro não declarar

11. Com qual gênero você se identifica?

- a) Homem cisgênero
- b) Homem transgênero
- c) Mulher cisgênero
- d) Mulher transgênero
- e) Gênero Não binário
- f) Travesti
- g) Outro (descrever)

12. Qual a sua renda familiar mensal?

- a) Menos de um salário mínimo (menos de 1.100 reais)
- b) Até dois salários mínimos (até 2.200 reais)
- c) De dois a quatro salários mínimos (até 4.400 reais)
- d) Mais de quatro salários mínimos (acima de 4.400 reais)

13. Na graduação você teve acesso a conteúdos sobre saúde? Se sim, quais?

14. Para você, o que é a saúde?

15. Como você descreveria uma pessoa saudável?

16. Como a escola pode contribuir para melhorar os níveis de saúde da população?

17. Quais aspectos você acredita serem relevantes considerarmos ao organizar um projeto ou uma aula de educação em saúde?

APÊNDICE B - Modelo do TCLE utilizado na pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Matheus Vitor, aluno do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências Humanas, Sociais e da Natureza, e pesquisador responsável por este estudo, juntamente com Daniel Guerrini, pesquisador e professor da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor(a), a participar de um estudo intitulado “Educação, Saúde e Sociedade: do curandeirismo à biologia”.

- a) O objetivo dessa pesquisa é contribuir com formação continuada e complementar de professores e professoras para trabalhar, pedagogicamente, com as questões da saúde no âmbito escolar, ofertando, por meio da educação a distância, acesso a materiais que possam expandir seus conhecimentos sobre saúde, doença e seus fatores determinantes;
- b) Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, será requisitado que você responda a um questionário inicial para coleta de dados, cujo objetivo é compreender seus conhecimentos prévios a respeito da temática. Os plágios identificados nas respostas serão considerados como critério para exclusão e inviabilização da sua participação na pesquisa;
- c) Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, após o preenchimento do questionário inicial para coleta de dados, será requisitado que você realize um curso sobre a temática saúde, no total de 25 (vinte e cinco) horas, que estará disponível na plataforma *Moodle* da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR;
- d) Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, tenha ciência que o acesso ao curso é de uso pessoal e intransferível, portanto, ele deverá ser realizado por você próprio(a), sem realização de atividades por terceiros, sob pena de ser excluído da participação da pesquisa e da obtenção da certificação de conclusão de curso;
- e) Após a realização do curso, será requisitado que o(a) senhor(a) responda a um questionário final, cujo objetivo é compreender a aprendizagem viabilizada pelo curso, sobre a temática saúde e educação em saúde;

- f) Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, tenha ciência que a participação no questionário inicial e final e a realização do curso são requisitos indispensáveis para obtenção do certificado de conclusão de curso, no total de 25 (vinte e cinco) horas;
- g) Caso o(a) senhor(a) sinta algum constrangimento ao responder às perguntas ou participar do curso, a sua participação poderá ser interrompida a seu critério, devendo ser comunicada aos pesquisadores, por meio dos endereços de e-mail: mvisor@alunos.utfpr.edu.br e danielguerrini@utfpr.edu.br;
- h) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: contribuir com a sua formação em educação em saúde, expandindo seus conhecimentos sobre saúde, doença e seus fatores determinantes, de maneira que ao concluir essa formação o(a) senhor(a) se sinta mais bem preparado(a) para formular e implementar programas de educação em saúde nos diversos espaços educativos;
- i) A pesquisa fornecerá dados importantes para o aprimoramento futuro dos processos pedagógicos que auxiliem na formação docente em educação em saúde;
- j) Os pesquisadores Matheus Vitor e Daniel Guerrini poderão ser contatados para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe informações sobre o estudo;
- k) Os pesquisadores podem ser encontrados no seguinte endereço: Av. dos Pioneiros, 3131, Bloco A, Sala 101, Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação (DIRPPG), Jardim Morumbi, CEP 86036-370 – Londrina – PR, Brasil. O contato também poderá ser realizado por meio dos endereços de e-mails mvisor@alunos.utfpr.edu.br e danielguerrini@utfpr.edu.br;
- l) A sua participação neste estudo é voluntária, e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar, por meio dos endereços de e-mail informados no item K, que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, declarando sua desistência na participação;
- m) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: Matheus Vitor e Daniel Guerrini. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma

- codificada, para que a identidade do(a) senhor(a) seja preservada e mantida a confidencialidade;
- n) O material obtido na pesquisa – respostas aos questionários, arquivos de mídias, dados cadastrais dos participantes – será utilizado unicamente para essa pesquisa, mantida em sigilo absoluto, e será arquivado ao término do estudo;
 - o) Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar aos voluntários pela participação;
 - p) Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, não aparecerá o seu nome ou dados que possam ser utilizados para sua identificação pessoal. Esses dados serão substituídos por códigos para que a identidade do(a) senhor(a) seja preservada e mantida a confidencialidade;

Eu declaro que li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual vou participar. A explicação contida no documento menciona os riscos e benefícios para mim. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão.

Eu, ao clicar em “Aceito”, concordo voluntariamente de que participarei deste estudo.

Caso queira baixar uma cópia em PDF do presente termo, clique no link a seguir:

<https://drive.google.com/file/d/1L1jJvN-aPJ7Q1VVcQyuDfuLxWoBoLSDD/view?usp=sharing>

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados após aplicação do produto educacional

ATIVIDADE AVALIATIVA FINAL DO CURSO

No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde é vista como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Neste sentido, a educação em saúde, enquanto ação pedagógica que busca a promoção da saúde, deve promover reflexões que vão além de ensinar modos de prevenção às doenças e/ou tratamento delas.

Considerando essa afirmação, escreva uma pequena redação, de no mínimo 1.500 caracteres (sem contar com os espaços), argumentando o que seria a educação em saúde com base na promoção, quais seus objetivos e quais as perspectivas de saúde e doença que devem ser adotadas pelo professor em seu planejamento.

Utilize o arquivo modelo disponibilizado para construir sua resposta e postar no *Moodle*. Atente-se ao prazo final para retorno da conclusão da atividade.

APÊNDICE D - Produto Educacional

Educação, Saúde e Sociedade



MATHEUS RIBEIRO VITOR

**EDUCAÇÃO, SAÚDE E SOCIEDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO
DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA**

**EDUCATION, HEALTH AND SOCIETY: CONTRIBUTIONS TO TRAINING OF
BASIC EDUCATION TEACHERS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências Humanas, Sociais e da Natureza – PPGEN – da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino.

Área de Concentração: Ensino, Ciências e Novas Tecnologias.

Orientador(a): Prof. Dr. Daniel Guerrini.

**LONDRINA
2023**



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Esta licença permite download e compartilhamento do trabalho desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es), sem a possibilidade de alterá-lo ou utilizá-lo para fins comerciais. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Campus Londrina



MATHEUS RIBEIRO VITOR

**EDUCAÇÃO, SAÚDE E SOCIEDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE
DOCENTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA**

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Ensino De Ciências Humanas, Sociais E Da Natureza da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Ensino, Ciências E Novas Tecnologias.

Data de aprovação: 03 de Abril de 2023

Dr. Daniel Guerrini, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Marcia Camilo Figueiredo, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Virginia Iara De Andrade Maistro, Doutorado - Universidade Estadual de Londrina (Uel)

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 03/04/2023.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
MÓDULO 1 - INTRODUÇÃO ÀS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE	4
Unidade 1 - Saúde, doença e cura.	5
Situação inicial	5
Pergunta norteadora	6
Conteúdo.....	6
Conceitos de Saúde, doença e cura	6
Solução da pergunta norteadora	33
Indicação de leitura complementar	34
Conclusão da unidade.....	35
Unidade 2 - Determinantes sociais da saúde.....	36
Situação inicial	36
Pergunta norteadora	37
Conteúdo.....	37
O que são os Determinantes da Saúde?	37
Quais são os Determinantes Sociais e sua relação com a Saúde?	43
Há outros modelos que possibilitam identificar a relação entre os Determinantes Sociais da Saúde?	48
Solução da pergunta norteadora	55
Indicação de leitura complementar	56
Conclusão da unidade 2.....	57
MÓDULO 2 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E POSSIBILIDADES	59
Unidade 1 - Educação em Saúde na perspectiva da promoção	60
Situação inicial	60
Pergunta norteadora	61
Conteúdo.....	61
Contexto histórico e marco legal da Educação em Saúde no Brasil.....	61
Educação em Saúde na perspectiva da promoção: considerações teóricas O que é a educação em saúde na perspectiva da promoção?	71
Educação em saúde: o que é o letramento em saúde?	77
Solução da pergunta norteadora	82
Indicação de leitura complementar	83

Conclusão da unidade 1.....	84
Unidade 2 - Considerações metodológicas e temas em Educação em saúde	87
Situação inicial	87
Pergunta norteadora	88
Conteúdo.....	88
Considerações teóricas e metodológicas para Educação em Saúde	88
Temas em Educação em Saúde.....	98
Bloco 1: Relações Sociais, Identidade e Cuidado	98
Bloco 2: Saúde Coletiva e Pública.....	102
Bloco 3: Educação Alimentar e Nutricional.....	107
Bloco 4: Educação para a Sexualidade	116
Bloco 5: Drogas (Substâncias Psicoativas)	124
Solução da pergunta norteadora.....	130
Indicação de leitura complementar	131
Conclusão da unidade 2.....	132
MÓDULO 3 - REVISÃO E ENCERRAMENTO	134
Revisão e Encerramento.....	135
Referências	137

APRESENTAÇÃO

No contexto atual das sociedades, com a globalização e os avanços científicos, tecnológicos e nos modos de produção existentes, observa-se o desenvolvimento de novos estilos de vida das populações. Em razão dessas novas formas de viver, manifestam-se novos hábitos e atitudes praticadas pelos sujeitos e que impactam diretamente na sua saúde.

Esse acelerado desenvolvimento e mudança comportamental é acompanhado de um expressivo agravo na estratificação das sociedades e nas desigualdades resultantes dela, além de um rápido avanço na degradação ambiental, provocando mudanças significativas nos padrões climáticos, o que afeta significativamente a qualidade de vida das pessoas, principalmente aqueles socialmente mais vulneráveis.

Em razão disso, é fundamental que se promova nos diversos ambientes, debates sobre as questões que envolvem a saúde, além de modos de articular, de forma crítica, a educação e a saúde, com vistas à promoção dela nos diversos espaços educativos. Pensando nisso, este produto educacional foi elaborado com o objetivo de expandir seus conhecimentos sobre saúde, doença e seus fatores determinantes, de maneira que ao concluir a leitura deste e-book você se sinta mais bem preparado para formular e implementar programas de educação em saúde nos diversos espaços educativos.

O produto educacional está organizado em 3 módulos de ensino, nos quais serão abordadas as contribuições das pesquisas realizadas pelas ciências sociais e humanas, como a antropologia, a sociologia e a filosofia para o entendimento da saúde e do processo saúde-doença, além dos aspectos educacionais, temas e materiais que podem te auxiliar no desenvolvimento de atividades de educação em saúde. A cada unidade que compõe os módulos de estudos, além do conteúdo, há indicações de vídeos e de leituras complementares que podem te auxiliar na ampliação de seus conhecimentos sobre o tema trabalhado.

Para que você aproveite ao máximo esse material, sugerimos que monte um grupo de estudos com outros colegas, isso é fundamental para construção coletiva do conhecimento em saúde. Esperamos que seja uma excelente oportunidade de aprendizagem e que os conhecimentos aqui tratados possam contribuir com as suas práticas cotidianas e de ensino. Desejamos a você bons estudos!

Matheus Ribeiro Vitor
Daniel Guerrini

MÓDULO 1

INTRODUÇÃO ÀS

BASES CONCEITUAIS

DA SAÚDE



Unidade 1 - Saúde, doença e cura.

Situação inicial



Os estudos realizados pelas Ciências Sociais sobre a saúde, especialmente pela sociologia e a antropologia, propuseram deslocar a grande ênfase dada aos aspectos biológicos da saúde e da doença para um olhar mais amplo sobre os fenômenos e integral sobre os sujeitos, considerando todas as suas dimensões (biológica, social e mental), valorizando suas narrativas como forma de compreender as representações criadas sobre a saúde e a doença, no âmbito individual ou coletivo.

As ciências sociais acionaram também outros elementos estruturantes da sociedade e das relações sociais em suas pesquisas, tais como a cultura, religião, as desigualdades econômicas, educacionais e as questões étnico-raciais e de gênero, buscando explicar práticas, prevalências e desigualdades em saúde, assim como para avaliar e subsidiar políticas públicas de saúde e a formação de recursos humanos.

Essa mudança de perspectiva, sem dúvida, possibilitou o surgimento de novas



problematizações sobre saúde e doença, que passaram a ser observadas não só como fenômenos lineares, envolvendo escolhas individuais, modos de prevenção ou itinerários de infecção-cura, mas sim como processos dinâmicos, que são influenciados pela subjetividade dos sujeitos e pela sua interação

com as demais pessoas em sociedade, pela diversidade de contextos socioculturais brasileiros e por uma série de determinantes que existem nas sociedades e em cada momento histórico delas.

Admitem-se, atualmente, novas formas de conceber a saúde e, conseqüentemente, a doença, afastando-se da ótica universal e biológica, na qual a saúde é compreendida como experiências iguais a todos e por todos e caracterizada exclusivamente pela inexistência de patologias.

Para que você compreenda melhor isso, nesta unidade, iremos discutir um pouco dos conceitos de saúde, doença e cura e do processo de saúde-doença, discutidos tanto no âmbito das pesquisas realizadas pelas ciências sociais, como aqueles adotados como oficiais por muitos pesquisadores, governos e agências de saúde, como a OMS, o Ministério da Saúde brasileiro e a OPAS, chamados também por alguns especialistas de conceitos ampliados de saúde.

Pergunta norteadora

Com base na sua realidade e nas suas experiências do dia a dia, como você definiria a saúde?



Reflita

Conteúdo

Conceitos de Saúde, doença e cura

Como definiria a saúde? Você provavelmente deve ter pensado em uma quantidade grande de respostas à pergunta anterior. Se perguntarmos aos nossos amigos, familiares, colegas de classe ou nossos alunos o que é saúde, certamente teremos definições distintas sobre seu conceito.

Há quem diga, por exemplo, que saúde é qualidade de vida. Outras poderiam dizer que ter saúde é ser “comum”, é levar uma vida “normal”, sem sofrimento e dor, desempenhando atividades do cotidiano, como trabalhar, comer e dançar sem qualquer dificuldade ou restrições. Há também quem atribuiria saúde a vínculos com

fenômenos considerados sagrados, como sinônimo de comunhão harmoniosa e proteção de entidades religiosas.

O conceito de saúde, por sua própria natureza, realmente é algo complexo de ser definido e ao longo dos anos muitos estudiosos buscaram desenvolver um conceito que fosse suficientemente abrangente a todos.

O médico e filósofo Georges Canguilhem (2009), por exemplo, discutiu em sua obra “O normal e o patológico”, algumas dessas definições, como as feitas pelo médico Claude Bernard, que compreendia a saúde e a doença como diferenças quantitativas, entre o estado patológico e o estado de normalidade.

Na visão de Bernard, a doença e a saúde são fenômenos interligados, sendo a patologia (doença) a continuidade da normalidade: o que difere o estado de doença do estado de saúde seria apenas a variação entre maior ou menor grau de uma função vital considerada normal, portanto, variações possíveis de quantificar. A saúde no postulado de Bernard seria então um estado de equilíbrio do indivíduo.

Por exemplo: o que diferenciaria uma pessoa com hipertensão arterial de outra considerada saudável, é apenas o aumento da pressão sanguínea para valores acima da referência. A recuperação da saúde do hipertenso seria apenas o restabelecimento do equilíbrio do sistema cardiovascular, ou seja, da homeostase.

Essa forma de conceber a saúde foi criticada por Canguilhem, pois, para ele, isso acaba limitando a compreensão do fenômeno doença, que na maioria das vezes constitui novos modos de viver para as pessoas e, portanto, não pode ser vista desvinculada delas.

Além disso, essa visão não era suficiente para explicar patologias causadas por agentes externos, como as infecções bacterianas, parasitárias e virais, já que se tratava de males que não causavam necessariamente alternância em graus nos sujeitos.

Para Georges Canguilhem, a saúde está relacionada à norma. Uma pessoa só está saudável quando está em equilíbrio com seu meio social. Esse equilíbrio é a equivalência do corpo com a norma social, e conforme a norma muda através do tempo ou do grupo social, o estado de equilíbrio também. Assim, uma pessoa saudável é aquela que atende a norma social e é ao mesmo tempo capaz de adequar-se às exigências da vida.



Nessa lógica de Canguilhem, aquilo que é normal, portanto, saudável, apesar de normativo em determinadas condições ou épocas, pode se tornar patológico em outra situação e o indivíduo é quem avalia essa transformação, porque é ele quem sente a mudança no momento que deixa de ser capaz de atender as normas do seu grupo social. Em

outras palavras, o indivíduo adoecido é quem se reconhece doente, por não compartilhar o mesmo estado exigido pela norma social.

Vejamos um exemplo:



1. Uma pessoa com problemas cardíacos e que eventualmente faça uso de marca-passo para controlar seus batimentos, poderá ter uma vida considerada saudável (normal) dentro de um determinado contexto social no qual não se exija dela situações de grande esforço físico.



2. Em outro contexto, como de esportes radicais que exigem intensidade de exercício físico, essa pessoa não poderá atender a normas estabelecidas sob pena de agravar seus problemas de saúde, portanto, poderá ser considerada uma pessoa doente.

Neste sentido, Canguilhem compreende que a saúde não pode ser desvinculada das pessoas e suas experiências. Uma pessoa só é doente por não atender a norma, mas também pelo seu estado não poder instituir uma nova norma.

Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2009, p. 77).

Em outras palavras, Canguilhem diz que ter saúde é estar de acordo com a normalidade aceita e ter a capacidade de ficar doente e recuperar-se, instituindo assim uma nova forma de ser “normal” e de tolerar as incertezas do mundo.

Outro conceito e forma de compreender a saúde interessante foi criado em 1970, pelo antropólogo e psiquiatra Arthur Kleinman. Ele chamou de “Sistema de Cuidados de Saúde”. Nesse paradigma, a medicina científica ocidental é vista como um sistema cultural, assim como outros sistemas de saúde, o que a torna passível de análise pela antropologia, assim como outros sistemas encontrados em diversas culturas humanas, como veremos a seguir.

Kleinman, por meio de seu modelo, introduz conceitos explicativos para a saúde e a doença, dentre os quais destaca-se a dicotomia *disease/illness*. Em uma tradução literal do inglês, ambas as palavras poderiam ser compreendidas como doença, afecção, moléstia, enfermidade ou patologia, já que na língua portuguesa essas palavras possuem basicamente o mesmo significado e são sinônimos.

Contudo, no modelo de Kleinman, elas são compreendidas como fenômenos distintos: a *disease* pode ser interpretada como doença ou patologia e diz respeito ao estado patológico que é reconhecido pela biomedicina, portanto, as alterações biológicas que ocorrem nos corpos. Esse estado pode ou não ser reconhecido/aceito pelo sujeito adoecido.

Já *illness*, pode ser compreendida como enfermidade, que se refere à experiência do adoecido e aos significados construídos por ele. A enfermidade é extremamente influenciada pelo contexto sociocultural do doente, em que sua condição de enfermo precisa ser reconhecida e não necessariamente limitada ao corpo biológico, podendo incidir sobre as relações sociais e espirituais, cujos sintomas extrapolam as explicações da biomedicina (LANGDON, 2014).

O modelo desenvolvido por Arthur Kleinman explica, por exemplo, o motivo de algumas pessoas se sentirem doentes ou serem vistas como doentes pelo seu grupo social, mesmo não tendo um diagnóstico médico. Do mesmo modo, explica o fato de algumas pessoas, tendo diagnóstico de patologia por médicos, não se sentirem ou não serem vistas como doentes nos grupos sociais em que estão inseridos (AMADIGI *et al.*, 2009).



Nesse modelo de Kleinman, a saúde e a doença são compreendidas como construções socioculturais, ou seja, conceitos e práticas que são criadas pelos sujeitos por meio das suas experiências e das suas relações sociais.

No Brasil, nos anos 80, o pesquisador e antropólogo Luiz Fernando Dias Duarte, propôs um modelo interessante e abrangente para compreender a saúde e a doença, que ele chamou de “perturbações físico-morais”.

No paradigma de Duarte, a doença são condições, situações ou eventos da vida, considerados anormais pelas pessoas, que envolvem ou afetam, além do corpo em seu sentido biológico, também a vida moral, sentimentos e o modo como as pessoas se compreendem em sociedade (DUARTE, 2003).

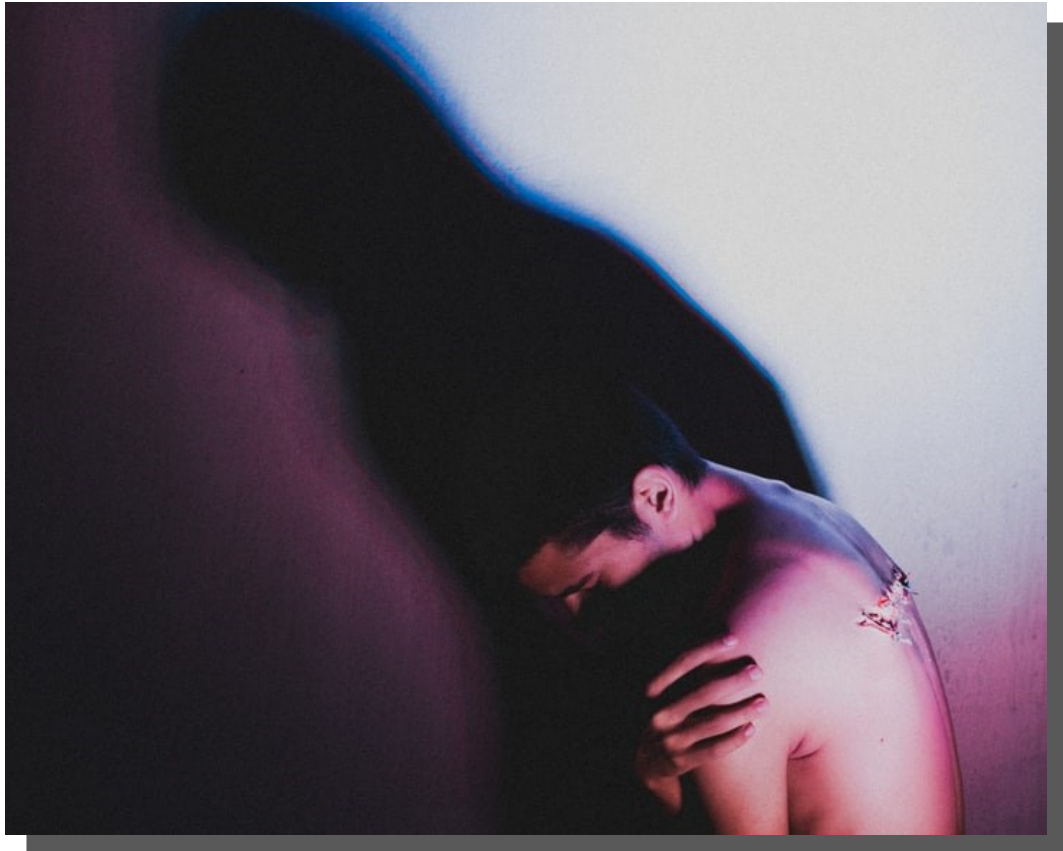


Ao definir a doença, Duarte estabelece um modelo no qual a saúde é compreendida como algo além da ausência de patologias no corpo, mas também relacionada ao âmbito cognitivo e sociocultural, que integra a identidade dos sujeitos, seus sentimentos e o modo como eles são vistos em seu entorno social e cultural, portanto, a saúde está ligada e é dependente das experiências e das relações sociais.



Isso explica, para Duarte (2003), por que algumas doenças físicas apresentam, muitas vezes, experiências sociais mais intensas do que aquelas relacionadas ao lado biológico (como as doenças venéreas, crônicas e degenerativas).

Vejamos um exemplo: graças aos avanços da ciência, sabe-se hoje que é possível que pessoas soropositivas (infectadas pelo vírus HIV), em tratamento e com carga viral indetectável (não transmissível), tenham uma vida comum e com qualidade (ter um relacionamento, filhos, trabalhar, praticar atividades culturais e esportivas etc.). Apesar da agressividade do vírus do HIV, quando a infecção é controlada, o sujeito não desenvolve a doença (AIDS), portanto, a sua experiência “física” (biológica) sobre ela torna-se menos intensa. Apesar disso, o estigma e o preconceito que envolve a AIDS nas sociedades, faz com que a maioria das pessoas soropositivas tenham experiências “morais” (sentimentais, relacionais, sociais...) extremamente negativas, sendo muitas vezes mais intensas que as experiências sentidas em seu corpo, que podem afetar, além do sujeito adoecido, pessoas próximas a ele, como familiares e amigos.



O conceito desenvolvido por Duarte é um exemplo de conceito abrangente para a saúde e a doença, pois considera tanto o aspecto biológico como o sociocultural para a construção de sentidos e experiências de saúde e doença pelos sujeitos, estabelecendo uma relação de interdependência entre eles.

Atualmente, apesar do rápido avanço da ciência e da tecnologia no campo da saúde, e para compreender o processo saúde-doença, diversos outros conceitos sobre saúde, doenças e terapias ainda são compartilhados pela população, tanto que habitam a zona urbana, em grandes cidades, como as zonas rurais ou assentamentos indígenas e quilombolas.

Essas concepções sobre saúde e doença são conhecidas como modelos religiosos, xamanísticos, populares (tradicionais), alternativos, holísticos, dentre



outros. No âmbito das ciências sociais, a antropologia é o campo disciplinar que se ocupa, em grande parte, de estudar essas várias concepções sobre saúde-doença e cuidado em saúde, buscando compreender a lógica de funcionamento delas para explicar práticas e prevalências em saúde da população.

Em 2001, a antropóloga Esther Landgon (2001) procurou compreender como os indígenas siona construía suas noções de saúde e doença a partir de narrativas xamanísticas culturais que utilizavam para interpretar episódios de doença e trazer alívio.

Mesmo com acesso a especialista da biomedicina e fazendo uso de fármacos em casos de doenças graves, era comum observar nesse grupo social a necessidade de entender e reverter as causas sobrenaturais que acarretavam suas doenças. Para isso, criava-se narrativas (histórias) capazes de rever o motivo da doença e indicar o método para tratamento.



Como um dos exemplos citados, Esther destaca a história do siona Ricardo, diagnosticado por médicos com alergia na pele e que causava bastante incômodo, impossibilitando-o de trabalhar e realizar outras atividades.

Mesmo fazendo o tratamento indicado pelos profissionais e que trouxe alívio aos sintomas, a percepção sobre a doença feita pelo Ricardo só modificou após passar pelo rito xamânico, que por meio da criação de uma narrativa revelou que a sua doença havia sido enviada por outro xamã com quem tinha problemas de relacionamento e o tratamento necessário.

É interessante observar nesse exemplo descrito pela autora, que a irritação na pele de Ricardo persistiu, mesmo após o rito xamânico, entretanto, o siona sentia-se curado.

Isso demonstra como as práticas alternativas/religiosas revelam formas de compreender a saúde e trazem satisfação às angústias dos doentes, melhorando e modificando suas experiências com as doenças, mesmo que sua eficácia do ponto de vista biológico não seja comprovada.

Outro aspecto interessante, afirmado por Landgon (2001), é que ao compreender seu episódio de doença a partir de histórias que façam sentido dentro do seu repertório cultural, as pessoas costumam obter uma sensação de controle sobre a situação difícil que passam.

Isso ocorre também dentro da concepção Religiosa, conforme veremos na pesquisa realizada pela Profa. Miriam Rabelo (1994), que demonstrou como o ritual estabelecido em igrejas pentecostais, em centros de jarê (candomblé) e em centros espíritas no Brasil, utilizam-se de instrumentos, imagens e símbolos carregados de sentimentos em performances para situar e conduzir os sujeitos a uma nova forma de ver o episódio de doença que estão passando.



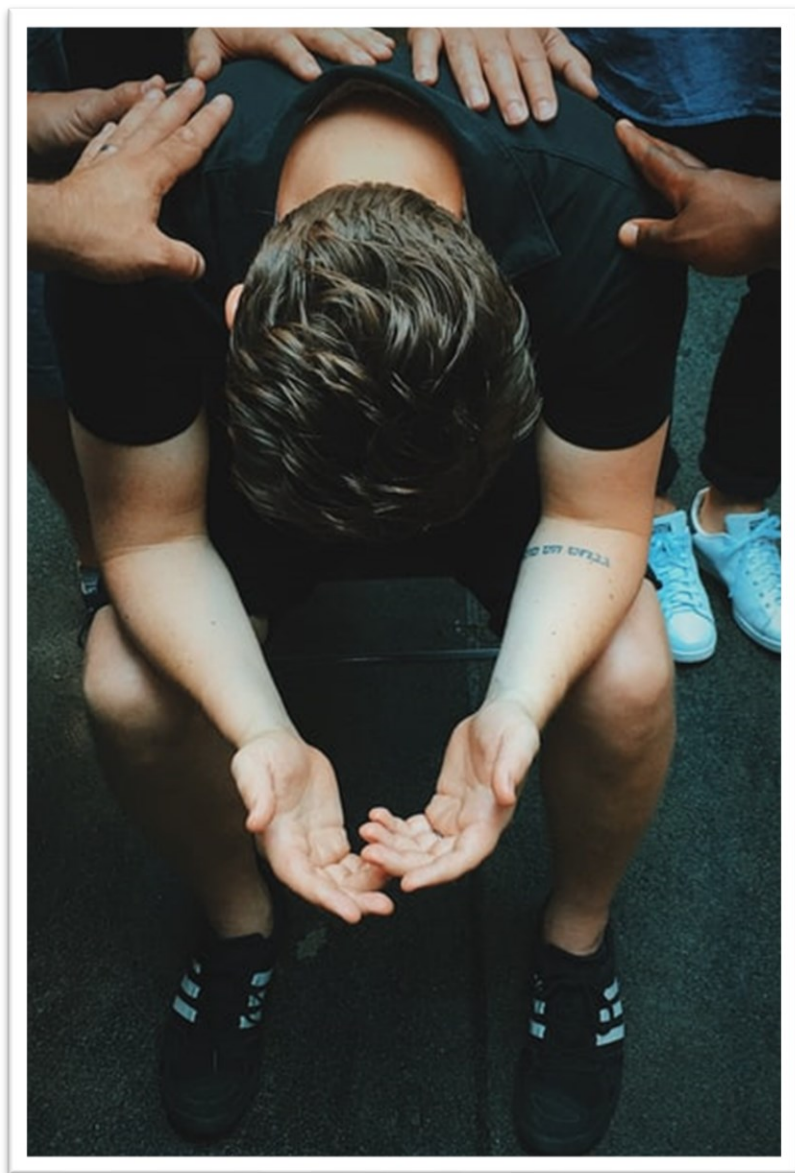
Nessas três religiões, vamos resumidamente destacar os seguintes aspectos levantados por Rabelo (1994) nos serviços de cura pesquisados:

Jarê (candomblé):



1. O curador (pai de santo) procura organizar fatos e sentimentos do adoecido em uma narrativa que seja coerente e ordenada, que evidencie o caminho para tratamento e cura.
2. Após celebrado com danças e cantos a descida dos caboclos, inicia-se o trabalho de cura. Os doentes, e por vezes seus familiares, vestidos de branco e após serem banhados com ervas no fundo da casa, são colocados em círculo de pólvora traçado pelo curador.
3. O curador introduz uma série de cânticos em que nomeia forças sobrenaturais responsáveis pela doença, chamando-os a deixar o corpo do doente. Um novelo de lã é desfeito, simbolizando o desfazer do feitiço e três panos de cor vermelha, preta e branca são esfregados no corpo do doente, simbolizando crescentes graus de purificação.
4. Após essa prática, o curador busca reconstituir e fortalecer o corpo do doente, envolvendo-o em admoestações e perfume, balançando uma lata de incenso em sua volta. Esses gestos se repetem por um longo tempo, em meio a rezas e cantos, simbolizando uma restauração gradual do corpo.
5. Ao término, os doentes são levados à camarinha, onde permanecerão por um período de sete dias sob o cuidado do curador. Chamado de resguardo, nesse período deve ser evitado práticas e alimentos que possam “abrir o corpo” e desfazer o trabalho de cura. Em alguns casos, tais restrições são para o resto da vida.

Igrejas Pentecostais



1. No culto pentecostal, a cura é representada como uma batalha entre o pastor e as obreiras, contra as forças do mal que estão no corpo do doente. Em alguns casos, o pastor chama os doentes à frente para realizar a oração de cura.

2. Colocando suas mãos sobre o doente, o pastor inicia as orações ordenando que forças sobrenaturais se manifestem e curvem-se perante o poder e Cristo. Junto às orações do pastor, oram as obreiras sobre outros doentes e participantes.

3. Mudanças no comportamento dos doentes são observadas durante os rituais (choro, tremor, ataques, desmaios) e representam sinais de que a entidade maléfica nomeada pelo pastor e pelas obreiras se manifestou.

4. O término das orações é marcado com gritos “sai, sai, sai”,

quando o pastor e as obreiras retiram a mão dos aflitos e adoecidos. Neste momento, simboliza-se que o bem (saúde) venceu o mal (doença).

Centros Espíritas



1. Nos centros espíritas, a doença é vista como ação de espíritos pouco evoluídos que ignoram a maneira correta de agir.
2. Ao contrário das religiões anteriores, no ritual espírita, as forças sobrenaturais causadoras das doenças são tratadas com gentilezas, em uma ação educativa, na qual são ensinadas e motivadas a substituir a ação destrutiva, causadora da doença, por uma ação benéfica.
3. O ritual de cura ocorre em dois momentos. No primeiro, os adoecidos e seus familiares se reúnem em sessões para ouvir ensinamentos espíritas. Após isso, em um segundo momento, os doentes e familiares são conduzidos a sessões privadas com especialistas religiosos e o médium, que será responsável por manifestar o espírito causador da doença.
4. Durante a manifestação, inicia-se um diálogo entre os especialistas religiosos e o espírito obsessor. O objetivo é persuadir o espírito a mudar de conduta e conduzir-se a estágios superiores de desenvolvimento e permitir que o doente, cujo corpo está alojado, possa recuperar a saúde.
5. As sessões (rituais) no espiritismo podem ser realizadas mais de uma vez até que se alcance a cura do doente.

Nestes três serviços de cura religiosos, o que podemos observar e é destacado



por Rabelo (1994), é a maneira como as religiões por meio da criação de narrativas e da performance do ritual procuram dar um novo significado à situação de aflição das pessoas, que faça mais sentido dentro do seu repertório cultural e de saberes, de forma que o doente se sinta mais confortável sobre a situação porque a compreende melhor e consegue atribuir significado ao que está

acontecendo.

É notável, também, que dentro dessa lógica religiosa a saúde é compreendida como um estado de equilíbrio, de comunhão entre as pessoas e as forças sobrenaturais. A doença seria a quebra dessa comunhão e, portanto, necessita da ação de especialistas religiosos para restabelecer o equilíbrio entre divindade/pessoa.

Esse estudo também aponta a importância de entender a lógica de funcionamento dessas concepções de saúde na sociedade, para compreender até que ponto esses serviços de cura podem trazer benefícios para as pessoas ou podem traduzir-se em riscos à saúde.

Para Rabelo (1994), ao conhecer o funcionamento dessas lógicas de cura, podemos de certa forma conhecer a rede de relações sociais que mantém esses rituais enquanto discursos carregados de autoridade na sociedade atual. Em outras palavras, nos auxilia a compreender o motivo das pessoas procurarem serviços de cura religiosos mesmo, em muitos casos, tendo acesso aos recursos da biomedicina.



A prof. Maria Minayo (1994), ao investigar as concepções de cura com pessoas



declaradas católicas, chegou a resultados similares ao encontrado por Rabelo. Ela constatou que a cura está relacionada à fé, quer dizer, ao milagre obtido do divino. A doença, por sua vez, é vista como uma espécie de castigo por um ato culposo do indivíduo, como uma forma de pagar os pelos erros cometidos.

Minayo (1994), em sua investigação, chama a atenção ao fato que concepções religiosas católicas envolvendo a saúde não

são exclusividade apenas das classes populares, ou seja, de pessoas de classes sociais mais baixas e com menos acesso à cultura científica, como pressupõe *a priori*, mas são utilizadas por estratos sociais altos, principalmente quando a dor e o sofrimento causado pela doença chegam aos limites suportados pelo adoecido.

Além das concepções de saúde e doença xamanística/religiosas, ainda há aquelas ditas populares ou tradicionais, que fazem parte da cultura das pessoas e são transmitidas de geração em geração ao longo das histórias e experiências vividas.

A antropóloga e professora Ondina Leal (1994), ao investigar as concepções



sobre fertilidade e práticas contraceptivas de mulheres pertencentes a classes populares da região rural do Rio Grande do Sul e da região metropolitana de Porto Alegre, notou que o acesso à informação científica, prestada em postos de saúde, nem sempre é garantia de que as questões em saúde serão assimiladas corretamente.

Isso porque nem sempre essas informações fazem sentido dentro da lógica cultural que organiza a vida da comunidade e, muitas vezes, as pessoas interpretam-nas

a partir das suas concepções prévias (saberes prévios/culturais) sobre a saúde.

Na visão das mulheres e homens que participaram da pesquisa, período menstrual e período fértil eram considerados a mesma coisa, sendo a gravidez o resultado da fecundação do sangue menstrual da mulher, que fica retido no útero. Leal

(1994) destaca uma série de cuidados em saúde que eram adotados por essas mulheres e seus companheiros para prevenção à gravidez, como:



1. Evitar relações sexuais no período menstrual, especialmente em dias de maior fluxo, pois o “corpo está aberto”;



2. Evitar relações sexuais em dias muito úmidos ou em meses comemorativos, como maio, mês das mães e das noivas;



3. Fazer uso de chás, simpatias e chapueradas (uma espécie de mistura de diversos compostos de origem animal, mineral e principalmente vegetal) como forma de liberar o fluxo menstrual. Neste caso, por associação entre retenção da menstruação no útero com a concepção propriamente dita, a interrupção da gravidez (aborto e abortamento) era visto por essas mulheres e homens como uma forma de fazer o sangue menstrual voltar a “descer”;



4. Fazer resguardo menstrual, privando-se de certas práticas, como a de lavar a cabeça durante o período menstrual, evitando que o sangue menstrual fique retido no corpo, oportunizando a gravidez ou causando outros problemas de saúde às mulheres, como a loucura.

Conforme afirma Leal (1994), essas representações culturais demonstram um modelo cultural de compreender o próprio corpo, além de demonstrar como práticas

e procedimentos contraceptivos tradicionais estão amplamente inseridos na população, mesmo em sociedades urbanizadas e com acesso ao sistema médico.



A pesquisa realizada por Leal, apesar de ter como aspectos centrais a reprodução humana, demonstra como as concepções de saúde são diversas e como as práticas e procedimentos de cuidado e cura tradicionais estão amplamente difundidas nas sociedades, competindo com os recursos ofertados pelos serviços de saúde pública.

Isso indica a necessidade não só de ampliar as pesquisas sobre as concepções de saúde, mas também de repensar as de políticas públicas de saúde e a formação e atuação dos profissionais da área, que devem estar atentos a essas concepções dos seus pacientes, assim como repensar sua própria conduta profissional durante os atendimentos, evitando atitudes de superioridade, visando integrar, na medida do possível, conhecimentos prévios dos pacientes às prescrições médicas.



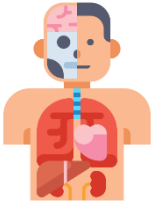
No Brasil, desde 2006, está em vigência a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) no SUS. Esse programa visa garantir uma abordagem ampliada do processo saúde-doença e promoção da saúde, ofertando de forma complementar as práticas da medicina convencional, serviços e recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais de cuidado e cura.

Outras formas de conceber a saúde e a doença também são criadas por pesquisadores e organizações de saúde. Paim e Almeida-Filho (2014), ao analisarem o marco teórico-conceitual da saúde, apontaram outros conceitos de saúde, ligados aos paradigmas que representam as escolas do

pensamento que o propuseram ao longo da história, destacando cinco formas de pensamento utilizadas para conceber o conceito de saúde:



1. A saúde como questão filosófica ou epistêmica, representada por reflexões sobre a vida, funcionalidade, sofrimento, aflição, cuidado, morte, entre outros.



2. A saúde como estado vital ou fenômeno natural, definido como equilíbrio interno, ausência de doenças e incapacidades; além da saúde como processo saúde-doença.



3. A medida da saúde, ou seja, ela compreendida como ente quantitativo e que pode ser aferido por indicadores epidemiológicos e demográficos, principalmente para avaliação do estado de saúde da população.



4. A saúde enquanto valor: referindo-se tanto à sua mercantilização (ou seja, a saúde com produto de mercado), traduzindo-se em oferta de procedimentos e serviços em instituições privadas, como a serviço público ou bem comum, relacionado ao valor social, direito de todos como princípio de justiça social e equidade.



5. E por fim, as práxis de saúde, ou seja, a saúde como prática, concebida enquanto conjunto de atos de cuidado e atenção às necessidades e carências de saúde.

Isso demonstra que o conceito de saúde é bastante rico e complexo, e mesmo após anos de esforços de diversos pesquisadores, ainda não há um consenso fechado

sobre sua definição, sendo objeto de discussão atual entre os estudiosos nas diversas esferas do conhecimento humano (filosófico, social, político, biológico...).



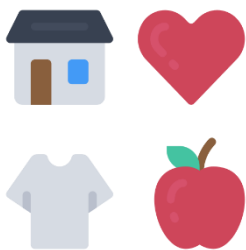
Como vimos até aqui, a saúde e a doença podem assumir diversos sentidos em razão das experiências dos adoecidos. As pesquisadoras Dra. Elvira Maciel e Dra. Anelise Fonseca, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), discutem no programa Ciência e Letras, os sentidos que a saúde e a doença podem adquirir com as experiências dos sujeitos e a necessidade de os profissionais da saúde ampliarem o olhar sobre a doença e os adoecidos além dos fatores biológicos. Clique no *link* a seguir e assista: <https://www.youtube.com/watch?v=TOLbfKMIG4I>

O conceito de saúde, sem dúvida, está intimamente ligado ao momento histórico da sociedade. O professor Paulo Petry, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, no vídeo “Conceitos de saúde em diferentes perspectivas”, discute como o conceito de saúde modificou-se ao longo do tempo de acordo com o momento histórico e a sociedade. Clique no *link* a seguir para assistir: <https://youtu.be/R5XYCB8MXQ>

No âmbito das ciências sociais, os diversos estudos realizados sobre a saúde contribuíram para ampliar os conceitos hoje empregados por diversos pesquisadores e órgãos de saúde no Brasil e na América Latina, pois integraram nas discussões sobre saúde e doença, temas influentes na vida das pessoas, como a política, cultura, a distribuição de renda, as desigualdades sociais, além de contribuir com reflexões a respeito do vínculo entre a cultura e a saúde e as experiências dos adoecidos, tratando sobre sofrimento, dor e cuidado a partir de narrativas dos indivíduos, na grande maioria das vezes, da classe popular.



Neste contexto, a saúde não é apenas a pura ausência de doença, mas sim em um conceito ampliado que relaciona diversos fatores, que podemos sintetizar brevemente em dois grupos:



1. Fatores exteriores aos sujeitos e ligados às condições de vida proporcionadas pelas sociedades e suas estruturas (organização) e pelo momento histórico, como as condições de moradia, alimentação, trabalho e saneamento básico e as diferenças existentes entre essas condições entre classes sociais distintas;



2. Fatores subjetivos, que variam de indivíduo para indivíduo e são determinadas pela sua cultura, interação social e experiências, tais como as práticas religiosas de cura e a medicina popular, que influenciam na experiência dos adoecidos e na sua concepção de saúde.

Considerar a saúde apenas dentro da lógica positiva/negativa, ou seja, como ausência ou presença de doenças, seria reducionista demais, levando em conta a

complexidade da sociedade e dos contextos em que as experiências de saúde são efetivamente vivenciadas pelos sujeitos e adquirem distintos significados.



Nesta linha de pensamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, em 1948, a saúde como direito universal de todos e como obrigação das nações sua promoção e proteção, definindo-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (MOREIRA, *et al.*, 2018).

Neste conceito, é notável a preocupação em ampliar saúde além do aspecto físico, englobando as dimensões psicológicas e sociais, que dizem respeito

aos aspectos afetivos, cognitivos e relacionados às condições de renda, segurança, moradia, dentre outros quesitos, além da própria oferta de serviços de saúde.

As questões emocionais e cognitivas podem corresponder a dois quesitos principais: o primeiro quesito, relativo à nossa saúde mental, essencial para o pleno desenvolvimento dos sujeitos em sociedade. E o segundo quesito, às próprias questões educacionais, que estão diretamente relacionadas ao que alguns pesquisadores denominam como umas das habilidades necessárias para o letramento em saúde ou literacia em saúde (*health literacy*).



O primeiro quesito contemplaria as ações voltadas à promoção e recuperação da saúde psicológica das pessoas, englobando, por exemplo, as ações de prevenção às violências responsáveis por danos psicológicos latentes nos sujeitos, com impacto em seu desenvolvimento.



Já o segundo quesito das questões emocionais e cognitivas diz respeito, por exemplo, às habilidades básicas de alfabetização funcional (leitura e escrita), às habilidades relacionadas ao pensamento crítico e reflexivo, às habilidades sociais (empatia, comunicação, interação social), de resolução de problemas e à participação social ativa (BRASIL, 2018; MIALHE *et al.*, 2019).

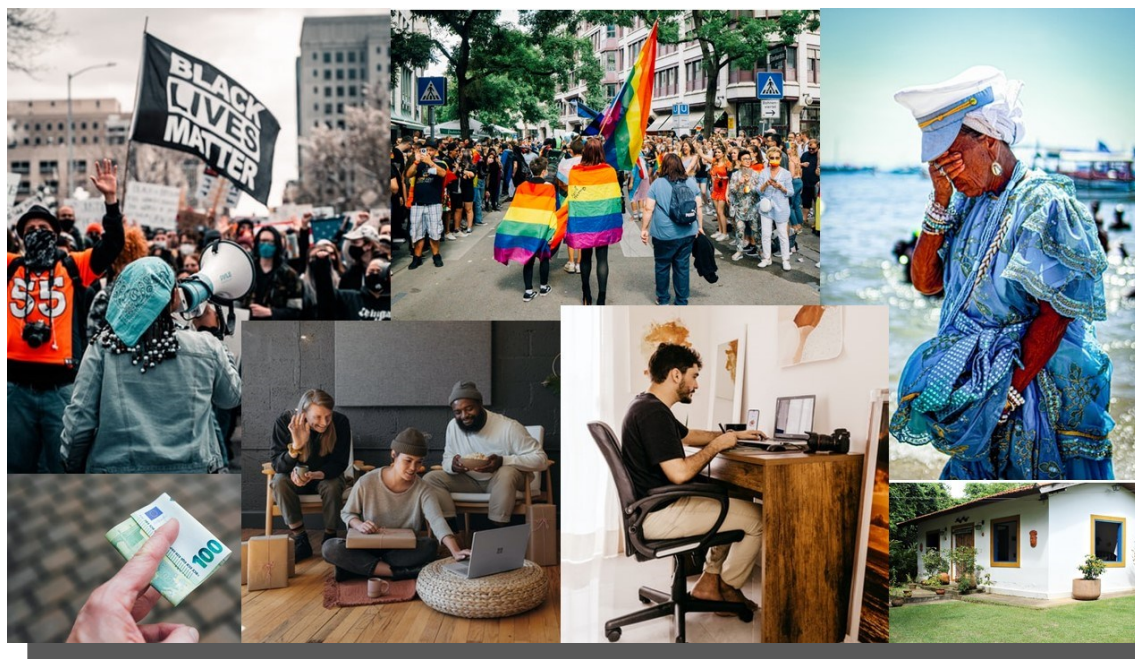


Tudo tem influência em nosso bem-estar e, conseqüentemente, em nossa saúde. Desse modo, a dimensão social não poderia ficar de fora desse contexto. Ela diz respeito a um conjunto de circunstâncias que estão ou não sob o controle dos sujeitos, mas que em conjunto com as condições psicológicas possuem um impacto gigantesco em nossa saúde, portanto, na nossa qualidade de vida, sendo responsável pelo que estudiosos chamam de iniquidades em saúde.



Em geral, as condições da dimensão social dizem respeito à forma como vivemos, como somos vistos socialmente, a nossas decisões, como trabalhamos e ao nosso poder aquisitivo, o acesso aos serviços de saúde, as nossas crenças (liberdade religiosa e cultural) e as políticas públicas de um modo geral. Portanto, para melhorar

a saúde dos sujeitos é necessário ações em conjunto com diversos setores da sociedade que visem melhorar, sobretudo, as condições de vida das pessoas.



A pandemia da Covid-19 é um exemplo interessante e bastante atual para refletirmos como a dimensão social é relevante quando falamos de saúde e pode impactar de forma positiva ou negativa na qualidade de vida população:



1. a desinformação em massa sobre a doença, promovida pelo compartilhamento de notícias falsas (*Fake News*) em redes digitais de comunicação, demonstrou como as novas configurações das relações sociais e as questões políticas e econômicas influenciaram nas representações e práticas

de prevenção sobre a doença (Covid-19) pela população, que passou a fazer uso de medicamentos e métodos alternativos sem comprovação científica de eficácia como forma de prevenção, em alguns casos, negando as recomendações dos órgãos de saúde de eficácia comprovada, como o uso de máscaras e higienização das mãos.



2. Outro fator de peso foi a quase inexistência de políticas públicas para amparar economicamente a população e empregadores (pessoas jurídicas), tornando-se um fator importante para a resistência de uma parcela da população às recomendações de distanciamento social, o que contribuiu para o agravamento do problema sanitário do País.

Evidentemente, outras questões também são fatores determinantes na pandemia da Covid-19 no Brasil, como as questões religiosas, culturais, de gênero e etnia. Em razão disso, é fundamental considerar, além dos fatores biológicos, os fatores sociais e psicológicos, quando falamos de promoção e prevenção da saúde.





No vídeo “Dimensões Sociais da Pandemia”, desenvolvido pelo Instituto Federal de Santa Catarina – IFSC, a Prof. Kenia Gaedtke, em conjunto com os professores Gustavo Kern e Preto Zezé, discute como a perversa desigualdade social brasileira representou uma barreira às recomendações sanitárias, sinalizando para a urgência de novos paradigmas rumo à construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Clica no *link* a seguir e assista: <https://www.youtube.com/watch?v=Ub5XF8UriAo>.

Atualmente, o conceito desenvolvido pela OMS para saúde não é visto como o mais ideal, entretanto, ainda é o mais utilizado pelas agências e pesquisadores em saúde. Esse conceito também foi o posicionamento adotado pelas políticas públicas de saúde no Brasil para a criação e implementação do sistema único de saúde, o SUS.

No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde é vista como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Na prática, isso significa que ter uma boa saúde é um direito de todos os brasileiros e que deve ser assegurado por todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Isso envolve, além das políticas públicas para consolidar e ampliar a oferta dos serviços de saúde, ações sociais e econômicas que tenham por objetivo minimizar os efeitos dos determinantes sociais na saúde da



população, como as políticas voltadas à criação de empregos formais, moradia digna, saneamento básico, distribuição de renda, acesso à educação básica e formação profissional, dentre outros.

A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS e os princípios da Constituição Federal, reforça que

“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

É interessante notar que, além dos determinantes e condicionantes sociais e psicológicos que citamos anteriormente, a lei faz menção à saúde como a expressão da organização social e econômica do País.

Isso implica que as condições de saúde da população são compreendidas como um dos indicadores de desenvolvimento da nação. Ela expressa o nível de coesão social do País e das políticas públicas em promover a qualidade de vida dos seus cidadãos. Desse modo, “para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior dessas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas” (MOREIRA *et al.*, 2018, p.38).



Assim, pensar em saúde é pensar em cultura, é pensar em meio ambiente, economia, moradia, trabalho, política. É falar de ciência e desenvolvimento. É também falar sobre os valores humanos, sobre a afetividade e a nossa identidade. É pensar no ser humano em sua integralidade, em todas as suas dimensões e necessidades.

O conceito de saúde envolve uma série de fatores que, juntos, são denominados como fatores determinantes da saúde. E a inter-relação entre eles, os sujeitos e o ambiente, designa aquilo que podemos compreender como processo saúde-doença.

Conceber a saúde como um processo (saúde-doença) é compreender que adoecer não está ligado somente a uma causa, como por exemplo, o contato com microrganismos patogênicos, mas sim a múltiplos fatores, como as condições que permitem os sujeitos entrarem em contato com esses microrganismos (falta de saneamento básico, ausência de conhecimentos básicos de higiene pessoal ou de alimentos etc.).

Assim, é correto afirmar que “cada situação de saúde específica, individual e coletiva, é o resultado, em um dado momento, de um conjunto de fatores determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos” (CRUZ, 2011, p. 29), que devem ser levados sempre em consideração quando trata-se de saúde e promoção da qualidade de vida.



O conceito de saúde desenvolvido pela OMS realmente foi um marco muito importante para o mundo. Apesar de atualmente não ser considerado o modelo mais ideal, ele é o mais utilizado e influenciou diversos outros conceitos e modelos. Assista à discussão promovida pelo Canal Saúde em parceria com a Fiocruz, com os pesquisadores Dina Czeresnia e Naomar de Almeida-Filho sobre o conceito de saúde e doença nas diferentes perspectivas criadas ao longo dos tempos e a importância de compreender a saúde na integralidade do ser humano: <https://youtu.be/NtuyPB6DZwA>

Assista ao vídeo animado disponível no *link* a seguir, para compreender melhor o conceito de saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS): <https://www.youtube.com/watch?v=q5DXMr5v48k>



Solução da pergunta norteadora

Como vimos, o conceito de saúde é bastante abrangente, indo além da mera ausência de doenças no organismo. Além disso, ele é bastante plural, pois cada pessoa pode compreender a saúde e a doença de modos distintos, o que torna difícil estabelecer um conceito fechado e permanente sobre o assunto.

O conceito de saúde, neste sentido, envolve uma série de fatores, denominados como fatores determinantes da saúde, que dizem respeito à alimentação, às condições de moradia, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente, às condições de trabalho e renda, ao lazer e às condições psicológicas, à educação e ao acesso aos bens e serviços essenciais.

Neste conceito ampliado, as condições de saúde da população são compreendidas como um dos indicadores de desenvolvimento do País, pois representa o nível de coesão social e das políticas públicas em promover a qualidade de vida dos seus cidadãos.

Indicação de leitura COMPLEMENTAR



BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000. Neste artigo, Paulo Buss discute a importância de considerar a saúde além do assistencialismo, com ações direcionadas aos determinantes sociais da saúde. Como estratégia, o autor argumenta que a promoção da saúde é a melhor forma capaz de articular os diversos setores da sociedade, o estado, a administração local e comunidades para atuarem em prol da saúde. O autor ainda traz alguns conceitos de saúde e orientações importantes propostas em convenções mundiais. Acesse: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 173-183, 2003. Luiz Fernando Duarte, neste ensaio, apresenta uma reflexão a respeito do esquema analítico pessoa/indivíduo para compreender a saúde e a doença. Esse esquema analítico propõe analisar o sujeito em sua integralidade, sendo o conceito de pessoa relacionada ao sujeito social, determinado pelas sociedades, pelas experiências e relações e o conceito de indivíduo aquele ser biológico, intrassocial, substrato para imposição do estatuto social. O autor apresenta ainda seu conceito de saúde-doença, denominado perturbações físico-morais, no qual as doenças não afetam somente o corpo, mas o sujeito como um todo e seu entorno social. Acesse: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100013>.

ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. Organizada pelos Professores Paulo Alves e Maria Minayo, a coletânea apresenta uma série de textos escritos por pesquisadores brasileiros sobre a relação entre saúde, doença, crenças, valores e práticas terapêuticas populares. Acesse: <http://books.scielo.org/id/tdj4g>.



Conclusão

Parabéns, você chegou ao final da unidade 1 do módulo 1 do curso. Nesta unidade você aprendeu que:

1. O conceito de saúde e doença modificou-se ao longo dos tempos, assumindo diferentes enfoques de acordo com o contexto histórico e social, sendo influenciado por paradigmas, pela cultura e pela experiência dos sujeitos, portanto, pode ser considerada como uma construção sociocultural.
2. No âmbito das ciências sociais, assim como ocorre em outras áreas do conhecimento, não há uma única definição para o conceito de saúde. Ela é compreendida articulada com a qualidade de vida e as experiências, condicionadas por contextos socioeconômicos, políticos, históricos e culturais.
3. A saúde é um processo histórico e social que se manifesta no biológico. Dessa maneira, quando falamos em saúde é essencial considerar os determinantes sociais da saúde em nossas ações, pois eles possuem influência significativa na saúde das populações.
4. A saúde é um conceito ampliado que leva em conta seus fatores determinantes, que dizem respeito a cultura, alimentação, às condições de moradia, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente, às condições de trabalho e renda, ao lazer e às condições psicológicas, à educação e ao acesso aos bens e serviços essenciais.

Nos vemos na próxima unidade, na qual discutiremos um pouco mais sobre os determinantes sociais da saúde.

Unidade 2 - Determinantes sociais da saúde

Situação inicial

Como vimos na unidade anterior, o conceito de saúde assumiu diferentes enfoques ao longo da história, sendo influenciado por diversos paradigmas, pela cultura e pela experiência dos sujeitos. Assim como o significado de saúde, os fatores que a determinavam também e por muitos anos, acreditou-se que as doenças tinham como causa, por exemplo, a matéria orgânica em estado de putrefação.

Atualmente, admite-se que a saúde dos sujeitos é um processo histórico e social que se manifesta no biológico, portanto, é algo influenciado principalmente por fatores externos que em sua grande maioria não estão sob o controle dos sujeitos.

Isso justifica, em grande parte, as diferenças nos níveis de saúde que são observadas entre as diferentes regiões do planeta, entre os países dessas regiões e dentro desses países, suas cidades ou localidades.

Mas afinal, quais são esses fatores determinantes da saúde? Como eles influenciam a saúde da população e produzem desigualdades em saúde?



Para responder a essas questões, nesta unidade vamos abordar um pouco mais sobre o que são os Determinantes Sociais da Saúde, seu impacto na saúde e os modelos explicativos criados para representar a interação deles para a produção das desigualdades, chamadas também de iniquidades em saúde.

Pergunta norteadora

Atualmente, quais fatores você acredita que são determinantes para a saúde da população brasileira?



Conteúdo

O que são os Determinantes da Saúde?

Os determinantes da saúde, assim como o conceito de saúde, passaram por evoluções em seu conceito ao decorrer da história até chegarmos ao entendimento atual sobre eles. Conforme aponta Buss e Pellegrini Filho (2007), a teoria miasmática, que defendia a origem das doenças na exalação pútrida que emana da matéria em decomposição, por exemplo, predominou por muito tempo em meados do século 19 para explicar a origem das doenças.

Com os avanços dos estudos da microbiologia no final desse mesmo século, afirmou-se um novo paradigma para explicar a origem das doenças na população, conhecido como paradigma bacteriológico (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), influenciando fortemente a saúde pública, que por muitos anos baseava suas ações quase que exclusivamente no modelo médico clínico e na prevenção de doenças específicas por ações sanitárias de caráter menos amplo.



Como vimos na unidade anterior, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no momento da sua constituição, definiu a saúde como direito universal de todos e como obrigação das nações sua promoção e proteção, além de defini-la como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, deslocando o olhar da centralidade médica para as questões sociais da saúde e da doença. Entretanto, esse paradigma foi alternando-se nas ações destinadas à saúde ao longo dos anos que se sucederam e ora os enfoques eram mais centrados em aspectos biológicos, ora destacavam-se os fatores sociais e ambientais, conforme destacaram Buss e Pellegrini Filho (2007).

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80).

De um modo geral, os Determinantes Sociais da Saúde podem ser compreendidos como os fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, culturais, comportamentais e étnicos/raciais que influenciam na saúde dos indivíduos, positivamente ou negativamente, portanto, determinam a ocorrência ou a vulnerabilidade a problemas de saúde.



De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2017), na região das Américas, os diversos debates realizados mostram que, embora a cobertura assistencialista seja indispensável, existem barreiras econômicas, sociais, geográficas e de gênero que limitam o acesso aos serviços ofertados e precisam ser eliminadas para alcançar uma saúde que seja universal. Desse modo, embora a oferta de serviços de saúde seja um dos alicerces primordiais, ela por si só não assegura a saúde e o bem-estar dos sujeitos.



Para uma saúde universal a todos, é necessário assim, não só a oferta de serviços de saúde, mas mudanças profundas na estrutura social. Conforme aponta a OPAS (2017), mudanças fundamentais que permitiriam transformar uma realidade de privilégios (na qual nem todos dispõem da saúde da forma como deveria ser e há muitas desigualdades) em realidades de direitos (nos quais a saúde é vista e compreendida como um direito primordial e, por assim ser, todos usufruem em condições equivalentes). “O primeiro passo no caminho rumo à saúde universal é confrontar as causas das desigualdades que ignoram e fragilizam o direito das pessoas a uma vida digna, livre e saudável” (OPAS,



2017, p. 6).

As desigualdades em saúde, chamadas de iniquidades em saúde, nascem das desigualdades entre os sujeitos na sociedade, portanto, não há como desvinculá-las dos contextos macrodeterminantes que direcionam o olhar para as desigualdades econômicas, sociais, culturais e ambientais presentes nas sociedades e que resultam

na estratificação social, ou seja, em distribuição desigual de poder, prestígio e recursos entre grupos sociais e dentro deles entre seus integrantes.



É importante ainda pensarmos que as desigualdades sociais e os efeitos da estratificação social não são neutros ou abstratos, “nem se distribuem aleatoriamente; têm rosto, idade, gênero e se instalam de forma sistemática nos grupos humanos e



nos contextos geográficos” (OPAS, 2017, p. 6), atingindo públicos específicos, como pretos, indígenas, mulheres, pessoas com deficiência, em situação de rua ou que pertencem a classes sociais baixas ou ainda que residem em localizações geográficas com escassez de recursos financeiros, materiais, de segurança, ambientais e de oferta de serviços de saúde.

O Atlas da Violência, divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA em 2020, mostrou que 75,7% das mortes por homicídio, que ocorreram em 2018 no Brasil, eram de pessoas negras (pretos e pardos). Além disso, das 4.519 mulheres assassinadas no Brasil em 2018, 68% delas eram negras. Isso representa como o cenário de desigualdades raciais incide na saúde de grupos sociais específicos, aumentando sua exposição e vulnerabilidade a riscos à saúde, como a violência.



Iniquidades em saúde são produtos das desigualdades sociais, econômicas e culturais. Conforme afirma Paim e Almeida Filho (2014), são resultados, a princípio, da injustiça social, porém mais que injustas, são perversas, vergonhosas e moralmente inaceitáveis, pois são evitáveis:

“Um óbito infantil por desnutrição, uma negação de cuidado por razões mercantilistas ou uma mutilação decorrente de violência racial ou de gênero conformam eloquentes exemplos de iniquidade em saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014, p. 26).



DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006. Neste artigo, Linda Dahlberg e Etienne Krug discutem a importância da definição ampliada do conceito de violência para a promoção e prevenção da saúde. Além disso, as autoras discutem como a violência é custosa às sociedades, não só apenas em termos humanos sociocognitivos, causando dor e sofrimento às pessoas, mas também em termos financeiros em razão das despesas anuais com gastos em saúde para reabilitação das vítimas de violência. Acesse o [link](https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdfhpcdw/?format=pdf&lang=pt) a seguir para saber mais:

Você sabia que a Violência é considerada um problema de saúde pública? No Brasil, a violência (assim como a dengue, a febre amarela e a doença de chagas) é considerada endêmica, ou seja, um problema de saúde com alta incidência e persistência entre a população. A historiadora e antropóloga Dra. Lília Moritz Schwarcz, da Universidade de São Paulo (USP), discute um pouco melhor essa problemática e sua relação com a política de armamento. Clique no [link](https://www.youtube.com/embed/HCZ2ptxpdBM) a seguir e assista:

Quais são os Determinantes Sociais e sua relação com a Saúde?

Antes de darmos continuidade ao conteúdo, assista ao curta metragem **Ilha das Flores**, produzido por Jorge Furtado em 1989, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=xEd5fHI4-IQ> e reflita: como as desigualdades sociais e econômicas afetam a saúde das pessoas?

Quando trabalhamos a saúde na perspectiva da promoção, e, portanto, levando em consideração os Determinantes Sociais da Saúde, devemos ter em mente que a relação entre eles e aquilo que determinam é muito mais complexa do que uma simples relação de causa-efeito (MOREIRA, 2018).

Isso quer dizer que a ação dos determinantes sociais mais gerais (também chamados de macrodeterminantes), que citamos anteriormente, de natureza econômica, política e social, incidem na saúde da população por meio de uma cadeia de fatores que operam de forma hierarquizada e constituem-se mediadores. Para Buss e Pellegrini Filho (2007), identificar essas relações de mediação entre macrodeterminantes e mediadores constitui-se o principal desafio dos estudos e ações na saúde.

É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB per capita muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Isso demonstra, por exemplo, por que somente a oferta de serviços de saúde, por si só, não é suficiente para elevar os indicadores de saúde de uma população, assim como o volume de riqueza acumulado por uma cidade, estado ou país, não indica que toda a sua população estará livre de iniquidades em saúde, pois para que esse elemento tenha influência positiva na saúde é necessário uma série de outros

fatores, chamados de mediadores, como distribuição de renda compatível a uma vida digna a todos, acesso a moradias de qualidade e potencial de consumo.

Conhecer os fatores macrodeterminantes e os fatores mediadores nos permite identificar os pontos mais sensíveis, resultados da ação da estratificação social, onde devem ser realizadas as intervenções que podem provocar mais impacto (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), melhorando os indicadores de saúde e reduzindo as iniquidades. A OPAS (2012) diz que os componentes básicos dos determinantes sociais incluem:



O contexto socioeconômico e político;

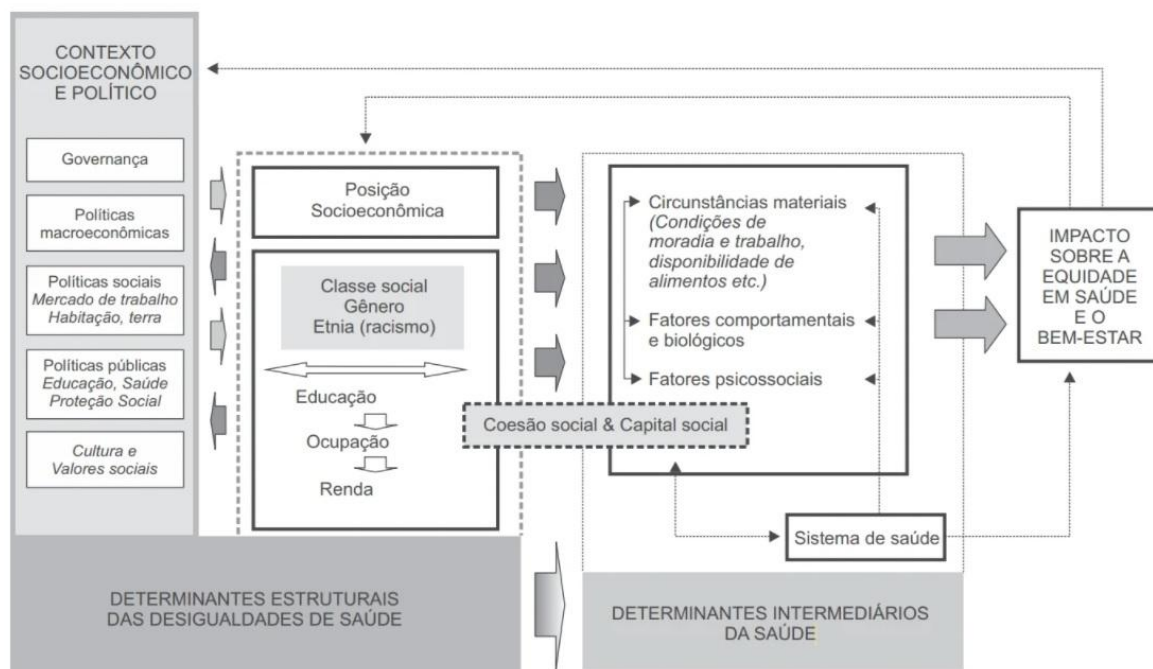


Os determinantes estruturais; e



Os determinantes intermediários.

O modelo adotado pela OPAS e pela Organização Mundial da Saúde, é o proposto modelo por Orielle Solar e Alec Irwin (2010 apud PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014), para esquematizar a trama de relações entre os determinantes sociais e a saúde na figura abaixo.



Fonte: Paim e Almeida Filho (2014)



O primeiro componente, Contexto Socioeconômico e Político, engloba um conjunto amplo de aspectos sociais, culturais e econômicos que direcionam o sistema de organização da sociedade. Inclui-se aqui, por exemplo, mecanismos sociais como o sistema político, educacional e o mercado de trabalho, que direcionam a forma como a sociedade é organizada e que produzem ou diminuem as hierarquias sociais, ou seja, a estratificação da sociedade. Nesse primeiro componente, entram também as políticas públicas e sociais de educação, saúde, habitação e reforma agrária, além dos valores culturais e sociais.

O segundo componente, os Determinantes Estruturais, referem-se às características que geram ou fortalecem as desigualdades sociais, portanto, definem a posição social e econômica das pessoas, ou seja, a sua posição nas hierarquias de poder, prestígio e acesso aos recursos (OPAS, 2012). São representantes desse componente, além do *status* social do grupo, o seu nível de educação, renda, etnia/raça e o gênero.

O primeiro componente, Contexto Socioeconômico e Político, engloba um conjunto amplo de aspectos sociais, culturais e econômicos que direcionam o sistema de organização da sociedade. Inclui-se aqui, por exemplo, mecanismos sociais como o sistema político, educacional e o mercado de trabalho, que direcionam a forma como a sociedade é organizada e que produzem ou diminuem as hierarquias sociais, ou seja, a estratificação da sociedade. Nesse primeiro componente, entram também as políticas públicas e sociais de educação, saúde, habitação e reforma agrária, além dos valores culturais e sociais.

Apesar da distinção realizada pela OPAS, o contexto socioeconômico e político também é considerado um dos determinantes estruturais, pois eles estão intimamente ligados a essas questões. Por exemplo: as políticas públicas voltadas a garantir os direitos mínimos dos trabalhadores formais, como o



salário-mínimo, incide diretamente na renda mínima dessa classe de trabalhadores, conseqüentemente, na sua posição e *status* social, assim como na sua capacidade de aquisição etc.

Buss (2000), destaca a importância de considerarmos a relação entre políticas públicas e saúde, pois elas podem gerar tanto benefícios quanto malefícios para a saúde da população. Para o autor

São notórios, e por vezes dramáticos, os efeitos das políticas que impulsionaram a economia urbano-industrial ao longo do século XX: desigualdades sociais, danos ambientais irreparáveis em alguns casos, ambientes sociais mórbidos geradores de sociopatias e psicopatias (violência, drogas etc.) (BUSS, 2000, p. 173).

Neste sentido, é necessário que o poder público, em conjunto com a sociedade civil, ao propor políticas públicas reflita de forma crítica os impactos que elas irão acarretar à saúde da população, seja em políticas voltadas diretamente a esse setor ou para outros. Além disso, é fundamental que a proposição de políticas esteja alinhada aos interesses da sociedade e às necessidades da população. Isso requer, portanto, que elas sejam elaboradas de forma colaborativa com representantes de diferentes grupos da sociedade civil, visando contemplar de modo justo as necessidades de todos os segmentos sociais.

O terceiro componente, os Determinantes Intermediários, é o meio pelo qual os determinantes estruturais, vistos anteriormente, operam para produzir as iniquidades em saúde nos indivíduos, grupos e sociedades. De acordo com a OPAS (2012, p. 21), “os determinantes intermediários são distribuídos de acordo com a estratificação

social e determinam as diferenças de exposição e de vulnerabilidade a condições prejudiciais à saúde”. Abaixo, alguns exemplos desses determinantes (OPAS, 2012):



Circunstâncias materiais:

qualidade de moradia e infraestrutura do bairro/cidade. Condições de transporte. Meios financeiros para consumo de itens necessários para alimentação saudável, higiene, roupas etc. Condições físicas do ambiente de trabalho.



Circunstâncias psicossociais:

estressores psicossociais gerados por preconceitos e exclusão social, relacionamentos abusivos, circunstâncias de vida, apoio e acolhimento social e redes sociais.



Fatores comportamentais e biológicos:

escolhas na alimentação; adesão a atividade física; consumo de substâncias que causam alterações na estrutura e funções do organismo (tabagismo, drogas e álcool), além dos fatores biológicos individuais, que incluem os fatores genéticos.



Coesão social:

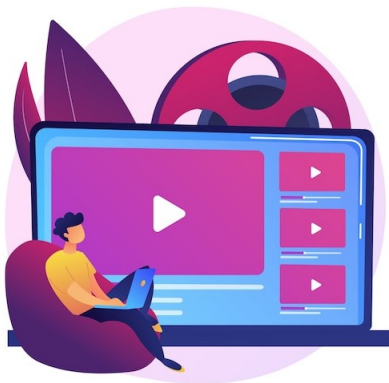
a existência de confiança, solidariedade e respeito mútuo entre os indivíduos, grupos e setores da sociedade. Sociedades com maiores índices de coesão social apresentam maiores redes de apoio social, que são essenciais para superar os problemas gerados pelas iniquidades em saúde nos grupos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).



Sistema de saúde: a exposição e a vulnerabilidade a fatores de risco, a disponibilidade de acesso aos serviços e programas de saúde para mediar as consequências das doenças na vida dos indivíduos.

Quando falamos em determinantes sociais da saúde, ainda é necessário compreendermos que há diferenças entre os determinantes de saúde dos sujeitos e aqueles que atingem a coletividade. Isso porque, alguns fatores importantes que explicam diferenças no estado de saúde de sujeitos não explicam diferenças entre grupos ou entre sociedades, isto é, não basta somar os determinantes de saúde identificados em alguns indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível de sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Enquanto os determinantes individuais em saúde apontam para os fatores que colocam alguns sujeitos em maior situação de risco dentro de um grupo, os determinantes coletivos estão mais relacionados com fatores que acometem esses grupos ou a sociedade de um modo mais amplo, em geral, relacionados às questões econômicas, políticas e sociais.



A Medicus Mundi produziu um vídeo animado para explicar a relação dos determinantes sociais com a saúde dos grupos populacionais. Clique no *link* a seguir a assista: <https://youtu.be/j5eJu0WOf9w>.

Há outros modelos que possibilitam identificar a relação entre os Determinantes Sociais da Saúde?

Além do modelo desenvolvido por Orielle Solar e Alec Irwin, que foi adotado pela OMS/OPAS, há o modelo de Göran Dahlgren e Margaret Whitehead, proposto em 1991 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) e que ganhou bastante notoriedade entre os pesquisadores em saúde. Apesar de não se ater em explicar como funciona a relação entre os determinantes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), o modelo de Dahlgren e Whitehead é bastante didático e nos permite uma visualização gráfica simples e eficiente dos determinantes sociais em saúde.



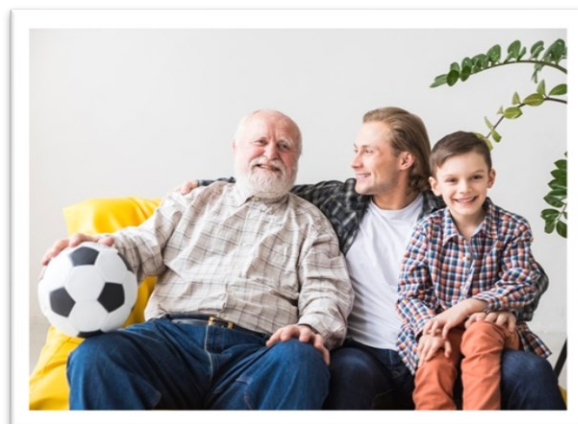
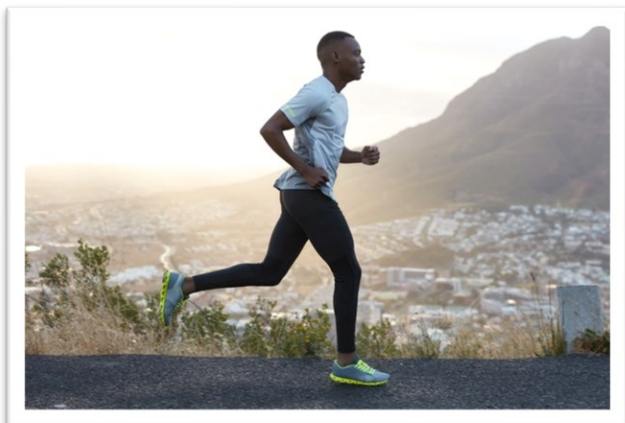
Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007)

Organizados em camadas, os determinantes sociais da saúde são dispostos desde os fatores determinantes mais próximos dos sujeitos, considerados fatores individuais, até os mais distantes, aqueles que atingem grupos e sociedades, considerados macrodeterminantes da saúde.

Esse modelo nos permite também visualizar como os determinantes mais amplos, condicionados às questões socioeconômicas e ambientais gerais, englobam e influenciam, por meio dos determinantes intermediários, a saúde dos sujeitos.

Na base do esquema estão as pessoas, com suas características individuais (idade, sexo, gênero, fatores genéticos etc.), que os colocam em posição de predisposição a doenças ou não.

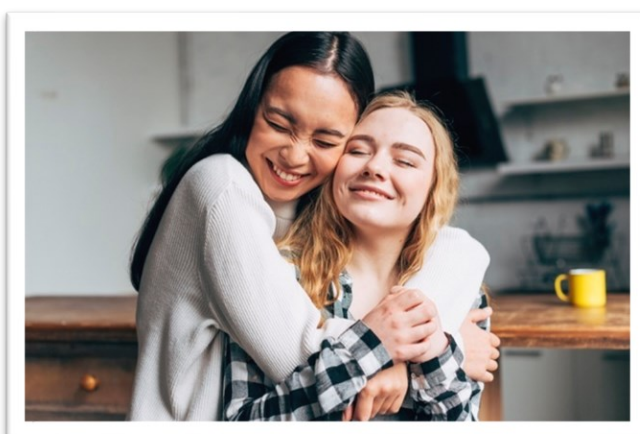
Na segunda camada, encontra-se o estilo de vida dos sujeitos. Esta camada



está na divisa entre os determinantes individuais e os mais amplos, dado que os comportamentos muitas vezes

compreendidos como escolhas individuais são influenciados por fatores externos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), como a possibilidade de ter uma alimentação considerada saudável depender da disponibilidade de acesso a alimentos *in natura* ou minimamente processados ou ainda, por exemplo, o incentivo à ingestão de bebidas alcoólicas, realizado por meio de publicidades ou por pressão de amigos ou familiares.

Na terceira camada, redes sociais e comunitárias, expressa a importância da existência de confiança, solidariedade e respeito mútuo entre os indivíduos, grupos e setores da sociedade para a saúde dos sujeitos. Quando há a existência de redes de apoio social e comunitária, grupos diversos tendem a agir em conjunto em prol do bem-estar da sociedade como um todo, amparando aqueles indivíduos mais fragilizados socialmente e mais vulneráveis a riscos à saúde em razão das desigualdades sociais.

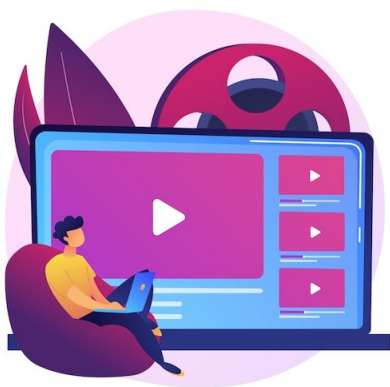


No nível seguinte, estão as condições de vida e trabalho, que dizem respeito ao nível de escolaridade e acesso à educação, ao emprego digno e em ambiente de trabalho saudável, ao direito de uma renda que seja compatível com o custo de vida da localidade, acesso a serviços de saneamento básico (acesso à água potável, esgoto, eletricidade), lazer (áreas de lazer, parques, teatros, bibliotecas), alimentação saudável, condições ambientais favoráveis, habitação adequada, acesso a serviços de saúde, tanto para promoção quanto para prevenção e recuperação da saúde, entre outros.



Por fim, na última camada, encontram-se os determinantes sociais mais amplos, chamados de condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, que dizem respeito aos fatores que direcionam a organização e são a base da estrutura das sociedades (considerados como determinantes estruturais pela OPAS).

Inclui-se nessa camada o sistema político, econômico, educacional e cultural. E como vimos anteriormente, tais fatores são, sobretudo, responsáveis pela estratificação social, portanto, responsáveis pela existência das desigualdades sociais que são observadas. As políticas públicas voltadas à educação, à saúde, à habitação e à segurança, por exemplo, fazem parte desse grupo, pois são fatores que determinam as condições de vida da população.



A pesquisadora Rita Barradas Barata, doutora em medicina preventiva, em entrevista ao programa Ciência e Letras da Fiocruz, discute o porquê de as desigualdades sociais fazerem mal à saúde da população e como a interseção entre os diferentes fatores determina a saúde das pessoas, sendo necessário ações intersetoriais para redução das iniquidades e melhoria da saúde da população. Clique no *link* a seguir e assista:

<https://youtu.be/nBWdUkQe6Q0>

No contexto dos determinantes sociais da saúde, é importante ter em mente a possibilidade da Interseccionalidade entre diversos fatores. A ação dos fatores determinantes em saúde, frequentemente, se sobrepõe em sujeitos ou grupos sociais, criando múltiplos níveis de desigualdade em saúde.

Por exemplo:



Sabemos que o nível de escolaridade é um dos fatores considerados fundamentais para a promoção da saúde. No relatório divulgado pela OPAS em 2012, as mulheres, enquanto grupo social na América Latina, possuem a média de escolaridade mais alta que a observada para os homens;



Apesar do maior nível de escolaridade, isso não se refletiu em outras áreas, como a relacionada à renda ou à representação política de mulheres quando comparado aos homens;



Isso indica que mulheres, mesmo alcançando níveis de escolaridade maiores, tendem a ter mais vulnerabilidade aos riscos à sua saúde do que os homens, já que elas são impactadas em outras áreas essenciais, comprometidas por outros determinantes sociais, como as questões que envolvem gênero e posição social.



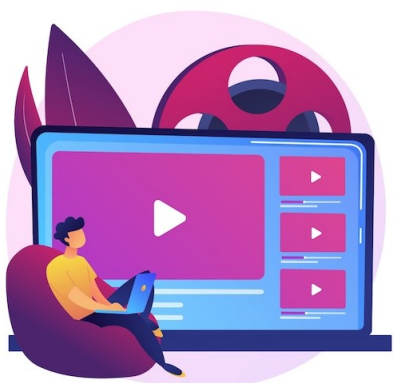
Essa vulnerabilidade tende a agravar-se dependendo, por exemplo, da raça, etnia ou origem dessa mulher ou desse grupo de mulheres.

A esse entrecruzamento de fatores, que potencializa experiências negativas, chamamos de interseccionalidade. Ela nos indica a necessidade de as ações em prol da promoção da saúde extrapolarem a visão fragmentada, da responsabilidade atribuída apenas ao setor da saúde, para uma visão global.



Nesta visão ampliada, bem-estar e qualidade de vida são reflexos das condições de educação, economia, habitação, meio ambiente, das questões socioculturais e de empoderamento da população para reivindicar seu direito à participação na organização, proposição e controle de implementação de políticas públicas que impactam esses fatores, portanto, na sua vida.





Em 2016, a professora americana Kimberle Crenshaw conferiu uma palestra no TED Talks sobre a necessidade de pensar na interseccionalidade entre os diferentes fatores que atingem a vida de algumas pessoas, utilizando como exemplo a mortalidade de mulheres afro-americanas, que além de sofrerem com o racismo, sofrem também com a discriminação por gênero. Clique no *link* a seguir e assista: <https://youtu.be/vQccQnBGxHU>

A cada cinco anos, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publica o relatório ***Saúde nas Américas: panorama regional e perfil de países***, que apresenta, entre outras questões, os determinantes sociais da saúde que atingem a população de países como o Brasil, Argentina, Estados Unidos da América, Canadá, México, entre outros, e as diferenças, tendências e os avanços obtidos nestes países para a promoção da saúde universal da sua população. Acesse o relatório e o leia na íntegra: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/SA-2017-pt.pdf>



Solução da pergunta norteadora

Como vimos, a saúde das pessoas não se resume apenas na ausência de doenças, mas trata-se de uma concepção ampla, relacionada ao bem-estar e determinada por uma gama de fatores, em sua maioria dinâmicos, socialmente produzidos e estão fortemente relacionados à estratificação das sociedades.

Tais fatores, chamados de determinantes sociais da saúde, são classificados de acordo com seu nível de abrangência (individual ou coletivo) e se relacionam entre si para produzir iniquidades em saúde, que são desigualdades em saúde observáveis entre os indivíduos, consideradas sobretudo injustas e evitáveis.

Neste sentido, a ação sobre os determinantes sociais da saúde requer uma atuação inter e multissetorial, em diversas frentes, visando eliminar as iniquidades geradas pela estratificação social e que colocam indivíduos em posição de vulnerabilidade a riscos à saúde.

Para a promoção da saúde, é necessário superar a visão fragmentada de responsabilidade atribuída apenas ao setor da saúde, para uma visão global, na qual bem-estar e qualidade de vida é reflexo das condições sociais, de educação, economia, habitação, meio ambiente e de empoderamento da população para reivindicar seu direito a uma gestão integrada e participativa, na qual as esferas do estado em conjunto com a sociedade civil possam propor e participar do controle de implementação de políticas públicas mais saudáveis.

Indicação de leitura COMPLEMENTAR



BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Neste ensaio, Paulo Buss e Alberto Pellegrini Filho aprofundam a discussão sobre as relações entre saúde e determinantes sociais, apresentando conceitos, a evolução histórica de paradigmas explicativos do processo saúde-doença e a possibilidade de intervenções de políticas e programas voltados para o combate às iniquidades de saúde. Acesse: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

LÓPEZ, Laura Cecília. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 590-603, 2011. Neste artigo, a professora e doutora em Antropologia Social, Laura Cecilia López, discute por meio de uma perspectiva crítica, a importância de articular programas de enfrentamento do HIV/Aids em mulheres negras na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. Acesse: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300006>.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência – 2020**. Brasília, 2020. 93 p. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, publica todos os anos o Atlas da Violência, que é o resultado de uma série de estudos e estatísticas sobre a violência no Brasil, buscando analisar avanços ou retrocessos e subsidiar políticas públicas para o combate desse problema social e de saúde pública. Acesse e conheça o relatório de 2020: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/51/atlas-da-violencia-2020> ou <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/62/atlas-da-violencia-2020-principais-resultados>.



Conclusão

Parabéns, você chegou ao final da unidade 2 do módulo 1 do curso. Nesta unidade você aprendeu que:

1. Assim como o conceito de saúde, os paradigmas sobre os determinantes da saúde passaram por evoluções históricas: ora os enfoques eram mais centrados em aspectos biológicos, ora destacavam-se os fatores sociais e ambientais. Com os debates sobre as Metas do Milênio, os determinantes sociais voltam a ter destaque nas agendas de saúde, tendo como marco a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005.
2. Atualmente, admite-se como Determinantes Sociais da Saúde os fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, culturais, comportamentais e étnicos/raciais que influenciam na saúde dos indivíduos (de forma positiva ou negativa), portanto, determinam a ocorrência ou a vulnerabilidade a problemas de saúde.
3. Os determinantes sociais da saúde são os responsáveis pelas iniquidades em saúde. Elas nascem das desigualdades entre os sujeitos na sociedade, portanto, não há como desvinculá-las das discussões que direcionam o olhar para as desigualdades econômicas, sociais, culturais e ambientais presentes nas sociedades e que resultam na estratificação social, ou seja, em distribuição desigual de poder, prestígio e recursos entre grupos sociais e dentro deles entre seus integrantes.
4. A relação entre os determinantes sociais da saúde é muito mais complexa do que uma simples relação de causa-efeito. Isso quer dizer que a ação dos determinantes sociais mais gerais (de natureza econômica, política e social) incidem na saúde da população por meio de uma cadeia de fatores, que operam de forma hierarquizada e constituem-se os mediadores.

5. Conhecer os fatores macrodeterminantes e os fatores mediadores nos permite identificar os pontos mais sensíveis, resultados da ação da estratificação social, onde devem ser realizadas as intervenções que podem provocar mais impacto para melhorar os indicadores de saúde e reduzir as iniquidades.
6. Os Determinantes Sociais da Saúde são classificados pela OMS/OPAS em: 1) Determinantes Estruturais, que engloba os aspectos sociais, culturais, econômicos, que direcionam o sistema de organização da sociedade. Incluem-se ainda características que geram ou fortalecem as desigualdades sociais, portanto, definem a posição social e econômica das pessoas, como nível de educação, renda, etnia/raça e o gênero. 2) Determinantes intermediários, meio pelo qual os determinantes estruturais operam para produzir as iniquidades em saúde nos indivíduos, grupos e sociedades. Incluem-se nessa categoria, por exemplo, as circunstâncias materiais, psicossociais e comportamentais.
7. Em ações de promoção da saúde, é importante ter em mente a possibilidade da Interseccionalidade entre diversos fatores determinantes, pois a ação deles frequentemente se sobrepõe em sujeitos ou grupos sociais, criando múltiplos níveis de desigualdade em saúde.

Nos vemos na unidade 1 do módulo 2, na qual discutiremos um pouco mais sobre a educação em saúde na perspectiva da promoção.

Até mais!



MÓDULO 2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E POSSIBILIDADES



Unidade 1 - Educação em Saúde na perspectiva da promoção

Situação inicial

A trajetória da saúde no campo da educação não é recente. Pesquisas apontam que as primeiras ações educativas em saúde ocorreram ainda no século 19, com a denominação de educação sanitária. Ao longo dos anos, as ações da educação no âmbito da saúde ocuparam-se com a mudança de hábitos da população, buscando remover obstáculos culturais e psicossociais ao combate e controle de doenças.



A falta de conhecimento das pessoas era atribuída como a causa dos problemas de saúde e das doenças que acometiam o País, portanto, a transmissão do conhecimento de especialistas para a população era o foco das ações pedagógicas em saúde, ignorando as condições socioeconômicas que impactavam a qualidade de vida da população na época.

Atualmente, apesar dos avanços obtidos no campo teórico por meio pesquisas no âmbito da saúde, conforme discutimos das unidades 1 e 2, muitas das práticas utilizadas atualmente nas escolas e espaços destinados à educação em saúde, pautam-se no modelo de transmissão de informações sobre saúde e doenças, especialmente, de prevenção a infecções.

Assim, muitos autores vêm discutindo a necessidade de modificar essas práticas para que a educação em saúde se efetive como uma via positiva para a promoção da saúde da população, incorporando em suas ações temas de diversos âmbitos do conhecimento humano.

Para que você possa compreender melhor isso, na unidade 1 do módulo 3 iremos discutir o contexto histórico da educação em saúde no Brasil, além de alguns documentos oficiais que instituem o ensino de saúde nas escolas. Além disso, serão



tratados os fundamentos teóricos que embasam as concepções atuais de educação em saúde, na perspectiva da promoção, para o letramento em saúde da população.

Pergunta norteadora

Para você, qual é o papel da educação em saúde nas escolas e para a sociedade de um modo geral?



Reflita

Conteúdo

Contexto histórico e marco legal da Educação em Saúde no Brasil

No Brasil, as primeiras práticas de educação em saúde que se tem registro, datam da metade do século 19 e eram destinadas às famílias que compunham a elite brasileira. Tinham por objetivo modificar o perfil sanitário e urbanizar os hábitos das antigas famílias coloniais, legitimando, de certo modo, essa classe social por meio de atributos físicos, psíquicos e sexuais, alimentando, indiretamente, ideologias racistas



que reforçaram a exploração das classes populares em nome da superioridade racial e social dessas famílias (SILVA *et al.*, 2019). Conhecidas como educação sanitária, essas primeiras intervenções de educação em saúde pautavam-se no modelo higienista, fortemente influenciado

pelo currículo médico que formava os profissionais naquele momento da história.

As primeiras ações de educação em saúde voltadas para a população ocorreram entre o final do século 19 e início do século 20, em razão das preocupações do estado com a economia, que era afetada pelas epidemias que acometiam as camadas populares e geravam resistência no comércio exterior. Silva *et al.* (2019) destacam que no início do século 20 foi criado no Brasil, baseado no modelo da Polícia

Médica Alemã, a Polícia Sanitária, com a finalidade de assegurar os interesses gerais do País e atuar no controle repressivo dos problemas sanitários. As ações da Polícia Sanitária, em grande parte, tinham por base a imposição de regras e normas sanitárias fundamentadas no discurso higienista, portanto, não levava em conta as relações entre os determinantes sociais e a saúde, que acometia fortemente a população naquele período.

Em grande parte, as ações sanitárias no Brasil foram encabeçadas pelo movimento eugenista, que ditava valores de superioridade racial por meio do branqueamento da raça e a imposição de padrões de comportamentos. Silva *et al.* (2019, p. 4) argumentam que esse movimento passou “a ser contestado por intelectuais da classe média, que se uniram às classes populares na luta por melhores condições de vida”, e o ápice se deu por meio da Revolta da Vacina em 1904, na qual as classes populares se estruturaram a ponto de resistir ao autoritarismo empregado pelo estado.



Fonte: Cortiço na Rua da Abolição, em São Paulo. Aproximadamente década de 1930 (Folha de São Paulo. REIS, Nestor Goulart. *Habitação Popular no Brasil: 1880-1920*. In: *Cadernos de Pesquisa do LAP – Revista de Estudos sobre Urbanismo, Arquitetura e Preservação*. São Paulo: LAP/FAU-USP, 2001, p. 29)

A partir de 1923, com a primeira Reforma Sanitária Brasileira, a educação sanitária deixou de ser âmbito exclusivo de médicos e foi assumida pelas escolas, sob a responsabilidade dos educadores sanitários e professores. Isso resultou, em 1926, na criação do primeiro curso para Educadores Sanitários, ministrado no Instituto de Higiene de São Paulo e organizado pelo Professor Geraldo Horácio de Paula Souza. O objetivo era formar profissionais que seriam responsáveis por levar a consciência

sanitária às crianças, visando à cooperação profilática e regeneração moral, intelectual e física delas, de acordo com SILVA *et al.* (2019).

Os autores ainda pontuam que essa fase durou até 1930, quando ocorreu o golpe de estado no Brasil, implantando a ditadura militar sob o comando de Getúlio Vargas. As ações coletivas em saúde então deixaram de ser prioridade do governo em favor do assistencialismo individual e no campo educativo; quando ocorriam ações, eram voltadas exclusivamente ao combate às doenças infecciosas.



Fonte: Pelotão de saúde em escovação de dentes na Escola Uruguai, 1929.

Acervo do Museu da Imagem e do Som/RJ. Disponível em:

<https://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/artigo-discute-educacao-sanitaria-para-professoras-do-rio-de-janeiro-em-1929-e-1930/>

Após a Segunda Guerra Mundial, as ações da educação sanitária foram reformuladas e passaram a ser denominadas em algumas instituições como educação para a saúde ou educação em saúde pública, cuja atenção voltou-se em favor de remover obstáculos culturais e psicossociais da população ao combate e controle de doenças; modelo que perpetuou até 1970 e foi marcado pelo golpe militar de 1964, cuja política de saúde expressa pelo governo voltou-se para a expansão de serviços de saúde privados, agravando ainda mais as

condições desiguais de vida da população brasileira e, conseqüentemente, da sua saúde (SILVA *et al.*, 2019).



Fonte: MATHIAS, Maiara. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. EPSJV/Fiocruz. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>

A preocupação das ações educativas em saúde desde o final do século 19 até a década de 1970, foi expressa pela centralidade nas doenças e nos indivíduos, vistos como os únicos responsáveis pelas condições da sua saúde. A falta de conhecimento das pessoas era atribuída como a causa dos problemas de saúde e das doenças que acometiam o País. Neste sentido, as ações em saúde eram direcionadas visando transmitir os conhecimentos dos educadores para a população, a fim de modificar principalmente suas condutas.

Em 1971 é sancionada a Lei nº 5.692, de 11 de agosto, que fixava as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, conhecida como a LDB de 1971, e que estabeleceu a obrigatoriedade da inclusão do tema saúde nos currículos por meio dos programas de saúde. Tais programas foram regulamentados posteriormente por meio do parecer 2.246/74, do Conselho Federal de Educação (atual Conselho Nacional de Educação), que compreendia que

[...] Ainda que se possa focalizar a saúde como um estado de equilíbrio ecológico, e possa a educação ser encarada no seu contexto ecológico e ecológico-social, é para o indivíduo e sua ação que ela deve se dirigir prioritariamente. O objeto e os objetivos do ensino da saúde na escola devem centrar-se no indivíduo e na sua formação e é para esses que se dirigem o interesse e a vocação do educador (BRASIL, 1974, p. 64-65).

Para Monteiro e Bizzo (2015), as orientações então formuladas pelo órgão regulamentador privilegiavam demasiadamente o enfoque individual, isto é, colocavam o sujeito como o único foco da educação em saúde, desconsiderando todos os aspectos relacionados à dimensão coletiva, portanto, social, econômica e cultural do processo saúde-doença. Os autores ainda destacam que,

Além disso, é explicitada a compreensão de que os problemas de saúde são diretamente ligados a esses hábitos e comportamentos, e que cabe ao indivíduo a responsabilidade por sua própria saúde. A saúde é, portanto, entendida como uma questão de escolha e de responsabilidade estritamente pessoal (MONTEIRO; BIZZO, 2015, p. 416).

Conforme abordamos nas unidades anteriores, a compreensão sobre a saúde, as práticas terapêuticas e os valores sociais e culturais associados, estão estritamente ligados ao contexto social, cultural e histórico da sociedade. Tal qual ocorre com a educação em saúde.

Na década de 60 e 70, até a efetiva redemocratização em 1988, o Brasil passava por um regime ditatorial, no qual manifestações ou questionamentos sobre as condições de vida da população ou ações do estado, sofriam violenta repressão e cerceamento pelo governo; desse modo, não seria um documento elaborado pelo estado, que iria propor



orientações em direção a um posicionamento crítico nas escolas frente à realidade social e econômica que afetava a vida da população, conseqüentemente, a sua saúde (MONTEIRO; BIZZO, 2015), embora a Organização Mundial da Saúde já havia

reconhecido, anos antes, a saúde como um estado que vai além da ausência de doenças e escolhas pessoais.

Após a reformulação do Sistema Nacional de Educação, com o



estabelecimento da nova LDB em 1996, o tema da saúde na educação adquiriu novos sentidos. Incorporado às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental, o tema saúde deixa de ser encarado como um programa que deveria ser desenvolvido pelas escolas e

passa a ser considerado um componente das disciplinas do currículo escolar, devendo ser desenvolvida por todas as áreas do saber e escolas do País (MONTEIRO; BIZZO, 2015).



Essa visão sobre a saúde veio a ser reforçada posteriormente com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) – Temas Transversais, nos quais a saúde foi definida como um dos blocos temáticos a ser desenvolvido pelas escolas de maneira transversal, isto é, envolvendo todas as disciplinas do currículo, inter-relacionando-as e relacionando, sempre que possível, os temas abordados não apenas aos saberes próprios dos campos disciplinares, mas também com a realidade dos alunos.

As orientações contidas nos PCN, como são conhecidos, não são de caráter obrigatório, mas sim instruções às instituições escolares para o planejamento dos seus currículos e das suas ações

pedagógicas sobre as temáticas definidas pelas diretrizes curriculares. Portanto, ficava sob a responsabilidade de cada escola a organização do trabalho pedagógico com o tema saúde, o que muitas vezes causava disparidade sobre o que era abordado e a forma como era abordado.

Apesar disso, os PCN tornaram-se um marco para a educação em saúde, pois foram os primeiros documentos oficiais de ensino, formulados pelo estado, que apresentaram uma perspectiva de saúde mais alinhada ao conceito ampliado de saúde (discutido



na unidade anterior), considerando a saúde como uma concepção diversa, relacionada aos valores, aos recursos, aos diferentes estilos de vida, assim como expressão de sistemas de cura e políticas públicas em diferentes épocas e formações sociais.

Ao longo do documento é argumentada também a necessidade de trabalhar a educação em saúde nas escolas a partir da perspectiva da promoção da saúde, como formação necessária para o exercício da cidadania, não limitando as ações pedagógicas a uma prática de descrição de doenças e formas de prevenção, que acabam por ser pouco efetivas. Isso pode ser observado no trecho a seguir:

Quando a escola prioriza a dimensão biológica, as aulas sobre saúde têm como temas predominantes as doenças. E apesar de receber informações sobre formas específicas de proteção contra cada doença que “estuda”, o aluno tem dificuldade em aplicá-las às situações concretas de sua vida cotidiana. Da mesma maneira, quando a ênfase recai sobre a doença e a valorização dos comportamentos individuais capazes de evitá-la, abre-se pouco espaço para que se construa com o aluno a convicção de que as condições de vida que favorecem a instalação de doenças também podem ser modificadas. Limitam-se as possibilidades de desenvolver novos esquemas de proteção, pois o “biologismo” – que valoriza a anatomia e a fisiologia para explicar a saúde e a doença – não dá conta dessa tarefa (BRASIL, 1998a, p. 258).

Com isso, o documento reforça e orienta quanto à necessidade de se introduzir nas abordagens pedagógicas da educação em saúde, além das discussões relacionadas à perspectiva biológica que são essenciais para compreensão dos efeitos da relação entre agente causador da doença e ser humano, as discussões que evidenciam a saúde como um bem coletivo e determinando por diversos fatores.

Em 2007, foi instituído o programa Saúde na Escola – PSE, de caráter interministerial, que abrangia ações educativas promovidas pelo Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, com o objetivo de estreitar os laços entre as escolas e as unidades de saúde pública, visando a promoção, a prevenção e atenção da saúde.

Nas diretrizes do programa, previa-se que as estratégias e atividades desenvolvidas nas escolas promotoras de saúde deveriam contemplar temas relacionados à avaliação nutricional, saúde sexual e a prevenção ao uso de drogas, além daqueles que fossem mais pertinentes às realidades da comunidade escolar e local, tendo como ponto de partida os indivíduos e seus conhecimentos prévios.



Fonte: Divulgação/Agência Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/municipios-e-distrito-federal-sao-habilitados-para-receber-incentivos-financeiros-do-programa-saude-na-escola>

Apesar da iniciativa, o Programa Saúde na Escola foi alvo de diversas críticas, uma vez que as atuações nas escolas se pautavam na realização de atividades que supervalorizavam as doenças, de caráter médico-preventivista, no qual procurava-se modificar comportamentos por meio da exposição de conhecimentos científicos e de modelos comportamentais de saúde considerados ideais. Conforme aponta Maria Guazzelli e Isabel Pereira (2019, p. 74), “nessa lógica, acredita-se que uma vez que estejam diante de um conhecimento científico, os atores envolvidos possam – e devam – fazer escolhas conscientes, pautadas pelo domínio da razão”.

Além disso, para as suas ações, o programa necessita de articulações entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios e as escolas, o que nem sempre é possível de realizar em razão da grande demanda da população por atendimento nas UBS e a falta de recursos humanos para suprir essa demanda, fazendo com que as ações de educação em saúde nas escolas não seja a prioridade na agenda dos profissionais dessas unidades (MONTEIRO; BIZZO, 2015).



Atualmente, a educação em saúde é prevista nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais, tanto para o ensino médio, por meio de “atividades intersetoriais, entre outras, de promoção da saúde física e mental, saúde sexual e saúde reprodutiva, e prevenção do uso de drogas” (BRASIL, 2012), quanto para o Ensino Fundamental, no qual os

componentes curriculares e as áreas de conhecimento devem articular em seus conteúdos, [...] a abordagem de temas abrangentes e contemporâneos que afetam a vida humana em escala global, regional e local, bem como na esfera individual [...], como saúde, sexualidade e gênero, vida familiar e social, assim como os direitos das crianças e adolescentes [...] (BRASIL, 2010a, p. 5).

Na Base Nacional Comum Curricular – BNCC, o tema saúde também é previsto para integrar o currículo escolar, por meio de uma abordagem pedagógica intradisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, como é orientado no guia de propostas práticas de implementação dos temas contemporâneos (BRASIL, 2019a). Ao contrário dos PCN, tanto a BNCC quanto o guia prático dos temas contemporâneos apresentam a temática de forma bastante superficial, cabendo aos estados e às escolas a definição das abordagens e os conteúdos a serem trabalhados com os alunos.



Você conhece os Parâmetros Curriculares Nacionais para os temas transversais? Apesar de não ter caráter obrigatório, durante muitos anos, esse conjunto de documentos constituiu-se a única referência oficial do Ministério da Educação direcionada a subsidiar discussões técnicas das instituições de ensino e de seus professores quanto às temáticas ditas transversais, como Ética, Saúde e Pluralidade Cultural. Ao contrário do que se acredita, a atual BNCC não substitui os PCN, uma vez que as finalidades de ambos os documentos são distintas. Desse modo, convidamos você a acessar os parâmetros curriculares e a conhecer melhor a sua proposta. Eles poderão subsidiar suas futuras ações em Educação em Saúde e em temas correlatos, como Educação para a Sexualidade e Meio Ambiente. Acesse: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/12657-parametros-curriculares-nacionais-5o-a-8o-series> ou <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf> ou <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/pcn/orientacao.pdf>

Como vimos até aqui, a relação entre saúde e educação não é algo novo no Brasil. Ao longo dos anos muitas iniciativas foram criadas, contudo, quase todas sempre ocorrem com ênfase na descrição e na prevenção das doenças, buscando, a partir disso, a mudança de hábitos das pessoas e ignorando nas ações pedagógicas os aspectos sociais, culturais e econômicos que determinam a saúde.

Pensando nisso, possivelmente você esteja se questionando: afinal, como deve ocorrer a educação em saúde nas escolas? Esse será o tema do nosso próximo tópico de estudos.

Até lá!



Educação em Saúde na perspectiva da promoção: considerações teóricas | O que é a educação em saúde na perspectiva da promoção?

A educação em saúde na perspectiva da promoção pressupõe um conjunto de estratégias didático-pedagógicas, desenvolvidas, tendo como ponto de partida os indivíduos, seja em meios formais ou informais de ensino, e são a base para a disseminação da informação em saúde e o desenvolvimento de habilidades para o empoderamento individual e coletivo, visando melhorar a qualidade de vida de todos na sociedade.



Pensar em educação em saúde, tendo como objetivo a qualidade de vida, seria algo muito além de ensinar modos de prevenção às doenças e/ou tratamento delas, portanto, mais do que ações de caráter prescritivo e doutrinário para a mudança de hábitos. Pensar em educação em saúde, como uma das formas de promoção da saúde, conforme afirma Renata Cunha e Luciane Pezzato (2019), seria assumi-la como fator de promoção do próprio indivíduo, criando condições para que eles desenvolvam atitudes de reflexão crítica, comprometidas com a ação e transformação social, tendo como base a consciência da sua realidade. Neste sentido, a educação em saúde está relacionada não só com a mudança de hábitos, mas direcionada à formação cidadã.

No Brasil, nos últimos anos, houve uma evolução positiva nos indicadores de saúde. Entretanto, uma grande parte da população ainda sofre com as condições de vida difíceis e muitas vezes desumanas, reflexo da estrutura social do País, que apesar de ter potencial econômico suficiente para que todos tenham uma vida digna,

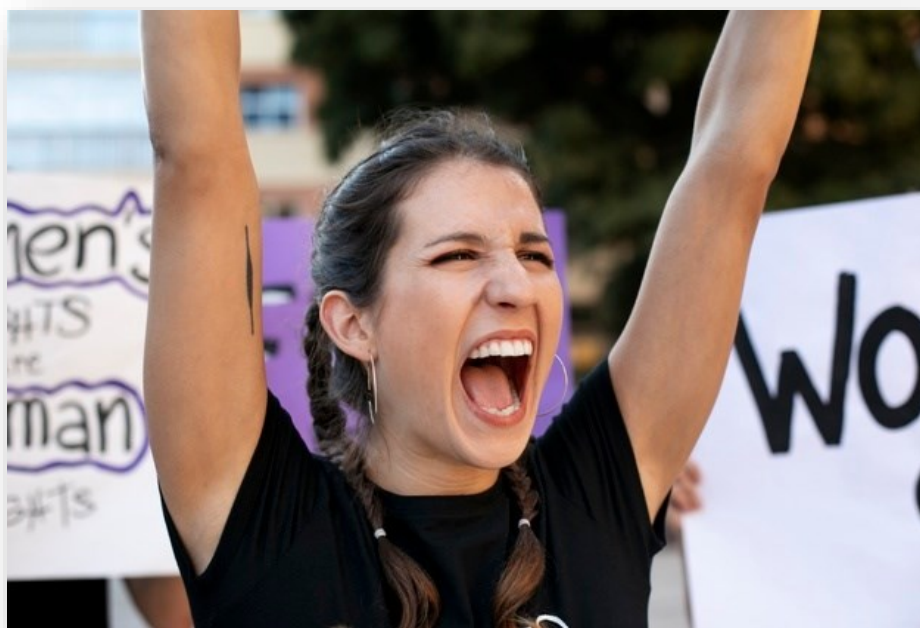
conforme afirmam Bydlowski e Pereira (2019), tem dificuldade para reduzir as desigualdades socioeconômicas que são gritantes entre a população e que se



traduzem em iniquidades em saúde.

O papel da educação em saúde, desse modo, é focalizar no aluno e na sua comunidade, propondo uma formação ampla em saúde, para que ele seja capaz de relacionar, por meio da reflexão crítica e das contribuições das diferentes áreas do saber, os fatores biológicos, sociais e culturais

determinantes das condições de saúde, estimulando o desenvolvimento de habilidades e competências em saúde como forma de empoderamento, para que o estudante sinta-se capaz de participar de ações relacionadas com a sua vida, sua saúde e a saúde de todos como um direito fundamental.



Para Bydlowski e Pereira (2019), isso está diretamente relacionado à formação da população para o exercício da cidadania, para identificar-se com a nação, conhecer seus direitos e participar ativamente na sociedade, buscando a equidade nas condições para promover uma transformação real em oportunidades, atitudes e comportamentos dentro da sociedade.

Para que de fato isto ocorra, as propostas de educação em saúde nas escolas que tenham por base a perspectiva da promoção, devem ter como ponto de partida os alunos, seus conhecimentos prévios, as suas condições sociais, econômicas e culturais, portanto, a sua realidade concreta, como forma de construir sentido sobre as atividades e discussões propostas, pois

Atribuir sentido é uma necessidade imperativa para compreendermos e atuarmos no mundo em que vivemos, extraindo lições das experiências e investindo nos processos de conhecimento que continuamente se fazem necessários para atuarmos apropriadamente e respondermos aos desafios da realidade (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 183).

Além disso, no contexto das práticas educativas em saúde, as ações não devem focalizar somente na apropriação do conhecimento, mas devem ser oportunizados aos alunos momentos para o diálogo e participação ativa, para expressarem suas dúvidas, suas opiniões, seus modos de ser e agir para que, em contato com seus pares, possam “tornar-se cientes das possibilidades de sua reflexão e ação, e para experimentarem novos modos de viver e conviver” (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 183).





Caro(a) estudante! Como você deve ter notado, é fundamental que no planejamento de atividades de educação em saúde, seja levado em consideração os alunos, seus conhecimentos prévios e as suas realidades sociais, culturais e econômicas, para que as atividades propostas possam ter mais possibilidades de contribuir significativamente para a construção de sentido e para o desenvolvimento de habilidades e competências em saúde. Isso porque, ações de educação em saúde que sejam descontextualizadas dos estudantes, possuem grandes chances de não ser encaradas como irrelevantes pelos participantes.

Vejamos um exemplo:

Supomos que você planeje trabalhar com ações de educação em saúde, voltadas à educação alimentar e nutricional em uma escola de uma região carente, na qual, praticamente, quase todos os alunos são provenientes de famílias de classes mais baixas, com poder aquisitivo mais restrito. Focalizar em atividades que relevam a importância da alimentação saudável somente como uma questão de escolha, na qual o estudante deve optar por alimentos *in natura* e evitar os ultraprocessados, há grandes possibilidades de não surtirem o efeito esperado.



Isso porque, possivelmente, a realidade desses estudantes quanto à alimentação, provavelmente é bastante deficiente do ponto de vista nutricional, em razão das condições econômicas familiares, com pouco acesso a hortaliças de um modo geral, visto que em muitos casos os responsáveis acabam por optar pela aquisição de alimentos industrializados, uma vez que, geralmente, esses produtos possuem um preço mais acessível no mercado e uma durabilidade maior.

Como proposta, além de trabalhar os benefícios e a importância de uma alimentação saudável, você pode desenvolver com os alunos a reflexão sobre algumas questões voltadas à organização da comunidade, questões estruturais sociais, políticas públicas e ações comunitárias para proporcionar uma alimentação digna e segura a todos, tais como:



Como as questões econômicas afetam a alimentação da nossa comunidade? Quem são os responsáveis por essas questões e quais os meios de resolvê-las?



Como a cultura da nossa comunidade interfere de modo positivo ou de modo negativo em nossa alimentação?



Qual o papel do poder público local na promoção de uma alimentação saudável para nossa comunidade?



É possível realizarmos algo prático para auxiliar nessa questão? Como criar uma horta escolar que atenda as famílias dos alunos ou ainda articular propostas de projetos junto às prefeituras municipais para a criação de hortas comunitárias e sacolões nos bairros, envolvendo a população local e pequenos agricultores?

Há uma infinidade de questões que podem ser trabalhadas. Uma alternativa é que você estimule os alunos a analisarem criticamente a sua realidade em relação ao tema que está sendo proposto, para que eles, com a sua orientação, formulem essas questões e procurem modos



de respondê-las, oportunizando assim aos discentes momentos de reflexão em que possam exercitar o pensamento crítico, identificar e discutir coletivamente a respeito dos determinantes sociais da saúde e a importância das políticas públicas de moradia, renda e do sistema único de saúde para a qualidade de vida da comunidade.



As professoras Camila e Selma discutem em um bate-papo direcionado aos professores, a relação entre saúde e educação e a necessidade de articulação entre escola, família e assistência social e em saúde no processo de educação permanente em saúde. Através do relato de experiências, as educadoras demonstram como a saúde impacta na aprendizagem do aluno, além de apresentarem alguns conceitos importantes, como integralidade e a diferença entre promoção e prevenção da saúde e como esses conceitos aplicam-se no cotidiano escolar.

Clique no *link* a seguir e assista: <https://youtu.be/CZ30GvI2oLA>

Trabalhar a educação em saúde na escola, na perspectiva da promoção, é trabalhar também em prol do letramento em saúde dos estudantes. Mas você sabe o que quer dizer letramento em saúde? Que tal compartilhar com seus colegas seus conhecimentos a respeito desse assunto?

Nos vemos no próximo tópico de estudos!

Até lá!



Educação em saúde: o que é o letramento em saúde?

A proposta de letramento em saúde, apesar de não existir uma definição exata entre os pesquisadores sobre seu conceito, de modo geral, apresenta como característica o desenvolvimento de habilidades e competências nos indivíduos que vão além de ler e compreender as informações em saúde distribuídas em propagandas e em locais de assistência à saúde; elas compreendem um conjunto de habilidades e competências que permitem às pessoas participarem ativamente na sociedade, atuando em determinantes que podem impactar na saúde (MIALHE *et al.*, 2019).

Fabio Mialhe *et al.* (2019) argumentam que pesquisas realizadas em diferentes países apontam que baixos níveis de letramentos em saúde estão diretamente relacionados com problemas de saúde: o aumento das desigualdades em saúde, dificuldades da população com a utilização de serviços de saúde (seja por vergonha ou por dificuldade em comunicar-se com os profissionais da área), menores índices de prevenção e, ainda, a piores desfechos quando trata-se do autogerenciamento de cuidados com doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão.



Quando falamos em letramento em saúde, devemos ter em mente que a aquisição das habilidades mais básicas da alfabetização, como a leitura, a escrita e a numeração, são requisitos fundamentais para a promoção da saúde; contudo, não são as únicas habilidades necessárias para que uma pessoa possa ser considerada com um nível satisfatório de letramento em saúde.

Uma pessoa com altos níveis de escolaridade não é uma garantia que ela responderá adequadamente às demandas relacionadas à promoção da sua saúde

(MIALHE *et al.*, 2019). Essa perspectiva aplica-se inclusive aos profissionais que atuam na área.

O letramento em saúde, nesse sentido, está relacionado ao indivíduo adquirir múltiplas habilidades, mas também em saber fazer uso dessas habilidades no seu cotidiano: atuar de forma crítica e consciente, de maneira a analisar seus hábitos e os modificar sempre que necessário e através deles influenciar outras pessoas, assim como ter capacidade de posicionar-se e



participar de ações direcionadas aos determinantes sociais, ambientais, culturais e econômicos, que interferem diretamente na sua qualidade de vida e do seu coletivo.

Neste sentido, muitos estudiosos vêm propondo a existência de múltiplos tipos de letramento, em diversas esferas do conhecimento humano e que são fundamentais para melhorar as condições de saúde da população. São áreas como letramento digital, letramento em informação, letramento em redes sociais (MIALHE *et al.*, 2019), letramento matemático, letramento científico (BRASIL, 2018), letramento literário, letramento midiático, dentre outros.

Assim, quando trabalhamos no sentido de ampliar o letramento em saúde dos sujeitos, considerando as múltiplas habilidades necessárias para a sua vida em sociedade, temos que ter em mente que

[...] uma pessoa pode ser considerada letrada dentro de determinado contexto de termos e conteúdo, mas funcionalmente iletrada quando é requerida a compreender conceitos ou termos não familiares, como é o caso daqueles encontrados nos vários contextos da saúde (MIALHE *et al.*, 2019, p. 106).

Em virtude dessa gama de habilidades em diversas áreas, algumas pesquisas propõem a avaliação e a classificação do letramento em saúde em diferentes níveis, sendo:

Tabela 1 – Classificação dos níveis de letramento em saúde

Nível de letramento em saúde e objetivos educacionais	Habilidades
Nível 1: letramento em saúde básico ou funcional (<i>functional health literacy</i>) Objetivo: comunicação da informação	Habilidades básicas de leitura e escrita para entender e seguir mensagens simples em saúde, de modo a tornar eficiente seu desempenho nas situações do dia a dia.
Nível 2: letramento em saúde interativo ou comunicativo (<i>interactive health literacy</i>) Objetivo: desenvolvimento de habilidades pessoais	Habilidades cognitivas e de letramento mais avançadas que, em conjunto com competências sociais, podem ser utilizadas para participar ativamente nas atividades do dia a dia, extrair e selecionar informações de diferentes formas de comunicação e dar-lhes significados, e aplicar novas informações para mudar situações.
Nível 3: letramento em saúde crítico (<i>critical health literacy</i>) Objetivo: empoderamento (<i>empowerment</i>) pessoal e comunitário	Habilidades cognitivas e de letramento ainda mais avançadas e que, em conjunto com habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar as informações em saúde que se recebe de maneira crítica, utilizando-a para exercer mais controle sobre os eventos que ocorrem nas diversas situações da vida.

Fonte: Adaptado pelos autores de Mialhe *et al.* (2019)

Como pode ser observado na tabela anterior, quanto maior o nível de letramento em saúde:



1. maior será a autonomia do sujeito em relação à compreensão, análise crítica e ao uso das informações sobre saúde para mudança de comportamentos e práticas individuais, para promoção, prevenção e reabilitação da saúde, assim como para influenciar seus pares à adoção de comportamentos mais saudáveis por meio da comunicação inclusiva ou de programas e processos inovadores

baseados na comunidade;

2. melhor será a interação do sujeito com os serviços de saúde e com os profissionais da área, contribuindo para promoção da sua saúde e evitando piores desfechos em processos de reabilitação da saúde ou de prevenção a riscos;





3. maior será a capacidade do sujeito de identificar suas necessidades em saúde e da sua coletividade, engajando-se em ações sociais com impacto positivo na saúde;

4. maior será a autoconfiança e o desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação para participação em fóruns, conselhos, dentre outros espaços de discussões voltados às melhorias de políticas públicas de promoção da equidade e a justiça social, tal qual o exercício consciente do voto para a escolha de representantes.



Conforme afirma Mialhe *et al.* (2019), o letramento em saúde, hoje, não é e nem deve ser considerado apenas como mais uma, entre tantas competências particulares das pessoas, mas sim, como um dos fatores que são determinantes da saúde e que impactam, portanto, na qualidade de vida de todos na sociedade.

O fortalecimento da “cidadania ativa para a saúde”, por meio do compromisso dos cidadãos com a promoção da saúde e esforços, envolve os indivíduos para que: compreendam seus direitos como pacientes e fortaleçam suas habilidades de “navegar” por meio dos sistemas de saúde; ajam como consumidores informados sobre a saúde, os riscos sobre os produtos, serviços, as opções dos prestadores de cuidados de saúde; ajam individualmente ou coletivamente para melhorar a saúde por meio do voto, da advocacia e da associação com movimentos sociais (MIALHE *et al.*, 2019, p. 112).

A educação em saúde, que preza pelo letramento em saúde dos seus alunos e pela promoção da saúde é, antes de tudo, uma ação pedagógica que envolve diferentes atores e saberes em prol do empoderamento individual e coletivo por uma formação cidadã.



A Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF possui um canal na plataforma do YouTube dedicado ao tema do Letramento em Saúde. No vídeo “O que é Letramento em Saúde?” discute-se, por meio de animação, o conceito de letramento em saúde, qual a importância dele para as pessoas, assim como técnicas simples para identificar pessoas com baixo letramento em saúde. Para acessar o conteúdo, clique no link a seguir: https://youtu.be/G_MXpC2vKT4



Solução da pergunta norteadora

A educação em saúde, na perspectiva da promoção, pressupõe um conjunto de estratégias didático-pedagógicas, voltadas a disseminar o conhecimento em saúde e o desenvolvimento de habilidades e competências nos alunos, necessárias para promoção da sua saúde individual e coletiva.

O papel da educação em saúde na escola deve ir além da transmissão de conhecimentos sobre prevenção de doenças, tratamento e cura, mas de promover a cidadania, oportunizando aos estudantes o contato com conhecimentos científicos sobre saúde e doença de diversas áreas do saber, como a antropologia, a sociologia, a história, a epidemiologia e as ciências biológicas e da saúde, proporcionando condições favoráveis para o desenvolvimento do seu nível de letramento em saúde.

Educar para a saúde, portanto, é potencializar nas escolas atitudes de reflexão sobre a realidade local, regional e nacional, de modo que o estudante possa compreender e relacionar os diferentes fatores – biológicos, sociais, políticos e culturais – como determinantes das suas condições de saúde e dos seus pares, assim como se sentir confiante para agir individualmente ou coletivamente pela melhoria da qualidade de vida de todos, por meio do exercício consciente da cidadania e do fortalecimento de redes de apoio comunitário.

Indicação de Leitura COMPLEMENTAR



MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; BIZZO, Nelio. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 411- 427, abr./jun. 2015. Neste artigo, Paulo Monteiro e Nelio Bizzo analisam a história da educação em saúde nas escolas a partir de documentos oficiais que regiam a educação brasileira, apresentando pontos positivos e negativos nas várias abordagens utilizadas no período de 1971 a 2011. Além disso, os autores apontam alguns direcionamentos que são desejáveis para o desenvolvimento da educação em saúde nas escolas. Acesse: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014005000028>.



Conclusão

Parabéns, você chegou ao final da unidade 1 do módulo 2 do curso. Nesta unidade você aprendeu que:

1. As primeiras ações de educação em saúde no Brasil ocorreram por meio do que se chamava de educação sanitária, cujas intervenções pautavam-se no modelo eugenista. Primeiramente, a educação sanitária teve por objetivo a elite brasileira, com objetivo de mudar os hábitos antigos das famílias colônias. Posteriormente, a educação sanitária foi dirigida às classes populares, visando controlar epidemias que prejudicavam as relações comerciais exteriores do País. Em ambos os casos, não se levava em conta as relações entre determinantes sociais e saúde.
2. De 1964 a 1970, período em que o Brasil passou pelo regime militar, a política de saúde expressa pelo governo reduziu as ações de saúde públicas voltadas à população, incluindo aquelas educativas, e quando elas ocorriam, a ausência de conhecimento das pessoas era atribuída como a causa dos problemas de saúde e das doenças. Neste sentido, as ações em saúde eram direcionadas para transmissão de conhecimentos dos educadores para a população, a fim de modificar, principalmente, suas condutas.
3. Com o advento da LDB de 1996, o tema saúde passa a ser considerado um componente das disciplinas do currículo escolar, devendo ser desenvolvido por todas as escolas do País, visão reforçada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) – Temas Transversais em 1997.
4. Em 2007, foi instituído o Programa Saúde na Escola – PSE, de caráter interministerial, que abrangia ações educativas promovidas pelo Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, com o objetivo de

estreitar os laços entre as escolas e as unidades de saúde pública, visando a promoção, a prevenção e atenção da saúde.

5. Atualmente, o tema saúde também é previsto na Base Nacional Comum Curricular – BNCC, como um dos temas currículo escolar, com abordagem pedagógica intradisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.
6. A educação em saúde na perspectiva da promoção, pressupõe um conjunto de estratégias didático-pedagógicas desenvolvidas, tendo como ponto de partida os indivíduos, para a disseminação da informação em saúde e o desenvolvimento de habilidades para o empoderamento individual e coletivo, visando melhorar a qualidade de vida de todos na sociedade.
7. Pensar em educação em saúde, tendo como objetivo a qualidade de vida, seria algo muito além de ensinar modos de prevenção às doenças e/ou tratamento delas. É assumi-la como fator de promoção do próprio indivíduo, criando condições para que eles desenvolvam atitudes de reflexão crítica, comprometidas com a ação e transformação social, tendo como base a consciência da sua realidade. Neste sentido, a educação em saúde está relacionada não só com a mudança de hábitos, mas direcionada à formação cidadã e ao letramento em saúde da população.
8. O letramento em saúde pode ser definido como as habilidades e competências que os indivíduos necessitam para ler e compreender as informações em saúde distribuídas em propagandas e em locais de assistência à saúde, assim como fazer uso dessas informações no seu cotidiano, além de participar ativamente na sociedade, atuando em determinantes que podem impactar na sua saúde e da coletividade.

Parabéns, você concluiu a unidade 1 do módulo 2. Nos vemos no próximo tópico de estudos!

Até lá!



Unidade 2 - Considerações metodológicas e temas em Educação em saúde

Situação inicial

A união entre educação e saúde como forma de promoção da saúde, portanto, da qualidade de vida da população, deve, antes de tudo, superar a visão conteudista, na qual somente o contato dos estudantes com pressupostos teóricos sobre prevenção e tratamento de doenças já é suficiente para mobilizar e oportunizar o desenvolvimento de habilidades sobre saúde.

É necessário, assim, mais do que apresentar as informações, fazer com que elas sejam úteis e façam sentido para educandos, demonstrando que muitas das doenças que acometem as sociedades, muitas vezes, possuem como fatores determinantes iniciais, questões sociais, econômicas e culturais, que em grande parte são evitáveis e injustas.

Para tanto, é preciso ter como ponto de partida nosso público-alvo, ou seja, nossos alunos, com as suas dúvidas, necessidades em saúde e sua realidade social, econômica e cultural concreta, de forma que eles possam construir sentidos sobre as informações em saúde mais facilmente. Além disso, é



importante que os espaços destinados à discussão sejam abertos e inclusivos, oportunizando a troca de experiência e diálogo entre os estudantes, para que eles aprendam com o outro, assim como reflitam coletivamente sobre iniquidades em saúde que afligem a população, tal qual sobre seus próprios valores e pensamentos sobre saúde e doença.

Essa é uma questão desafiadora, que requer planejamento e fundamentação teórica e metodológica consistente, capaz

de orientar as ações pedagógicas. Em razão disso, é comum muitos docentes optarem



por não tratar dessa temática na escola, ou quando trabalham, preferem permanecer no modelo expositivo, priorizando a prevenção e o tratamento das doenças perante a promoção e letramento em saúde dos alunos.

Pensando nisso, nesta unidade do curso, discutiremos um pouco sobre as orientações teórico-metodológicas para a educação em saúde, assim como a possibilidade e a importância de trabalhar determinados temas de saúde na escola. Ao término da unidade, você poderá acessar alguns materiais gratuitos disponíveis na *web*, que poderão fundamentar suas futuras ações em educação em saúde.

Bons estudos!

Pergunta norteadora

Para você, considerando a sua realidade, quais são as possibilidades temáticas e as necessidades metodológicas para trabalhar com educação em saúde nas escolas ou em outros espaços educativos?



Reflita

Conteúdo

Considerações teóricas e metodológicas para Educação em Saúde

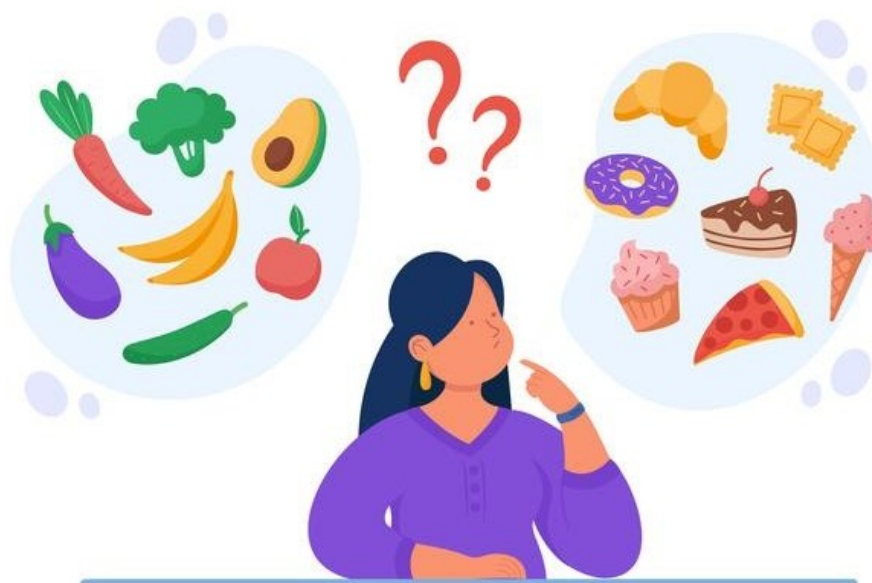
Antes de iniciarmos nossa discussão sobre estratégias metodológicas e possibilidades de temas para ações de educação em saúde, é necessário discutirmos, em razão do que abordamos até aqui, o tipo de educação em saúde que foi praticado no decorrer dos anos e qual o tipo de educação em saúde que precisamos levar para as escolas ou outros espaços educativos.

Como vimos, a educação em saúde com base na transmissão de conhecimentos científicos sobre doenças e condutas consideradas perigosas à saúde,

por muito tempo foi o método majoritário pelo qual articulavam-se a maioria das ações voltadas ao ensino da temática nos diferentes ambientes de ensino, formais ou informais.

Mesmo com os avanços nas discussões teóricas relacionadas à saúde e metodológicas de ensino, que buscam não só ampliar a compreensão do fenômeno da saúde e da doença, como ocorre no âmbito das ciências sociais, mas também de apresentar encaminhamentos metodológicos que coloquem o sujeito em um papel mais ativo no processo de elaboração do conhecimento e da construção da aprendizagem, como fazem as ciências humanas, ainda hoje, a transmissão de conhecimentos sobre doenças é uma forma de ensino bastante utilizada, seja por professores ou por profissionais da área da saúde que buscam trabalhar com essa temática.

Alguns pesquisadores consideram que isso está relacionado às perspectivas mais conservadoras da promoção da saúde, nas quais prevalecem as abordagens de caráter preventivo, prescrevendo aos alunos os comportamentos em saúde considerados ideais. Acredita-se que a simples exposição de informações, nessa lógica, é suficiente para que os atores envolvidos possam fazer escolhas conscientes em saúde e pautadas pela razão (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019).





Se quisermos nos afastar dessa postura, é necessário refletirmos: quais são os nossos objetivos quanto à ação educativa em saúde? Em outras palavras, o lugar que estamos e onde queremos chegar? Quais os sentidos que queremos construir ao final das atividades?

Isso requer, portanto, antes de pensarmos os métodos, os recursos ou instrumentos de ensino e até mesmo o conteúdo que queremos abordar, conhecer quais são os atores que serão envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, quais os seus conhecimentos sobre a temática, suas necessidades e características sociais, econômicas e culturais.

Para Maria Guazzelli e Isabel Pereira (2019), comumente, priorizamos as estratégias metodológicas, que acabam por tomar o papel de protagonistas nos processos de ensino, negligenciando as reais necessidades e as características dos sujeitos envolvidos. Para as autoras, quando planejamos uma ação educativa em saúde, é importante termos em mente que não existem receitas prontas para eleger uma forma ou outra de trabalhar.

Elas serão escolhidas a partir do panorama em que estamos inseridos. E elas devem contemplar possibilidades de adaptação e adequação, em um diálogo constante entre os sujeitos, as necessidades e os fatos novos e relevantes que os encontros interpessoais, potencialmente, trazem (GUAZZELLI, PEREIRA, 2019, p. 71).

Renata Cunha e Luciane Pezzato (2019) argumentam que a produção de sentido por parte dos atores envolvidos na ação educativa em saúde, não se constrói de uma só vez e não é definitiva, sendo necessário mediar essa produção, reforçá-la. Para isso, as autoras afirmam que é necessário que o professor leve em consideração a situação, a identidade cultural e as possibilidades dos sujeitos.

Nesse sentido, levar em consideração o contexto social e cultural em que os alunos e a escola estão inseridos, os conhecimentos prévios dos alunos a respeito da saúde e as diversas temáticas relacionadas às necessidades deles e as possibilidades que esses contextos permitem, são fundamentais para elaborar ações didático-pedagógicas coerentes e que facilitem e estimulem a produção de sentido pelos atores envolvidos.

É necessário, portanto, pensarmos que “quaisquer práticas educativas formais são ações intencionalizadas, pressupondo consciência dos fins e objetivos, e coerência entre os encaminhamentos propostos, o contexto de produção e essas finalidades” (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 184).

Tendo isso em mente, nossos planejamentos e projetos de educação em



saúde devem ter por fundamento perspectivas de ensino, abordagens e métodos de

ensino que levem em consideração o sujeito enquanto o aspecto central do processo de ensino-aprendizagem e o coloque não só na posição de quem deve ser instruído, educado, mas também de responsável pelo processo de produção e elaboração do conhecimento, alguém capaz de modificar sua realidade.



Renata Cunha e Luciane Pezzato (2019) argumentam que o ideal é aproximarmos de visões de educação que tenham como horizonte a construção da autonomia do sujeito, que levem em consideração suas particularidades, seus saberes e a relação do sujeito com o mundo e com seus pares. As autoras sugerem que as abordagens cognitivista, humanista e sociocultural são as mais compatíveis com o trabalho em educação em saúde, pois concordam que a “função da escola é oferecer condições para o crescimento dos educandos, prestigiando as particularidades das fases de desenvolvimento, a cultura e os conhecimentos dos educandos, e os princípios democráticos” (CUNHA; PEZZATO, 2019, p. 187).

Considerando isso, é importante que você, ao propor projetos e ações educativas em saúde:



1. Defina objetivos claros de aprendizagem, baseados na realidade, nos anseios, angústias e nas necessidades formativas dos alunos;



2. Procure conhecer a diversidade dos sujeitos para qual será dirigida a ação. Mesmo dentro de grupos sociais, nos quais os indivíduos compartilham de alguns princípios, regras e valores, a vivência deles não necessariamente será a mesma para todos (GUAZZELLI, PEREIRA, 2019). Portanto, proponha projetos comuns, mas que sejam flexíveis e ajustáveis, que atendam a todos, mas também a subjetividade de cada um (CUNHA; PEZZATO, 2019);



3. Pense em atividades que podem ser readequadas ao longo do processo de ensino, concedendo espaço de diálogo para que os alunos sugiram novos temas e atividades, ou adaptações àquilo anteriormente planejado;



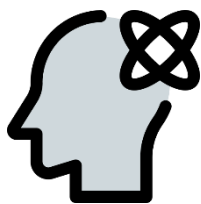
4. Desenvolva atividades que estimulem os estudantes a aplicar o conhecimento trabalhado a outros contextos, além daqueles apresentados;



5. Utilize diversas abordagens metodológicas e recursos. Dentro de um programa de ensino, cada conteúdo pode requerer formas e instrumentos diferentes de trabalho (CUNHA; PEZZATO, 2019);



6. Prefira atividades nas quais o aluno assuma um papel mais ativo, requerendo dele a tomada de decisão, planejamento, cooperação e reflexão sobre suas ações; considere propor atividades ancoradas em abordagens como o Ensino por Investigação e os Três Momentos Pedagógicos (3MP) ou que utilizem de metodologias ativas de aprendizagem, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), Método Freiriano, Sequência de Ensino Investigativa (SEI) e a Metodologia do Arco de Maguerez;



7. Procure desenvolver atividades nas quais os alunos possam relacionar o conhecimento científico sobre saúde, provenientes de diversas áreas do saber, com a sua realidade em saúde;



8. Estimule a cooperação, o diálogo, o debate e a atividade entre pares. Conforme aponta Guazzelli e Pereira (2019), o encontro de diferentes sujeitos nas ações de educação em saúde proporciona um momento único para que os sujeitos repensem suas crenças e valores por meio da interação com outro, do contato com concepções e valores que podem ser diferentes dos seus; mas atente-se, o diálogo e os debates devem ser saudáveis. Atitudes violentas e agressivas, em especial aquelas que ferem os direitos humanos, devem ser enfrentadas;



9. Utilize técnicas de integração e que motivem os estudantes à participação nas atividades. Palestras impessoais, que visem reiterar estilos de vida proibidos, pautados no individualismo e em discursos que colocam o sujeito como o único responsável pela sua saúde pouco ou em nada contribuem para um programa que vise a promoção da saúde (GUAZZELLI, PEREIRA, 2019).

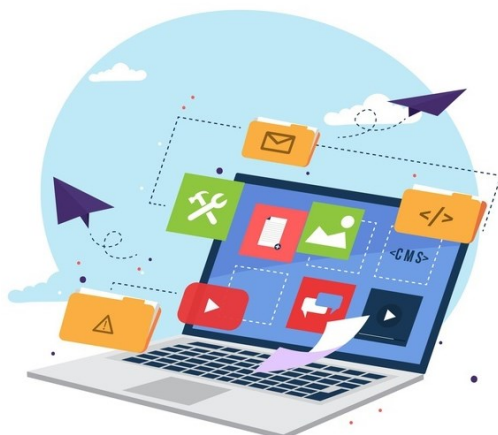
Como nota-se, o papel do professor nas atividades de educação em saúde não se restringe apenas em selecionar e apresentar o conteúdo científico para o aluno. O professor que se propõe a educar em saúde, mais do que instruir, deve assumir o papel de coordenador do processo de ensino-aprendizagem. Ele se propõe a conhecer as angústias, os anseios e, sobretudo, as necessidades formativas do seu público-alvo, para que, a partir disso, possa selecionar conteúdos, métodos e recursos de ensino, assim como planejar atividades que sejam coerentes com as expectativas e com as necessidades dos estudantes. Portanto,

O profissional que se propõe a trabalhar em educação em saúde sob a égide da promoção, deve pensar em uma mediação: seu papel é o de facilitador, incentivador e motivador do processo. Cabe-lhe garantir que os temas eleitos e as questões levantadas sejam discutidos, relacionados, organizados e manipulados até que façam parte da rede de significados e se constituam de modo a permitir ações (GUAZZELLI; PEREIRA, 2019, p. 79).

A abordagem de conteúdo pode ser explorada por meio de diferentes recursos, métodos e instrumentos: oficinas (*workshops*); seminários em grupos; debates sobre

reportagens, textos acadêmicos ou materiais audiovisuais, como vídeos da *web*, filmes, *podcast*, músicas; discussões a partir de situações vivenciadas pelos estudantes ou de problemas relacionados à realidade local deles; dinâmicas em grupos; jogos; dramatizações e resoluções de problemas. Em alguns momentos, você também poderá fazer o uso da exposição de conteúdo, mas tente envolver os participantes o máximo possível, para que a exposição ganhe mais caráter de diálogo do que monólogo.

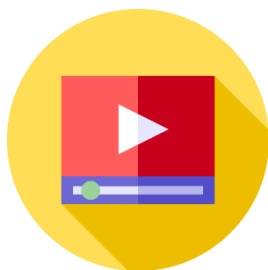
É interessante que você, sempre que possível, envolva outros profissionais nas atividades educativas: profissionais das unidades básicas de saúde, como enfermeiros, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. É preferível, também, que você faça articulações com outros professores de outras disciplinas, visando um trabalho interdisciplinar em saúde. Do mesmo modo, outros profissionais da comunidade escolar também podem contribuir com as atividades de educação em saúde, como as cozinheiras e auxiliares de limpeza, que podem colaborar, por exemplo, em atividades voltadas à educação alimentar e nutricional. São inúmeras as possibilidades!



O uso de recursos tecnológicos em atividades de educação em saúde é sempre bem-vindo. Algumas plataformas *on-line* ou *softwares* oferecem suporte gratuito para professores e alunos. Você tanto pode levar o material pronto para aplicação, como, quando for viável, propor que os estudantes façam a construção dele.

Abaixo seguem algumas indicações:

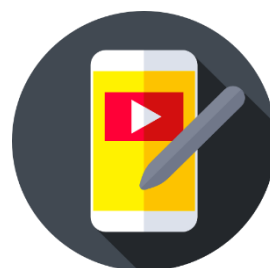
Para criar vídeos, em formato de *storytelling*, animações ou fazer edição de vídeos:



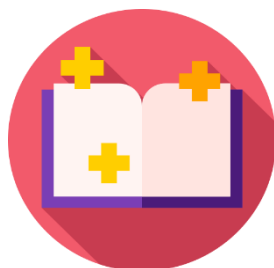
- Indicado para animações, *storytelling*:
 - **Powtoon**: <https://www.powtoon.com/>
 - **Animaker 2.0**: <https://www.animaker.co/>
 - **Rawshorts**: <https://www.rawshorts.com/>
- Indicado para edição de vídeos:
 - **Shotcut**: <https://shotcut.org/>
 - **OpenShot**: <https://www.openshot.org/pt/>
 - **FxHome**: <https://fxhome.com/>

Para desenvolver aplicativos para celular IOS e Android:

- **Fábrica de Aplicativos (FabApp)**: <https://fabricadeaplicativos.com.br/>



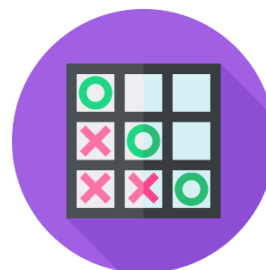
Desenvolver *e-books*, folhetos, cartazes:



- **Book Creator** (*e-books* interativos): <https://bookcreator.com/>
- **Canva** (*e-books*, panfletos, cartazes...): https://www.canva.com/pt_br/

Jogos (*Quizzes*, Jogo da forca, Caça-palavras etc.):

- **Kahoot** (permite emitir relatórios para acompanhar a participação dos alunos): <https://kahoot.com/>
- **Educaplay**: <https://es.educaplay.com/>
- **Efuturo** (Além de criar, também permite acesso a jogos prontos gratuitamente, criados por outros usuários): <https://www.efuturo.com.br/>





Plataforma de ensino (Ambiente Virtual de Aprendizagem):

- **Canvas Instructure:**
https://canvas.instructure.com/register_from_website

Mapas conceituais:

- **Miro** (em inglês): <https://miro.com/>
- **Coggle** (em português):
<https://coggle.it/folder/shared>



Agora que você conheceu mais sobre os fundamentos teóricos e metodológicos da educação em saúde, e alguns recursos e métodos que podem te auxiliar nos planejamentos de programas e atividades, na próxima seção serão abordadas algumas possibilidades de temas de educação em saúde.



A saúde, como vimos até aqui, envolve uma gama de fatores determinantes, individuais e coletivos: fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos, políticos, econômicos etc.; envolve sentimentos, desejos e aspirações. Envolve cuidados, fortalecimento comunitário e empoderamento dos indivíduos. Está diretamente atrelada à estrutura social, cultural e econômica das sociedades. Neste sentido, pensar em educação em saúde é pensar em uma série de possibilidades temáticas, em razão dessa complexidade que é o fenômeno saúde e o processo saúde-doença.

Em razão disto, abordaremos a seguir algumas possibilidades de temas que você pode trabalhar em suas ações de educação em saúde, tanto para espaços

informais quanto formais de ensino. Também apresentaremos alguns materiais que podem servir de suporte para o planejamento de atividades.

Até lá!



Temas em Educação em Saúde

O conjunto de temáticas que serão apresentadas a seguir foram agrupadas em blocos de conteúdo, levando em consideração a similaridade entre as temáticas. Em alguns casos, poderá ocorrer interseccionalidade entre esses blocos temáticos, como em Drogas (Substâncias psicoativas) e Educação para as Sexualidades, por meio da temática “Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Violências Sexuais e a Relação com as Drogas”.

Portanto, em seu planejamento e na execução das atividades de educação em saúde, é ideal que você considere realizar conexões entre as temáticas, de forma que fique clara ao estudante a relação de interdependência entre os múltiplos temas de estudos. Isso favorece uma melhor produção de sentido pelo aluno, assim como contribuirá para contextualizar a saúde como interligada aos diversos fatores da vida.

Bloco 1: Relações Sociais, Identidade e Cuidado

Esse bloco de temáticas tem por finalidade a discussão de temas relacionados ao conhecimento pessoal e de aspectos gerais que influenciam a saúde dos sujeitos, como forma de promoção do autocuidado e do respeito mútuo. Neste sentido, é de fundamental importância a discussão de temáticas relacionadas ao funcionamento do corpo humano, autoestima e autoconfiança, a importância e a influência dos vínculos sociais e afetivos em nossa vida, a construção da identidade, as subjetividades e a diversidade humana, além do envolvimento dos alunos com temas diretamente ligados aos direitos humanos, tão essencial à saúde individual e coletiva.



No contexto atual da sociedade, no qual as relações sociais são cada vez mais intermediadas pelas Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs), as discussões sobre o impacto das mídias sociais na saúde são imprescindíveis nos



espaços voltados à educação em saúde. O acesso aos saberes produzidos pela humanidade ao longo da história, facilitado pelas novas tecnologias e a interação proporcionada entre diferentes sujeitos, sem dúvida, contribuem para a democratização do conhecimento e para a formação integral dos indivíduos.

Entretanto, isso nem sempre resulta em efeitos positivos para saúde e para a vida coletiva. A regulamentação sobre as informações que são transmitidas, especialmente em redes sociais digitais, como *Facebook*, *Twitter*, *Instagram* e *YouTube*, ainda é bastante falha, o que facilita uma exposição maior e mais constante das pessoas a informações falsas ou de fontes pouco confiáveis ou ainda a opiniões equivocadas sobre temas relevantes à saúde.

Além disso, assim como ocorre nos meios físicos de interação humana, as redes sociais digitais compartilham sobretudo aspectos culturais, muitas vezes negativos, que de certo modo acabam por influenciar o modo de pensar, aspirações, autopercepção e as atitudes das pessoas em sociedade.



Neste sentido, é de suma importância proporcionar aos escolares momentos em que eles possam refletir sobre a influência que o ambiente digital pode ter sobre nossas vidas. O desenvolvimento de habilidades para o uso responsável e crítico de ambientes virtuais e midiáticos trata-se, portanto, de habilidades e competências necessárias para o letramento em saúde das pessoas.

Alguns temas que podem ser discutidos são: a) Aspirações e projetos de vida; b) Direitos humanos e a saúde; c) Respeito mútuo e a diversidade sociocultural; d)

Morfofisiologia do corpo humano; e) Hábitos de Higiene; f) Autoestima e autoconfiança; g) A importância e a influência dos vínculos socioafetivos na saúde; h) A construção da identidade, as subjetividades e a diversidade humana; i) Discriminação, preconceitos e o impacto na saúde dos indivíduos; j) Padrões estéticos e a relação com a saúde; k) Riscos à saúde; l) Prática de Exercícios Físicos, benefícios e riscos; m) Prevenção a Doenças Crônico-degenerativas; n) *Bullying* e *cyberbullying*; o) Saúde mental; p) Redes Sociais, padrões sociais e estilos de vida; q) Discursos de ódio em redes sociais; r) Disseminação de informações falsas (*Fake News*) e os riscos à saúde.



A seguir, serão disponibilizados alguns hiperlinks que direcionam você para alguns materiais que podem te auxiliar no planejamento didático-pedagógico e na execução de atividades voltadas a esse bloco temático.

Ensino antirracista na Educação Básica: da formação de professores às práticas escolares

A coletânea de textos *Ensino antirracista na Educação Básica: da formação de professores às práticas escolares*, organizada pelo Prof. Dr. Thiago Henrique Mota, em parceria com outros pesquisadores, tem por objetivo oferecer metodologias de trabalho para uma educação antirracista, contemplando diversos níveis de ensino, desde a formação de professores até as práticas escolas no ensino fundamental e médio. Para acessar o *e-book* acesse o link a seguir: <https://www.editorafi.com/182antirracismo>

Programa EducaMídia

Desenvolvido pelo Instituto Palavra Aberta, o programa EducaMídia disponibiliza diversos materiais, como planos de aulas e materiais didáticos, para auxiliar professores a trabalhar com a educação midiática nas escolas. Para saber mais, acesse o *link* a seguir: <https://educamidia.org.br/educacao-midiatica>

Website Instituto Claro

O Instituto Claro é responsável pelas ações de impacto social da Claro, por meio de investimento em projetos de educação e cidadania. Em sua página *web*, o instituto disponibiliza diversos textos, materiais e diálogos entre pesquisadores e educadores como forma de subsidiar professores para ações com temas atuais nas escolas, como *bullying*, cidadania, racismo, saúde mental de adolescentes, dentre outros. Para acessar a página do instituto clique no link a seguir: <https://www.institutoclaro.org.br/>

Website Portal do Professor

O Portal do Professor é um espaço criado pelo Ministério da Educação (MEC) e tem por objetivo disponibilizar aos docentes sugestões de planos de aulas, mídias de apoio, cursos, notícias e iniciativas do MEC, além da interação entre professores de diferentes regiões para troca de informação e experiências educativas. São disponibilizados materiais e planos de aulas sobre diversos assuntos, como Direitos Humanos, Higiene para Jovens e Crianças e Bullying. Para acessar o portal no *link* abaixo:

Portal do professor: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/index.html>

Outras Fontes Bibliográficas

- Revista Científica: Media & Jornalismo

O artigo *Fake News nas redes sociais on-line: propagação e reações à desinformação em busca de cliques*, de Caroline Delmazo e Jonas Valente, publicado na revista científica Media & Jornalismo (Lisboa, v. 18, n. 32, p. 155-169, abr. 2018), discute as características do mundo *on-line* que facilitam a disseminação de informações falsas, além de mapear algumas das principais reações ao problema das notícias falsas. Para acessar o artigo clique no link a seguir: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-54622018000100012&lng=pt&nrm=iso

- Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor PDE: produções didático-pedagógicas 2013.

Elaborado pela professora Rosiângela Luchese de Seabra Santos, para o Programa de Desenvolvimento Educacional (PDE) da Secretaria de Estado da Educação do Paraná, o projeto intitulado *Desenvolvendo Relações Intra e*

Interpessoais Através de Dinâmicas de Grupo, é um conjunto de atividades e dinâmicas de grupo organizado para subsidiar professores da educação básica a trabalhar com temas relacionados ao autoconhecimento, acolhida do outro, avaliação da vida, dentre outros, assim como aprofundar as relações interpessoais entre os alunos. Para acessar a proposta clique no link a seguir: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2013/2013_utfpr_edfis_pdp_rosiangela_luchese.pdf

Bloco 2: Saúde Coletiva e Pública

A Saúde Coletiva é um campo multidisciplinar, composto pelas Ciências Humanas e Sociais, pela Epidemiologia e pela Política e Planejamento. Como abordado na primeira unidade do curso, ela surgiu no contexto de reforma da saúde pública brasileira, em um período que o País passava pela redemocratização, no qual os saberes dessas três áreas disciplinares foram acionados para avançar no conhecimento da dimensão sociocultural da saúde e para organizar e ampliar o Sistema Único de Saúde a toda população. Conforme define Maria Loyola (2012, p. 10),

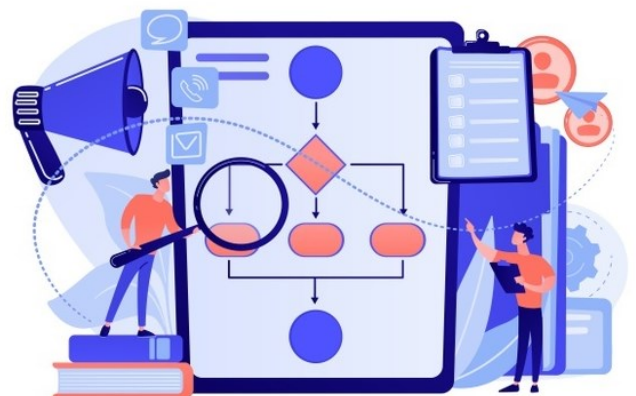
O próprio termo “saúde coletiva” evoca não apenas o estudo da saúde de uma coletividade, como a contribuição da coletividade em si mesma, enquanto sistema social, para o entendimento do que é saúde, como estado e como objeto de estudo.

Neste sentido, a Saúde Coletiva busca compreender, a partir dos sujeitos, as concepções sobre saúde e doença e como elas se articulam em práticas terapêuticas, sistemas de saúde, símbolos e experiências de adoecimento, permeadas pelas influências sociais, econômicas e culturais.



No campo da Saúde Coletiva, desenvolve-se estudos com objetivo de contribuir com insumos teóricos e metodológicos para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da saúde pública, abrangendo temáticas relacionadas aos determinantes sociais da saúde, à avaliação de instituições e políticas públicas de saúde, aos diferentes sistemas de saúde utilizados pela população (religiosos, públicos, alternativos...), às representações das pessoas sobre a saúde e a doença, às práticas terapêuticas, à história das doenças e das epidemias, aos fatores que intervêm na difusão e propagação de doenças, à formação de profissionais em saúde, saúde do trabalhador, dentre outros temas emergentes no campo saúde. No Brasil, destacam-se nessa área as disciplinas de epidemiologia, antropologia e sociologia.

A Saúde Pública, ao contrário da Saúde Coletiva, é um campo disciplinar de atuação principalmente do estado, que visa garantir o bem-estar da população por meio da execução de um conjunto de medidas para combater e prevenir epidemias, doenças e para a reabilitação da saúde de adoecidos. A Saúde Pública utiliza em suas ações os conhecimentos produzidos por diversos campos disciplinares, como a Saúde Coletiva e a Medicina Preventiva, e seu foco está principalmente voltado para a formulação, planejamento, melhoria e execução das políticas públicas de saúde.



No contexto da educação em saúde, debater nos espaços educativos temáticas ligadas a essas duas áreas multidisciplinares é oportunizar aos estudantes momentos de reflexão sobre a complexidade que envolve a saúde e a doença, compreendendo que apesar da manifestação ocorrer no plano individual, são fenômenos influenciados e significados no contexto social, histórico e cultural. É o momento oportuno também para que estudantes reflitam sobre como ações individuais impactam na saúde da coletividade, portanto, na necessidade e importância da responsabilidade e da coesão social.



Da mesma forma, os debates críticos a respeito das políticas públicas com impacto na saúde e sobre rede de assistencialismo, proporciona aos educandos momentos para refletir a importância do exercício da cidadania, do voto consciente e responsável, das responsabilidades do estado e da relevância do SUS para a promoção da saúde da população, especialmente dos grupos socialmente mais vulneráveis.

Algumas temáticas que podem ser exploradas são: a) Políticas Públicas Sociais e de Saúde; b) Organização dos Serviços de Saúde c) Equidade, integralidade e universalidade no SUS; d) Programas e Estratégias Especiais em Saúde Pública; e) Ética em Saúde; f) Recursos Humanos em Saúde; g) Violências; h) Relações entre Trabalho e Saúde; i) Sistemas de Saúde e Práticas Alternativas; j) História das Epidemias e das Doenças; k) Relação entre Capitalismo e Medicalização; l) Determinação Social da Doença; m) Movimentos Sociais e a Saúde; n) Representações Sociais e Conceitos sobre Saúde e Doença; o) Religião, Cultura e Saúde; p) Economia da Saúde; q) Saúde e Meio Ambiente; r) Processo Saúde-doença; s) Riscos e Vulnerabilidade; t) Vigilância Epidemiológica; u) Empoderamento Pessoal e Coletivo.

As temáticas aqui apresentadas são sugestões, porém sem a intencionalidade de esgotar as possibilidades que emergem desses campos científicos do saber. Outras temáticas não citadas podem ser contempladas, conforme as necessidades formativas dos estudantes.



A seguir, serão disponibilizados alguns hiperlinks que direcionam você para alguns materiais que podem te auxiliar no planejamento didático-pedagógico e na execução de atividades voltadas a esse bloco temático.

Saúde Coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas

A obra *Saúde Coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas*, organizada por Marcos Bagrichevsky e Adriana Estevão, apresenta uma série de ensaios produzidos por diversos pesquisadores, sobre saberes e práticas em saúde, promoção da saúde na escola e a relação entre saúde e poder. Para acessar o *e-book* clique no link disponibilizado abaixo:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_saude_coletiva_dialogando_sobre_interfaces_tematicas_versao_final.pdf

Saúde e Doença: um olhar antropológico

Produzido pelos professores e antropólogos Paulo César Alves e Maria Cecília de Souza Minayo, com apoio da Fundação Oswaldo Cruz, o livro *Saúde e Doença: um olhar antropológico* reúne uma série de trabalhos socioantropológicos que abordam temas como saúde, doença e religiosidade, práticas terapêuticas populares e problemas psicossociais. Para acessar clique no link a seguir:

<https://static.scielo.org/scielobooks/tdj4g/pdf/alves-9788575412763.pdf>

Caderno de Educação Popular em Saúde

Baseado na pedagogia de Paulo Freire, a educação popular em saúde propõe uma série de possibilidades teóricas e metodológicas numa perspectiva dialógica, emancipatória e participativa, que contribua para autonomia dos indivíduos. O Caderno de Educação Popular em Saúde, organizado pelo Ministério da Saúde, apresenta uma série de textos para reflexão, conhecimento e formação de profissionais para atuar com a educação popular em saúde, apresentando algumas experiências realizadas em grupos de vulnerabilidade social. Para acessar o material, clique nos *links* a seguir:

- Caderno de Educação Popular em Saúde 2007:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf
- Caderno de Educação Popular em Saúde 2014:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf

Outras Fontes Bibliográficas

- Saberes da Experiência: sistematização do curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde

Organizado pela Fundação Oswaldo Cruz, o material do Curso *de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde* tem por objetivo contribuir para a formação de profissionais que pretendam trabalhar com a educação em saúde, especialmente Agentes Comunitários de Saúde. O Guia de curso e os textos de apoio apresentam uma proposta teórico-metodológica de formação de educação em saúde com base na educação popular que pode te auxiliar, tanto na sua formação complementar quanto na formulação e proposição de projetos de educação em saúde. Para acessar o material, clique nos *links* abaixo.

- Guia metodológico do curso:
https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/guia_edpopsus.pdf
- Textos de apoio:
http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cad_texto_edpopsus.pdf

- Programas e Estratégias Especiais em Saúde Pública

Organizados pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, os programas e estratégias em saúde pública são um conjunto de iniciativas que implementam as diretrizes do SUS, de integralidade, equidade e universalidade, com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população.

Discutir sobre tais programas nas escolas é uma oportunidade de os estudantes conhecerem os recursos da saúde pública que estão à disposição da população nas unidades básicas de saúde para a prevenção e promoção da saúde. Além disso, é um momento oportuno para que estudantes reflitam sobre a importância do sistema de saúde público para a população e das políticas públicas voltadas ao seu fortalecimento.

Há uma diversidade de programas e ações que podem ser discutidas nas ações de educação em saúde, tais como: Programa de Saúde da Família, Serviço de

Atenção Domiciliar (Melhor em casa), HumanizaSUS, Programa Mais Médicos, dentre outros. Para conhecer sobre esses e outros programas clique no link a seguir: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas>

- Concepções sobre Saúde e Doenças: curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde

Escrito pelo Prof. Paulo Chagastelles Sabroza para o curso de Aperfeiçoamento de Gestão Pública, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública, o texto apresenta uma discussão sobre a evolução histórica das concepções de saúde e doença, os seus significados e condicionantes, articulando o impacto dessas concepções para as práticas assistenciais em saúde. Para acessar o material clique no link abaixo:

http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13_CNS/SABROZA_P_ConcepcoesSaudeDoenca.pdf

- Cartilha Modelos Conceituais de Saúde, Determinação Social do Processo Saúde e Doença, Promoção da Saúde

Escrita pela Professora Albanita Gomes da Costa de Ceballos, da Universidade Federal de Pernambuco, a cartilha foi desenvolvida para a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, visando fornecer subsídios teóricos para profissionais que trabalham com questões que envolvem a saúde. De forma bastante didática, ao longo da cartilha são apresentados os modelos conceituais de saúde, a evolução do conceito da determinação social do processo saúde e doença e sobre a promoção da saúde e a importância dela para a população. Para acessar o material, clique no link a seguir:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf

Bloco 3: Educação Alimentar e Nutricional

O ato de alimentar-se é inerente à condição humana. Mais do que um simples ato de obter energia para as necessidades fisiológicas básicas, a alimentação saudável é um direito fundamental e ao mesmo tempo um ato cultural, portanto, influenciado pela sociedade e pelo momento histórico, revelando sentidos subjetivos

marcados pelas experiências dos indivíduos no seu cotidiano, que são permeadas por questões econômicas, sociais, políticas, religiosas e ambientais.

Conforme sugere José Bezerra (2018), a educação alimentar e nutricional está em todos os lugares. Na contemporaneidade, com as barreiras físicas sendo cada vez

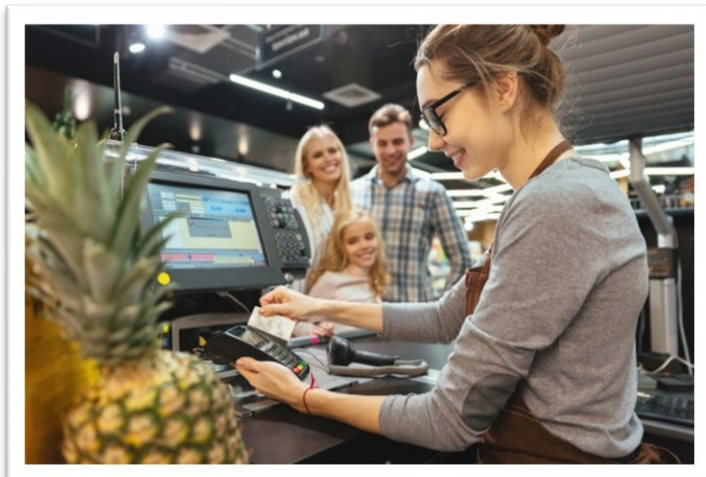


mais ultrapassadas graças às Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC), somos bombardeados diariamente por uma gama de informações que muitas vezes acabam influenciando nossos padrões alimentares. Junto a isso,

As características dos modos de vida contemporâneos influenciam, significativamente, o comportamento alimentar, com oferta ampla de opções de alimentos e preparações alimentares, além do apelo midiático, da influência do marketing e da tecnologia de alimentos (BEZERRA, 2018, p. 16).

Portanto, refletir sobre informações a respeito da alimentação e nutrição de forma crítica e responsável, sem dúvidas, é uma das habilidades importantes para o letramento em saúde da população. Isto sugere que as ações de educação em saúde, voltadas à alimentação e nutrição, superem a tradição educacional da via única do discurso da alimentação adequada e as consequências para o organismo em casos de não adesão.

Isso não quer dizer que tais informações sejam irrelevantes para o processo de ensino-aprendizagem, entretanto, quando focamos apenas nos hábitos e nas consequências, reduzimos as discussões alimentares apenas como uma questão de escolha própria, ignorando os fatores determinantes de uma boa alimentação.



José Bezerra (2018), neste sentido, sugere que a abordagem das ações e estratégias de educação alimentar e nutricional seja condizente com o seu próprio nome, ou seja, tenha como sustentação uma abordagem integral do sistema alimentar, contemplando todas as suas dimensões, de forma que os sujeitos possam relacionar suas escolhas de forma

consciente com as demais etapas desse sistema, definido como um:

Processo que abrange desde o acesso à terra, à água, aos meios de produção, as formas de processamento, de abastecimento, de comercialização e de distribuição; a escolha e consumo de alimentos, incluindo as práticas alimentares individuais e coletivas, até a geração e a destinação de resíduos (BRASIL, 2012, p. 25 apud BEZERRA, 2018, p. 21).

Portanto, a educação em saúde, que em suas ações tem por finalidade a educação alimentar e nutricional, deve oportunizar aos sujeitos condições para refletirem não só sobre suas escolhas alimentares e o impacto delas em seu organismo, mas também como tais escolhas impactam em outros aspectos da sociedade, de forma que o estudante consiga relacionar, por exemplo, que o consumo exacerbado de alimentos ultraprocessados não só causa danos ao organismo humano, mas estimula também o avanço da produção agrícola não sustentável, responsável em grande parte pela destruição de recursos naturais, tanto pelo uso de agrotóxicos quanto pela expulsão de pequenos agricultores ou populações ribeirinhas e indígenas de suas terras para aumentar a produção de monoculturas, prejudiciais aos ecossistemas.

Essa ligação entre consumo e impacto ambiental é uma forma de convidar o estudante a refletir como “a decisão do que produzir se rege por escolhas alimentares” (BEZERRA, 2018, p. 109) da sociedade, portanto, como a cultura tem uma relação intrínseca com o sistema alimentar, desde a produção até o consumo e descarte (BEZERRA, 2018).



É imprescindível o debate sobre as questões culturais que permeiam a alimentação, uma vez que o ato de comer significa, além de nutrir o corpo, a realização de rituais humanos, como o ato de sentar-se à mesa em família, alimentação em rituais religiosos ou ainda alimentar-se em *shoppings* e redes de *fastfood*, que expressam significados, sentimentos, reforço de laços familiares e sociais, além de expressões e visões de mundo e identidade individual e coletiva (BEZERRA, 2018).

Assim como ocorre em outras dimensões socioculturais, a alimentação também é permeada pelas desigualdades, que implicam em padrões alimentares diferenciados não só relacionados pelas escolhas das pessoas, mas também pela escassez de acesso a alimentos saudáveis (a chamada “comida



de verdade”) ou de recursos financeiros que, conseqüentemente, reduzem o poder de aquisição. A alimentação e a nutrição, portanto, é um debate que envolve também, entre outros, política e direitos humanos.

Discutir esse e outros pontos sobre a alimentação e nutrição, é uma forma de criar oportunidades para que os estudantes repensem a importância da produção sustentável, do incentivo à agricultura familiar e de cinturões verdes, das políticas de segurança alimentar e nutricional, além da valorização dos conhecimentos populares relacionados a alimentação e nutrição.

No Brasil, atualmente, está em vigor o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, instituído em 2006 pela lei nº 11.346 e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria nº 2.715/2011) que buscam, por meio da interlocução entre poder público e sociedade civil, assegurar o direito humano à alimentação adequada.

Entre as ações previstas, está o Programa Nacional de Alimentação Escolar, que oferece alimentação escolar e educação alimentar e nutricional a todos os estudantes da educação básica pública, fornecendo diversos recursos para que ações sejam implementadas nas escolas.



Alguns temas que podem ser abordados em suas ações de educação em saúde, voltadas à alimentação e nutrição: 1) Sistema alimentar: produção, acesso e transformação do alimento; 2) Aspectos nutricionais e a alimentação; 3) Direitos humanos e a alimentação adequada; 4) Soberania alimentar, segurança alimentar e nutricional; 5) Alimentação, sustentabilidade social, ambiental e econômica; 6) Diversidade sociocultural, ambiental e as práticas alimentares; 7) Agroecologia: agricultura tradicional, familiar e os Cinturões Verdes; 8) ONGs e as redes de emergência alimentar; 9) Práticas e saberes populares sobre alimentação e nutrição; 10) Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANCS); 11) Comportamentos e atitudes alimentares e os agravos à saúde; 12) Interações, significados e a prática alimentar; 13) Comida de verdade: alimentos *in natura*, processados e ultraprocessados; 14) Resíduos do sistema alimentar; 15) Produção alimentícia e as agressões ao meio ambiente. 16) Ética, justiça, equidade e as relações com a alimentação; 17) História da alimentação no Brasil; 18) Microbiologia dos alimentos; 19) Química e Bioquímica dos alimentos; 20) Tecnologia de alimentos; 21) Biotecnologia e a produção de alimentos; 22) Alimentação e o Corpo humano; 23) Higiene e segurança alimentar; 24) Políticas públicas para promoção da alimentação e nutrição; 25) Cultura alimentar local; 26) Alimentação e nutrição: ações transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional; 27) profissionais da educação e a alimentação escolar.



Além dessas temáticas, outras podem ser incluídas por você em suas ações de educação em saúde. Lembre-se que, quando falamos em educação em saúde com vistas à alimentação e à nutrição, devemos ter uma leitura crítica e articulada da realidade de vida concreta dos nossos estudantes, procurando, sobretudo, promover a habilidade de pensar em uma alimentação e nutrição saudáveis baseadas nos

recursos locais disponíveis, principalmente da agricultura familiar, valorizando os saberes populares benéficos à saúde e os articulando aos saberes acadêmicos, sempre que possível.



A seguir, serão disponibilizados alguns hiperlinks que direcionam você para alguns materiais que podem te auxiliar no planejamento didático-pedagógico e na execução de atividades voltadas a esse bloco temático.

Educação Alimentar e Nutricional: articulação de saberes

Organizado pelo Ministério da Educação como uma das ações do Programa Nacional de Alimentação Escolar, o livro foi publicado em 2018 com o objetivo de instrumentalizar teoricamente nutricionistas, professores e demais profissionais com interesse na educação alimentar e nutricional, articulando conceitos de alimentação e nutrição. Ao longo do livro você encontrará discussões sobre as políticas públicas, conceitos e princípios da educação alimentar e nutricional, guia alimentar para a população brasileira, fundamentos e tendências pedagógicas, além de discussões articulando saberes da antropologia, da sustentabilidade e da gastronomia. Para acessar o livro, clique no link disponibilizado a seguir: <https://www.fnde.gov.br/index.php/centrais-de-conteudos/publicacoes/category/116-alimentacao-escolar?download=12042:educa%C3%A7%C3%A3o-alimentar-nutricional-articulacao-de-saberes>

Guia Alimentar para a População Brasileira

Reconhecido pela Organização Mundial da Saúde por sua qualidade, o Guia Alimentar é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), com o objetivo de disseminar conhecimentos e incentivar a alimentação saudável e segura para a população brasileira. Ao longo do guia, a alimentação e a nutrição são abordadas em sua integralidade, levando em conta aspectos relacionados aos nutrientes, as recomendações gerais sobre escolha

de alimentos, orientações práticas de como combinar diversos alimentos em refeições.

O Guia aborda também a importância dos aspectos culturais e sociais das práticas alimentares, discutindo questões como tempo e foco, espaço e companhia, oferta, custo e habilidades culinárias. O documento foi escrito em uma linguagem bastante acessível e didática, o que facilita seu uso como recurso de ensino para diversos públicos. Complementar ao guia alimentar, os documentos “Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável” e “Dê à sua Alimentação a Importância que ela Merece”, assumem o papel de panfletos e apresentam ponto-chaves do guia alimentar de forma resumida para orientação à população. Para acessar os materiais, clique nos *links* a seguir.

- Guia Alimentar para a População Brasileira (2014):
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/dez_passos_alimentacao_adequada_saudavel_dobrado.pdf
- Dê à sua Alimentação a Importância que ela Merece:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/escolha_dos_alimentos.pdf

Estúdio Panelinha: curso Comida de Verdade

O curso Comida de Verdade foi desenvolvido pelo Estúdio Panelinha, da apresentadora, gastrônoma e empresária Rita Lobo, em parceria com pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP/NUPENS) e com apoio da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Gratuito, o curso é composto por 10 videoaulas gravadas na cozinha do programa Panelinha. Ao longo dele são abordados, de forma didática e em linguagem bem acessível, inúmeros temas sobre alimentação e nutrição, como os conceitos de alimentação, formas de diferenciar alimentos *in natura* de alimentos processados e ultraprocessados, além de apontar caminhos para garantir comida de verdade na mesa da família. Para acessar o conteúdo, clique no link disponibilizado a seguir: https://www.youtube.com/playlist?list=PLx-RfqJiTFaqc8_ei1-eHVB32hyP9aQ

Jornada de Educação Alimentar e Nutricional: terceira edição

Realizado em diversas escolas públicas de educação infantil e ensino fundamental do Brasil, a terceira edição da Jornada de Educação Alimentar e

Nutricional foi incentivada pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), como forma de estimular o debate e prática de ações de educação alimentar e nutricional no ambiente escolar.

Os temas norteadores da terceira edição foram: 1) A merendeira como agente transformadora da alimentação escolar; 2) Sustentabilidade na alimentação escolar; 3) Imagem corporal e *bullying*; 4) Movimento + comida de verdade = saúde. As experiências apresentadas pelas escolas ao MEC passaram por um processo de avaliação e as melhores práticas realizadas tiveram seus relatos publicados nesta obra, que poderá servir de base para seus planejamentos de aulas ou construção e aplicação de projetos. Para acessar o conteúdo, clique no link disponibilizado a seguir: <https://www.fnde.gov.br/index.php/centrais-de-conteudos/publicacoes/category/116-alimentacao-escolar?download=14221:livro-3ª-edição-jornada-ean-2019>

Outras Fontes Bibliográficas

- Manuais, cartilhas e *Folders* IFRN – GT Nutrição

O Instituto Federal do Rio Grande do Norte, por meio do Grupo de Trabalho e Estudo em Nutrição do IFRN – GT Nutrição, elaborou uma série de cartilhas, materiais audiovisuais e cartazes para subsidiar ações de Educação Alimentar e Nutricional nas escolas e instituições de ensino superior. Para acessar o conteúdo, clique no link a seguir: <https://portal.ifrn.edu.br/atividades-estudantis/nutricao/manuais-cartilhas-e-folders-elaborados-pelo-gt-nutricao>

- Amazônia à Mesa: receitas com produtos da sociobiodiversidade para a alimentação escolar

Desenvolvido pelo Ministério da Agricultura, em cooperação com a agência alemã GIZ (*Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) GmbH) e apoio institucional do Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação – FNDE, trata-se de um material prático, elaborado com receitas que buscam estimular o consumo de produtos da agricultura local e das Plantas Alimentícias não Convencionais – PANCs. Para acessar o conteúdo, clique no link disponibilizado abaixo:

<https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/agricultura-familiar/publicacoes/projeto-mercados-verdes-e-consumo-sustentavel/livro-de-receitas-da-sociobio/1-livro-receitas-amazonia-a-mesa.pdf/@@download/file/1 Livro Receitas Amazônia à Mesa.pdf>

- Melhores Receitas da Alimentação Escolar

Resultado do concurso Melhores Receitas da Alimentação Escolar, realizado com merendeiras das escolas públicas de todas as regiões do Brasil, o livro conta com as receitas destaques que participaram do concurso. Com ingredientes acessíveis e saudáveis do ponto de vista nutricional, as receitas estão escritas em uma linguagem bastante acessível e necessitam de técnicas simples de preparo. O livro tem por objetivo valorizar o papel das merendeiras e merendeiros na promoção da alimentação saudável nas escolas, assim como é um recurso útil para mobilizar ações de promoção à alimentação saudável por toda a comunidade escolar. Acesso o conteúdo clicando no link abaixo:

<http://www.fn-de.gov.br/index.php/centrais-de-conteudos/publicacoes/category/116-alimentacao-escolar?download=10184:melhores-receitas-da-alimentao-escolar>

Bloco 4: Educação para a Sexualidade

A Educação para a Sexualidade não é um tema novo dentro das instituições de ensino e pesquisa. Sobre a denominação de Educação Sexual, Educação em Sexualidade, Orientação Sexual, Instrução Sexual e até as mais recentes terminologias acadêmicas Educação para a Sexualidade ou Educação para as Sexualidades, a temática ocupou a agenda de estudos de pesquisadores das mais diferentes áreas de conhecimento, em razão da sua interdisciplinaridade e complexidade, envolvendo pesquisas no âmbito da sociologia, da antropologia, da demografia, das ciências biológicas e da saúde e, claro, no âmbito da didática e da epistemologia da educação.

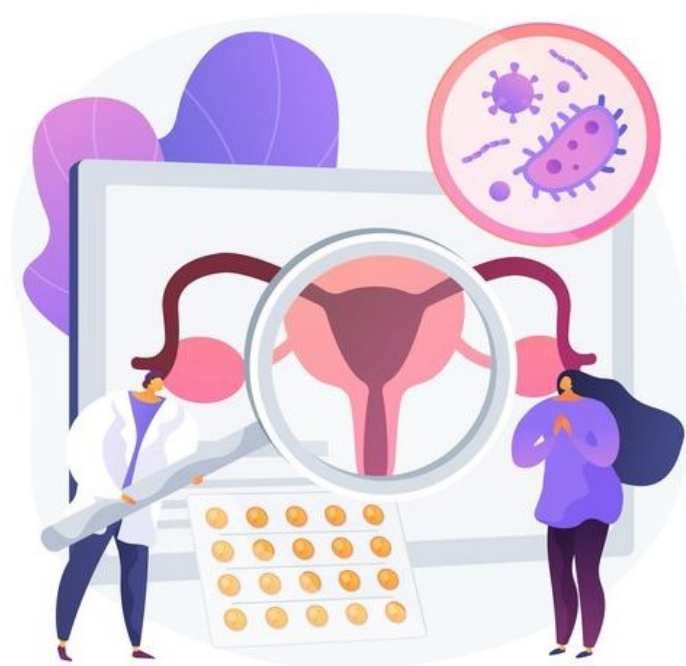


Conforme apontam os estudos de Ana Canesqui (1998) e Mary Neide Figueiró (1998) sobre a história da temática, houve um registro de grande interesse por parte de pesquisadores sobre sexualidade, gênero e reprodução humana no final da década de 80 e início dos anos 90, em razão da preocupação com a infecção do HIV (responsável pela doença AIDS) e dos altos índices de gravidez precoce.



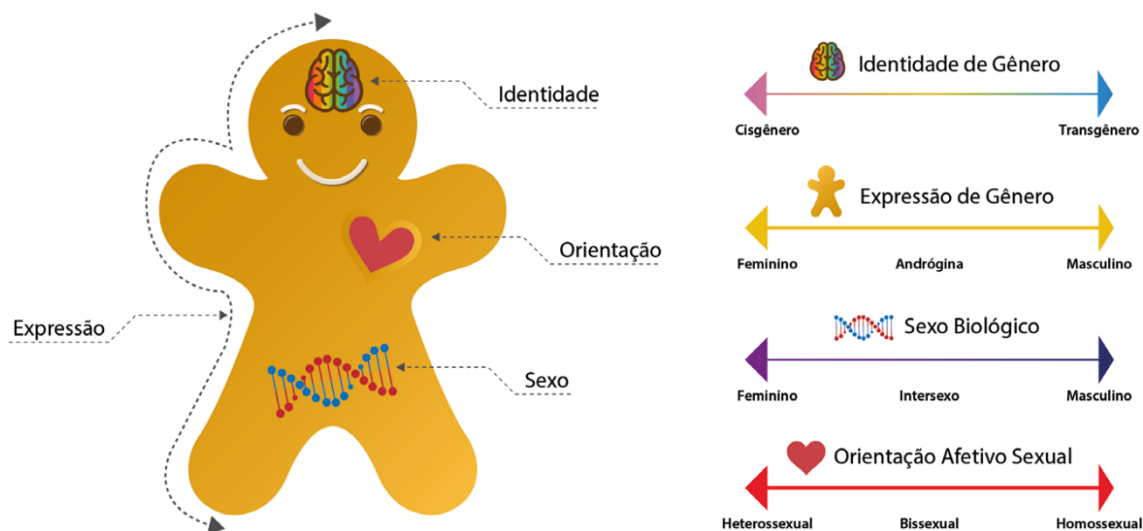
No âmbito escolar, esse interesse foi igualmente observado, especialmente pela possibilidade de atuação da escola em oferecer ao aluno condições para o desenvolvimento do pensamento crítico e de atitudes mais saudáveis quanto ao exercício da sua sexualidade.

Contudo, a abordagem da educação para a sexualidade no âmbito escolar, conforme argumenta Fabiana de Carvalho (2009), geralmente, elege as disciplinas de Ciências e a Biologia como privilegiadas para a construção de saberes e respostas sobre a sexualidade, revelando uma tendência em explicá-la somente em seus termos biológicos. Para Brasil (1998b), é comum as escolas discutirem a sexualidade por meio da reprodução humana, como informação relativa à fisiologia e anatomia do corpo humano. Porém, essa abordagem normalmente não é suficiente, pois não abarca as ansiedades e curiosidades das crianças, nem o interesse dos adolescentes, pois se enfoca em apenas uma única dimensão da sexualidade.



A escola deve ter uma visão integral sobre seus alunos, portanto, deve ser sensível às questões que envolvem a sexualidade, almejando ser um dos locais mais seguros para a aquisição de conhecimentos pelos estudantes, oferecendo a eles

instrumentos que os possibilitem refletir e desconstruir pensamentos equivocados a respeito de temas como orientação sexual, gênero e reprodução, que são constantemente alienados pela mídia e pelas representações sociais (VITOR; MAISTRO; BASTOS, 2021).



Fonte: Guia da Diversidade da Prefeitura do Rio de Janeiro
Disponível em: <http://www.multirio.rj.gov.br/media/ceds/index.php?pag=apresentacao>

Quer queira, quer não, a sexualidade está na escola, porque faz parte dos sujeitos; “ela não é algo que possa ser desligado ou algo do qual alguém possa se ‘despir’” (LOURO, 2003, p. 81). A sexualidade se faz presente na nossa vida desde o nascimento até a nossa morte, e somos educados sexualmente constantemente, seja em casa em contato com a cultura familiar, seja por meio das mídias e redes sociais digitais (MAISTRO, 2009; VITOR; MAISTRO; BASTOS, 2021). Portanto, falar de sexualidade na escola independe da existência de uma disciplina específica, da verbalização de temas ou de programas e projetos, pois, todos, com as nossas atitudes, a nossa maneira de interagir, estamos ensinando algo sobre sexualidade às crianças e aos adolescentes, mesmo que indiretamente (FIGUEIRÓ, 2009).



Assim, temos que “sexualidade é elemento integrante de nossa identidade e envolve o amor, o prazer, o toque, o sexo, a afetividade, o carinho, os gestos, o

respeito, a alegria de viver e o conjunto das normas culturais relacionadas à prática sexual” (FIGUEIRÓ, 2009, p. 189), e discutir tais temas nas escolas é de fundamental importância para evitar que os jovens e adolescentes adquiram informações por meios não apropriados, duvidosos, sem respaldo científico e que contribuam para fortalecer tabus, preconceitos e violências sexuais, portanto, riscos à saúde. Conforme sugere Brasil (1998a), não é possível tratar de saúde sem falar de sexualidade, portanto, os conteúdos desses dois temas são complementares e não podem ser trabalhados de forma desconectada.



Neste sentido, a educação para a sexualidade na escola não tem por finalidade somente a transmissão de conhecimentos sobre práticas sexuais seguras ou ainda



higiene genital, mas está diretamente ligada à saúde como um dos seus fatores determinantes, que se manifesta no biológico e no social e é indispensável ao bem-estar, tanto individual como coletivo. É oportunizar ao estudante momentos para refletir e problematizar conceitos e representações equivocadas a respeito da sexualidade, como aquelas que supõem uma “ideologia de gênero”, esquecendo que

gênero figura em campos científicos, como a Antropologia, os Estudos Culturais e os Estudos de Gênero, como um conceito e não uma ideologia ou teoria (JUNQUEIRA, 2017), ou ainda, aos discursos que se dizem contrários à promoção dos direitos humanos a todas as pessoas, pautados em valores morais de ordem estritamente pessoal.

A educação para a sexualidade, assim, deve ser uma ação coletiva, que envolva diferentes disciplinas do currículo escolar e que promova problematizações a respeito do sexo, higiene e da reprodução humana, mas, sobretudo, sobre as representações sociais sobre assuntos como identidade de gênero, famílias, masturbação, responsabilidades, violência, respeito e diversidade, papéis sociais,

papel da religiosidade na sexualidade, valores, dignidade, entre outros (CARVALHO, 2009).

Portanto, educação para a sexualidade,

Tem a ver, também, com a formação do cidadão como participante da construção de uma vivência mais digna da sexualidade, para todos, sendo capaz de ajudar a superar os preconceitos e os tabus, a combater a violência e a opressão sexual e a transformar os valores e as normas repressoras. Tem a ver com educar a pessoa por inteiro, enquanto ser aberto ao relacionamento e à interação humanizadora com o outro. Educar sexualmente uma criança, um jovem, deve ter como meta maior a educação para a felicidade. É tarefa, não apenas da família, mas também da escola. Investir na Educação Sexual implica em admitir que é um direito dos educandos conhecer sobre seu corpo, sua sexualidade, sobre a possibilidade, que pode estar em suas mãos, de construir relacionamentos significativos, marcados pelo amor (ou, simplesmente, pelo sentimento de bem querer) e pelo respeito. Este processo educativo deve ter como base o desenvolvimento dos sentimentos, da emoção, enfim, da afetividade (FIGUEIRÓ, 2009, p. 194).

Neste contexto, diversos temas podem ser problematizados no ambiente escolar, como: 1) Diferença entre sexo, gênero e sexualidade; 2) Identidades de gênero e expressões artísticas; 3) Relação entre cultura e sexualidade; 4) Afetividade e responsabilidade afetiva; 5) Orientação e diversidade sexual; 6) Planejamento familiar; 7) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)¹; 8) Sexo seguro: métodos contraceptivos e prevenção combinada; 9) Higiene íntima; 10) Morfofisiologia do corpo humano; 11) Autoconhecimento; 12) Direitos sexuais e reprodutivos; 13) Violências sexuais e de gênero; 14) Masculinidade tóxica e violenta; 15) A história da sexualidade; 16) Desigualdades, relações de poder e gênero; 17) Movimentos sociais: feminismo e LGBTQIA+; 18) Conhecimento popular sobre sexualidade; 19) Modelos de famílias e relacionamentos; 20) Puberdade; 21) Preconceitos e discriminação sexual e de gênero; 22) Desejo e afeto; 23) Representações sociais sobre sexo e sexualidade; 24) IST, violências sexuais e a relação com as drogas; 25) Políticas

¹ A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis substitui a terminologia Doenças Sexualmente Transmissíveis, uma vez que a infecção pelos microrganismos patogênicos antecede a doença e nem toda infecção resulta na manifestação da doença propriamente dita, caso seja devidamente controlada. A título de exemplo, a infecção pelo HIV e o desenvolvimento da doença Aids/SIDA.

Públicas de promoção da saúde sexual e reprodutiva; 26) Sorofobia; 27) Cidadania e o exercício da sexualidade; 28) Crenças e valores sobre sexualidade.



A educação para a sexualidade deve sempre ter como centro do planejamento os estudantes, levando em consideração suas necessidades, sua curiosidade e as lacunas em sua formação. Portanto, caso você acredite necessário, além dessas sugestões, outras temáticas podem ser abordadas por você em suas ações.

A seguir, serão disponibilizados alguns hiperlinks que direcionam você para alguns materiais que podem te auxiliar no planejamento didático-pedagógico e na execução de atividades voltadas a esse bloco temático.



Orientações Técnicas Internacionais de Educação para a Sexualidade: uma abordagem baseada em evidências

Elaborado pela ONU/UNESCO para a Agenda 2030 da Educação, as orientações fornecidas nesse documento buscam fornecer aos países subsídios científicos baseados em evidências para implementação de programas de Educação em Sexualidade adaptados aos seus contextos. Ao longo do guia, são abordados diversos aspectos, como temas, tópicos e objetos de aprendizagem, evidências

científicas, a relação entre sexualidade e a saúde e o bem-estar, conceitos teóricos sobre educação integral em sexualidade e como construir e executar projetos de educação em sexualidade. Trata-se de um guia completo que pode auxiliar na sua elaboração de aulas e projetos de educação para a sexualidade. Para acessar o documento, clique no link disponibilizado a seguir:
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/369308por.pdf>

ADOLESCER – COMPREENDER, ATUAR, ACOLHER: Dinâmicas sobre Sexualidade e Prevenção às IST

Elaborado pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Nacional em parceria com o Ministério da Saúde, a obra *Adolescer – Compreender, Atuar, Acolher* tem por objetivo embasar a atuação de enfermeiros e outros profissionais que pretendam atuar na promoção do desenvolvimento saudável da juventude. Em seu sexto capítulo, a obra apresenta possibilidades de dinâmicas sobre o tema sexualidade e prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (IST). Para acessar o conteúdo, clique nos *links* a seguir.

- Dinâmicas sobre Sexualidade:

<http://www.abennacional.org.br/revista/cap6.3.html>

- Dinâmicas para prevenção a IST:

<http://www.abennacional.org.br/revista/cap6.4.html>

Conexões com o ensino de Biologia: Caminhos para Educação Sexual e em Saúde

Organizado pelos professores Vinícius Colussi Bastos e Silmara Sartoreto de Oliveira, a coletânea reúne sete capítulos elaborados por docentes e por colaboradores do Curso de Especialização em Ensino de Biologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), contemplando discussões teóricas e metodológicas sobre o trabalho pedagógico com temáticas da Educação para a Sexualidade e em Saúde na educação básica. Para acessar a obra, clique no link a seguir:

<https://www.eduel.com.br/?product=ebook-conexoes-com-o-ensino-de-biologia-caminhos-para-educacao-sexual-e-em-saude-pdf>

OFICINA DE IDEIAS: manual de dinâmicas

Iniciativa da Assessoria de DST/Aids da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em parceria com o Programa de Sexualidade da Atenção Primária do Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA/UERJ) e o Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher/ Espaço Mulher da Secretaria

Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a publicação *Oficinas de Ideias: manual de dinâmicas* reuniu uma série completa de dinâmicas que podem ser utilizadas por professores ou outros profissionais que pretendam atuar no campo da educação para a sexualidade.

Os temas abordados entre as dinâmicas variam desde atividades para apresentação e integração dos participantes até temas específicos sobre sexualidade, como gênero, corpo humano e métodos anticoncepcionais. Para acessar a obra, clique no link abaixo:

https://drive.google.com/file/d/1gQKZf809XObOxq3F7R_b_2nR6Bn3FIKV/view?usp=share_link

GUIA DE SUGESTÕES DE ATIVIDADES SEMANA SAÚDE NA ESCOLA: temas sexualidade e saúde reprodutiva

Publicado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, o guia é um material com orientações de atividades para que professores possam trabalhar as temáticas de sexualidade e saúde reprodutiva na Semana Saúde na Escola. Para acessar o material, clique no link a seguir: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_sugestoes_atividades_semana_saude_escola_sexualidades_reprodutiva.pdf

Debates Contemporâneos sobre Educação para a Sexualidade

Organizado pelas pesquisadoras Paula R. C. Ribeiro e Joanalira C. Magalhães da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, o livro foi produzido com o objetivo de ampliar as discussões a respeito das temáticas que envolvem a educação para a sexualidade, visando contribuir para a formação de sujeitos mais empoderados para os desafios contemporâneos sobre tais temas. O livro reúne textos de diferentes pesquisadores e pesquisadoras que problematizam alguns assuntos como: a constituição do campo educação para a sexualidade, ideologia de gênero, as políticas públicas educacionais, religião, violência, sexting, automutilação e HIV/Aids, que podem contribuir para ampliar seu repertório de conhecimentos e esclarecer dúvidas sobre esses temas. Para acessar a obra, clique no link abaixo:

http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7097/debates_contemporaneos_educacao_sexualidade.pdf?sequence=1

Educação Sexual: em busca de mudanças

Neste livro, organizado pela Profa. Dra. Mary Neide Figueiró em parceria com o Programa Brasil sem Homofobia do Ministério da Educação, foram reunidos textos

de diversos pesquisadores que oportunizam aos educadores/leitores reflexões sobre os temas relacionados à educação para a sexualidade e que permeiam o cotidiano das escolas e outros espaços, tais como as representações sociais da homossexualidade, os desafios de projetos de educação sexual na escola, sexualidade e afetividade e a sexualidade de jovens privados de liberdade. Para acessar a obra, clique no link abaixo:
<https://maryneidefigueiro.com.br/files/uploads/507b25ee-30f5-4774-8e3f-7e8d6b98804d.pdf>

Parâmetros Curriculares Nacionais: orientação sexual

Apesar de não ter caráter obrigatório, durante muitos anos, esse conjunto de documentos constituiu-se a única referência oficial do Ministério da Educação direcionada para subsidiar as discussões técnicas das instituições de ensino e seus professores, quanto às temáticas ditas transversais, dentre elas, a educação para a sexualidade.

Ao contrário do que se acredita, a atual BNCC não substitui os PCN, uma vez que as finalidades de ambos os documentos são distintas. Desse modo, convidamos você a acessar os parâmetros curriculares e a conhecer melhor a sua proposta. Eles poderão subsidiar suas futuras ações em Educação para a Sexualidade:
<http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/pcn/orientacao.pdf>

Bloco 5: Drogas (Substâncias Psicoativas)

As substâncias psicoativas ou drogas, como são popularmente chamadas, fazem parte da história da humanidade e atualmente são amplamente utilizadas em diversos contextos, religiosos, sociais, terapêuticos e também, dentro do contexto familiar. Para Brasil (2019b, p.9), “as últimas pesquisas e publicações científicas reconhecem que o uso de drogas é, para muitos adolescentes, parte de um estilo de vida. Estes resultados indicam que há uma influência social importante sobre o uso [...]”, portanto, discutir tal temática nas escolas atualmente é de grande relevância.

Quando falamos em drogas, usualmente nos vem à mente a ideia de drogas ilícitas, esquecendo que drogas se referem a qualquer substância psicoativa, capaz de atuar no cérebro modificando sensações, sentimentos e o nível de consciência dos sujeitos. Portanto, quando falamos em drogas, temos que ter em mente que elas se referem tanto àquelas ditas ilícitas, como o *crack*, LSD, *ecstasy*, heroína e a cocaína, quanto àquelas consideradas lícitas, como álcool, tabaco, fármacos e produtos que possuem como base nicotina, anabolizantes, anfetaminas e cafeína.



Para Brasil (1998a), quando discutimos “drogas”, é necessário diferenciá-las, pois não são todas iguais e provocam efeitos e dependências distintas, assim como implicam em distintas situações de risco em decorrência da aceitação legal e cultural de que desfrutam. Isso quer dizer, que nem sempre porque uma droga é considerada lícita socialmente, que seus efeitos serão menos nocivos ao organismo que outra considerada ilícita. É fundamental que os estudantes construam essa percepção sobre a

relação entre as drogas, seus efeitos e a aceitação sociocultural.



Alguns temas que podem ser discutidos: a) o uso de drogas em diferentes sociedades e ao longo da história da humanidade; b) drogas lícitas e ilícitas; c) tipos de drogas: sintéticas, semissintéticas e naturais; d) graus de consumo e dependência das drogas; e) implicações sociais e psicossociais relacionadas ao uso de drogas; f) relação entre cultura, sociedade, economia e as drogas; g) medicação e automedicação; h) relação entre mídias sociais e o consumo de drogas; i) álcool e tabaco; j) infecções sexualmente transmissíveis (IST), violência sexual e a relação com as drogas; k) drogas legais e os riscos à saúde; l) adolescência, relações sociais e a vulnerabilidade às drogas; m) relações familiares e as drogas.



A seguir, serão disponibilizados alguns hiperlinks que direcionam você para alguns materiais que podem te auxiliar no planejamento didático-pedagógico e na execução de atividades voltadas a esse bloco temático.

Programa #TamoJunto

Elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de São Carlos (UNIFESP) e a UNODC Brasil (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes), o Programa #TamoJunto é uma versão brasileira adaptada do programa *Unplugged*, desenvolvido na Europa pela *European Drug Addiction Prevention* – EU-DAP, voltado para a prevenção nas escolas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

O programa consiste em 12 aulas, em formato de oficinas, que procura envolver também pais e responsáveis. Ancorado em três eixos: “desenvolvimento de

habilidades de vida, elucidação do papel das crenças normativas e conhecimento e informação a respeito do tema das drogas” (BRASIL, 2019b p. 10), o programa enfatiza a interação entre os pares como forma de construção do conhecimento, integrando por meio de atividades lúdicas os aspectos culturais dos adolescentes. Para acessar, clique nos *links* a seguir:

- Programa #TamoJunto (guia do professor) – versão 2017:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_tamojunto_prevencao_escola_guia_professor.pdf
- Programa #TamoJunto (guia do professor) – versão 2019:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_tamojunto_guia_professor.pdf
- Programa #TamoJunto (guia do aluno) – versão 2019:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_tamojunto_caderno_educando.pdf

ADOLESCER – COMPREENDER, ATUAR, ACOLHER: Dinâmicas de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas

Elaborado pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Nacional, Dinâmicas para prevenção ao uso de drogas, em parceria com o Ministério da Saúde, a obra *Adolescer – Compreender, Atuar, Acolher* tem por objetivo embasar a atuação de enfermeiros e outros profissionais que pretendam atuar na promoção do desenvolvimento saudável da juventude. Em seu sexto capítulo, a obra apresenta possibilidades de dinâmicas sobre a temática Drogas. Clique no *link* a seguir e acesse.

- Dinâmicas de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas:
<http://www.abennacional.org.br/revista/cap6.5.html>

Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas

Dividido em 4 capítulos, este livreto foi elaborado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, da Universidade Federal de São Paulo, com objetivo de oferecer aos professores, alunos e à população em geral, um material contendo conceitos científicos sobre drogas, de forma clara e objetiva. Há uma variedade de conceitos que podem ser trabalhados com seus alunos, relacionados às anfetaminas, tabaco, cogumelos e plantas alucinógenas, entre outros.

Em sua 5ª edição, o livreto contou com o apoio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. Clique no *link* a seguir e acesse o material.

- Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/caops/caop-defesa-da-infancia-e-juventude/material-apoio-caop-infancia-juventude/category/171-saude-e-drogacao?download=1086:livreto-informativo-sobre-drogas-psicotropicas-leitura-recomendada-para-alunos-a-partir-do-7-ano-do-ensino-fundamental>

Série Por Dentro do Assunto: drogas

Contendo sete volumes, a série *Por Dentro do Assunto: drogas* foi desenvolvida pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Cada cartilha aborda um tema diferente, como tabaco, inalantes e álcool, com uma linguagem bastante acessível a jovens e adultos. Clique nos *links* a seguir para acessar o conteúdo.

- Cartilha sobre tabaco:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/caops/caop-defesa-da-infancia-e-juventude/material-apoio-caop-infancia-juventude/category/171-saude-e-drogacao?download=1084:drogas-cartilha-sobre-tabaco>

- Cartilha para pais de crianças:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/caops/caop-defesa-da-infancia-e-juventude/material-apoio-caop-infancia-juventude/category/171-saude-e-drogacao?download=1083:drogas-cartilha-para-pais-de-criancas>

- Cartilha para pais de adolescentes:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/caops/caop-defesa-da-infancia-e-juventude/material-apoio-caop-infancia-juventude/category/171-saude-e-drogacao?download=1082:drogas-cartilha-para-pais-de-adolescentes>

- Cartilha para educadores:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/caops/caop-defesa-da-infancia-e-juventude/material-apoio-caop-infancia-juventude/category/171-saude-e-drogacao?download=1081:drogas-cartilha-para-educadores>

- Cartilha Mudando comportamentos:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/caops/caop-defesa-da-infancia-e-juventude/material-apoio-caop-infancia-juventude/category/171-saude-e-drogacao?download=1080:drogas-cartilha-mudando-comportamentos>

- Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/caops/caop-defesa-da-infancia-e-juventude/material-apoio-caop-infancia-juventude/category/171-saude-e-drogacao?download=1079:drogas-cartilha-sobre-maconha-cocaina-e-inalantes>

- Cartilha sobre álcool e jovens:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/caops/caop-defesa-da-infancia-e-juventude/material-apoio-caop-infancia-juventude/category/171-saude-e-drogacao?download=1078:drogas-cartilha-alcool-e-jovens>

Sesi e Você na Prevenção das Drogas

Elaborado pela Federação das Indústrias do Estado do Paraná – FIEP, Sesi e Senai, o material é composto por três guias direcionados a alunos, pais e professores, contendo conceitos e informações referentes a diversas substâncias psicoativas. Clique no *link* a seguir e acesse.

- Cartilha Sesi Paraná Educadores:

https://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/uploadAddress/caderno_educadores_online%5B42937%5D.pdf

- Cartilha Sesi Paraná Alunos:

https://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/uploadAddress/caderno_adolescentes_online%5B42936%5D.pdf

- Cartilha Sesi Paraná Pais:

https://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/uploadAddress/caderno_pais_online1%5B42935%5D.pdf



Solução da pergunta norteadora

A educação para a saúde pressupõe um conjunto de temáticas que envolvem desde aspectos biológicos, ligados ao corpo humano e a interação dele com agentes patológicos ou relacionados a nutrição, quanto a aspectos sociais, culturais e econômicos, como as políticas públicas, preconceitos, violências, hábitos alimentares, religião, dentre outros, que requer dos docentes planejamento e habilidades didático-pedagógicas para que as ações tenham o efeito esperado nos estudantes.

Para tanto, recomenda-se o uso de abordagens com visões de educação que tem como horizonte a construção da autonomia do sujeito, que levem em consideração suas particularidades, sua realidade, suas angústias e necessidades formativas, fazendo uso de metodologias e recursos diversos, inovadores, em que o aluno assuma um papel mais ativo no processo de ensino-aprendizagem, requerendo dele a tomada de decisão, planejamento, cooperação e reflexão sobre suas ações, promovendo assim o diálogo, o debate e a troca de experiência entre os sujeitos.

Indicação de Leitura COMPLEMENTAR



BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>

BRASIL. Secretaria de Educação Básica. **Temas Contemporâneos Transversais na BNCC**: propostas de práticas de implementação. Brasília: MEC, 2019a. Disponível em:

http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/implementacao/guia_pratico_temas_contemporaneos.pdf



Conclusão

Parabéns, você chegou ao final da unidade 2 do módulo 2 do curso. Nesta unidade você aprendeu que:

1. No planejamento das ações de educação em saúde, é fundamental que se conheça o público que será envolvido no processo de ensino-aprendizagem, quais os seus conhecimentos sobre a temática, suas necessidades, possibilidades e características sociais, econômicas e culturais, para elaborar ações didático-pedagógicas coerentes e que facilitem e estimulem a produção de sentido pelos atores envolvidos.
2. É necessário pensar em atividades que podem ser readequadas ao longo do processo de ensino, concedendo espaço de diálogo para que os alunos sugiram novos temas e atividades ou adaptações àquilo anteriormente planejado;
3. É preferível o uso de abordagens teórico-metodológicas nas quais o aluno possua um papel mais ativo, requerendo dele a tomada de decisão, planejamento, cooperação e reflexão sobre suas ações;
4. É importante lançar mão de técnicas de integração e que motivem os estudantes à participação nas atividades, à cooperação, ao diálogo, ao debate e à atividade entre pares. Mas não esqueça, atitudes violentas e agressivas, em especial aquelas que ferem os direitos humanos, devem ser enfrentadas;
5. Sempre que possível, envolva profissionais da saúde, como enfermeiros, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, assim como, merendeiras, agentes escolares ou outros docentes, visando um trabalho multissetorial e interdisciplinar.
6. Há uma diversidade de temas que podem ser abordados em ações pedagógicas de educação em saúde. Em seu planejamento, você

poderá organizar as ações pedagógicas em blocos de temáticas, conforme apresentado no curso. Entretanto, não se esqueça de realizar, sempre que possível, conexões entre os temas trabalhados, de forma clara e coerente, oportunizando aos alunos uma melhor contextualização da saúde como interligada a vários fatores da vida.

Nos vemos no módulo de encerramento do curso, até lá!



MÓDULO 3

REVISÃO E

ENCERRAMENTO



Revisão e Encerramento

No módulo 1, você aprendeu um pouco sobre os conceitos de saúde e doença, formulados não só pelas Ciências Sociais, como por outros campos do saber. Você aprendeu, ainda, sobre o conceito de saúde empregado pela Organização Mundial da Saúde e pelas políticas públicas de saúde brasileira no âmbito do SUS.

Considerando este ponto, abordamos ainda no módulo 1 os determinantes sociais da saúde, sua classificação e a relação complexa entre eles no processo de saúde-doença. Vimos também a importância de os considerar em ações e políticas de promoção da saúde, para provocar mais impactos positivos com as intervenções, para melhorar indicadores de saúde e reduzir iniquidades.

O módulo 2 nos trouxe diversas informações sobre a educação em saúde na perspectiva da promoção, suas necessidades metodológicas, tal como a importância dela para o desenvolvimento de habilidades que contribuem para que os sujeitos possam responder adequadamente às demandas relacionadas à promoção da sua saúde. Vimos que, ao desenvolvimento

desse conjunto de habilidades, denomina-se letramento em saúde, essencial para o empoderamento individual e coletivo e para a formação integral dos cidadãos.

O módulo 2 também mostrou, de forma bastante específica, além dos encaminhamentos metodológicos que são importantes de serem considerados na educação em saúde, as possibilidades de temas que podem ser abordadas, sejam em meios formais ou informais de ensino.



Parabéns por você ter chegado até aqui!

Ficamos felizes com a sua dedicação em ampliar seus conhecimentos e esperamos que os saberes aqui trabalhados sejam úteis, tanto à sua atuação profissional quanto no seu cotidiano. Lembre-se, “a educação não muda o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas mudam o mundo” (Paulo Freire).



Referências

- AMADIGI, Felipa Rafaela *et al.* A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 139-146, 2009.
- BEZERRA, José Arimatea Barros. **Educação alimentar e nutricional**: articulação de saberes. Fortaleza: Edições UFC, 2018.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Parecer 2.246/74. Ensino de 1º e 2º graus**. Educação da Saúde e Programas de Saúde. Documenta 165. Brasília. 1974.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**: educação é a base. Brasília: Ministério da Educação, 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 2, de 30 de janeiro 2012. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2012. Seção 1, p. 20.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 4, de 13 de julho de 2010. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 2010b. Seção 1, p. 824.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Temas Contemporâneos Transversais na BNCC**. Contexto histórico e pressupostos pedagógicos. Brasília: Ministério da Educação, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa #tamojunto**: guia do professor. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 110 p.
- BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: saúde. Brasília: MEC, SEF, 1998a.
- BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: orientação sexual. Brasília: MEC, SEF, 1998b.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, [s. l.], v. 5, p. 163-177, 2000.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde: cidadania como um caminho para a boa saúde. *In*: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 281-287.
- CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 131-168, 1998.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, Fabiana Aparecida de. Que saberes sobre sexualidade são esses que (não) dizemos dentro da escola? *In*: FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico (org.). **Educação sexual**: em busca de mudanças. Londrina: UEL, 2009, p. 1-16.

CRUZ, Marly Marques. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. *In*: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; Mendes Junior, W. V. (org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 21-33.

CUNHA, Renata Cristina Oliveira Barrichelo; PEZZATO, Luciane Maria. Práticas educativas e produção de sentido no ensino. *In*: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 183-196.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, p. 173-183, 2003.

FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico. Revendo a história da educação sexual no Brasil: ponto de partida para construção de um novo rumo. **Nuances**: estudos sobre Educação, [s. l.], v. 4, n. 4, 1998.

FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico. Sexualidade e afetividade: implicações no processo de formação do educando. *In*: FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico (org.). **Educação sexual**: em busca de mudanças. Londrina: UEL, 2009, 208p.

GUAZZELLI, Maria Elisabete; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Considerações teóricas e aproximação às Estratégias Metodológicas em Educação em Saúde com base na promoção. *In*: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 71-80.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2020**. Brasília: IPEA, 2020.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. “Ideologia de gênero”: a gênese de uma Categoria política reacionária – ou: A promoção dos direitos humanos se tornou uma “ameaça à família natural”? *In*: RIBEIRO, Paula Regina Costa; MAGALHÃES, Joanalira Corpes (org.). **Debates contemporâneos sobre Educação para a Sexualidade**. Rio Grande: Ed. da FURG, 2017. p. 25-52.

LANGDON, Esther Jean. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnográfica**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 241-260, 2001.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LEAL, Ondina Fachael Leal. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. *In*: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 127-140.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. 179p.

LOYOLA, Maria Andréa. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 9-14, 2012.

MAISTRO, Virgínia Iara de Andrade. Desafios para a elaboração de projetos de educação sexual nas escolas *In*: FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico (org.). **Educação sexual**: em busca de mudanças. Londrina: UEL, 2009, p. 35 - 62.

MIALHE, Fábio Luiz *et al.* Letramento em saúde e promoção da saúde. *In*: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 105-136.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações da Cura no Catolicismo Popular. *In*: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 57-72.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; BIZZO, Nelio. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 2, abr./jun. 2015, p. 411-427.

MOREIRA, Taís de Campos *et al.* **Saúde Coletiva**. Porto Alegre: SAGAH, 2018. p. 15-75.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde nas Américas, Edição de 2017**. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington, D.C.: OPAS, 2017.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde nas Américas, Edição de 2012**. Washington, D.C.: OPAS, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

RABELO, Miriam Cristina M. Religião, Ritual e Cura. *In*: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 47-56.

SILVA, Cristiane Maria da Costa *et al.* Educação em saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. *In*: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (org.). **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2019. p. 3-16.

VITOR, Matheus; MAISTRO, Virginia Iara de Andrade; BASTOS, Vinícius Colussi. Educação para as sexualidades em instituições escolares. *In*: OLIVEIRA, Silmara Sartoretto de; BASTOS, Vinícius Colussi. **Conexões com o ensino de Biologia**: caminhos para educação sexual e em saúde. Londrina: EDUEL, 2021.

Todas as imagens e ícones utilizados ao longo da obra, cuja fonte não foi referenciada, são recursos visuais de acesso e uso livre para fins não comerciais, obtidos por meio das plataformas web **Freepik.com**, **unsplash.com** e **flaticon.com**. Agradecemos os diversos produtores de conteúdo, ilustradores e fotógrafos que compartilharam seus trabalhos nas plataformas supracitadas e possibilitaram, deste modo, enriquecer o conteúdo didático deste produto educacional.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENSINO DE CIÊNCIAS HUMANAS, SOCIAIS E
DA NATUREZA