

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

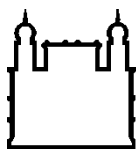
Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE):
CONTRIBUIÇÕES PARA A INTEGRAÇÃO DE
ESTRATÉGIAS ENVOLVENDO AS DOENÇAS
NEGLIGENCIADAS E O PLANO BRASIL SEM MISÉRIA**

SHEILA SOARES DE ASSIS

Rio de Janeiro

2017



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

SHEILA SOARES DE ASSIS

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): CONTRIBUIÇÕES PARA A INTEGRAÇÃO DE ESTRATÉGIAS ENVOLVENDO AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E O PLANO BRASIL SEM MISÉRIA

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Doutora em Ciências

Orientadora: Prof. Dr^a. Tania Cremonini de Araújo-Jorge

RIO DE JANEIRO

2017

Assis, Sheila Soares de.

Programa Saúde na Escola (PSE): contribuições para a integração de estratégias envolvendo as doenças negligenciadas e o Plano Brasil sem Miséria / Sheila Soares de Assis. - Rio de Janeiro, 2017.
229 f.

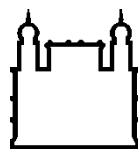
Tese (Doutorado) - Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, 2017.

Orientadora: Tania Cremonini de Araújo-Jorge.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. Doenças negligenciadas. 2. Programa Saúde na Escola. 3. Plano Brasil sem Miséria. 4. Intersetorialidade. I. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Biblioteca de Manguinhos/ICICT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

SHEILA SOARES DE ASSIS

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): CONTRIBUIÇÕES PARA A
INTEGRAÇÃO DE ESTRATÉGIAS ENVOLVENDO AS DOENÇAS
NEGLIGENCIADAS E O PLANO BRASIL SEM MISÉRIA**

ORIENTADORA: Prof. Dr^a. Tania Cremonini Araújo-Jorge

EXAMINADORES:

Professora Doutora Claudia Mara Lara Melo Coutinho

Professor Doutor Marcus Vinicius da Silva Pereira

Professora Doutora Maria das Mercês Navarro Vasconcellos

Professora Doutora Simone Souza Monteiro - Revisora e primeiro suplente

Professor Doutor André Pereira Neto - Segundo suplente

Rio de Janeiro, 23 de março de 2017.

DEDICATÓRIA

Aos educadores que resguardam nas suas práticas a esperança de construção de uma sociedade mais justa. À professora Virgínia Schall (*in memoriam*) mestre e educadora. Aos avós Manoel e Isis (*in memoriam*) pelo amor presente em cada momento da vida.

Metade

Que a força do medo que tenho não me impeça de ver o que anseio que a morte de tudo em que acredito não me tape os ouvidos e a boca porque metade de mim é o que eu grito, mas a outra metade é silêncio.

Que a música que ouço ao longe seja linda ainda que tristeza que a mulher que amo seja pra sempre amada mesmo que distante porque metade de mim é partida mas a outra metade é saudade.

Que as palavras que eu falo não sejam ouvidas como prece e nem repetidas com fervor apenas respeitadas como a única coisa que resta a um homem inundado de sentimentos porque metade de mim é o que ouço, mas a outra metade é o que calo.

Que essa minha vontade de ir embora se transforme na calma e na paz que eu mereço e que essa tensão que me corrói por dentro seja um dia recompensada porque metade de mim é o que penso, mas a outra metade é um vulcão.

Que o medo da solidão se afaste e que o convívio comigo mesmo se torne ao menos suportável que o espelho reflita em meu rosto num doce sorriso que eu me lembro ter dado na infância porque metade de mim é a lembrança do que fui a outra metade não sei

Que não seja preciso mais do que uma simples alegria pra me fazer aquietar o espírito e que o teu silêncio me fale cada vez mais porque metade de mim é abrigo, mas a outra metade é cansaço.

Que a arte nos aponte uma resposta mesmo que ela não saiba e que ninguém a tente complicar porque é preciso simplicidade pra fazê-la florescer porque metade de mim é plateia e a outra metade é canção.

E que a minha loucura seja perdoada porque metade de mim é amor e a outra metade também.

(Oswaldo Montenegro)

AGRADECIMENTOS

Ao Deus Pai, Filho e Espírito Santo por toda a energia que é renovada a cada amanhecer e por me conceder a força necessária para enfrentar os obstáculos e conflitos pessoais que muitas vezes pareceram intransponíveis. “Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas!”

Aos meus pais, Manoel e Matilde, por investirem em minha educação, vibrarem com cada conquista e me incentivarem a prosseguir por caminhos que para eles são desconhecidos.

Ao Rafael, meu noivo, amigo e companheiro de todas as horas, o meu muito obrigada por compartilhar comigo os prazeres e as desventuras da vida. Gratidão por me mostrar que a vida é muito mais do que eu já havia experimentado, me fazer tentar a cada dia ser uma pessoa melhor e a ter fé na humanidade. E claro, obrigada pelas inúmeras revisões não oficiais e pelas conversas acadêmicas “teórico-metodológicas”. Trilhar esse caminho com você foi muito melhor.

À querida professora Tania Araújo-Jorge, profissional dedicada e repleta de predicados, agradeço muito por seu empenho em me ofertar sempre as melhores condições para a realização deste trabalho e pelas tantas oportunidades ofertadas ao longo do doutorado. Meu agradecimento todo especial por seu carinho e acolhida no LITEB. Sigo com admiração ao seu pioneirismo, coragem e simplicidade. Essa conquista também é sua!

À querida professora Claudia Coutinho por ter contribuído desde o início para a evolução deste trabalho através de observações oportunas na banca do seminário discente, qualificação e defesa final.

À professora Simone Monteiro por seu carinho e generosidade demonstrada desde o meu ingresso na Fiocruz. Gratidão por sua disponibilidade em revisar esta tese. Prossigo com admiração ao seu profissionalismo e doçura.

Ao professor Marcus Vinicius da Silva Pereira por ter agregado importantes recomendações para o aperfeiçoamento deste trabalho na etapa de qualificação e na banca final de avaliação.

Ao professor Antônio Henrique de Moraes Neto por suas contribuições valiosas na etapa de qualificação desta tese.

Aos professores Maria Mercês Navarro e André Pereira Neto pela disponibilidade em compor a banca final de avaliação deste trabalho.

Aos queridos companheiros do Laboratório de Inovação, Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB), Anunciata, Anna, Valéria Trajano, Telma, Rita Machado, Marcus Matraca e Cristina Borges por dividirem tantos momentos da construção deste trabalho.

Meu agradecimento todo especial ao querido amigo Marcelo Mendes por sua amizade, carinho e profissionalismo imprescindível para a realização das oficinas que integram esta tese.

Meu agradecimento ao Juranir Badaró pela generosidade em compartilhar comigo um novo olhar através das imagens. Gratidão pela parceria e aprendizado!

Meu agradecimento às queridas amigas Roberta, Zilene, Bartira e Bianca pela companhia nos anos como discente da PG EBS. Obrigada pelas tantas risadas e por compartilharem de tantos momentos nessa caminhada que nem sempre foi fácil. Mesmo com a vida nos direcionando para caminhos distintos, os laços de amizade perduram.

Ao amigo Marcelo Barros pelo incentivo nos momentos de dúvidas e insegurança, principalmente na etapa de qualificação desta tese.

Ao Isac Macedo por sua paciência e ajuda sempre necessária nos momentos burocráticos da pós-graduação. Meu muito obrigada por sua dedicação em fazer sempre o melhor!

Às queridas docentes Gerlinde Teixeira, Virgínia Schall (*in memoriam*) e Denise Pimenta. Mulheres, cientistas e seres iluminados que tive o prazer de conviver em diferentes momentos da minha formação. Sem as contribuições de cada uma a realização deste trabalho não seria possível.

Aos docentes da PG EBS que contribuíram para minha formação.

Aos meus avós Isis (*in memoriam*) e Manoel (*in memoriam*) pelo amor sempre demonstrado e por me incentivarem a fazer o meu melhor em todos os momentos da vida.

À minha avó Cacilda que, mesmo sem conhecer o poder das palavras, sempre demonstrou seu orgulho por cada conquista. Aos familiares pelo carinho e torcida para a conclusão deste trabalho.

Às amigas queridas Prof^a Célia Santiago e Priscila Santos pelo carinho e incentivo.

Aos gestores municipais do PSE que contribuíram para a realização deste trabalho através de seus relatos e as Secretarias Estaduais de Educação por fornecerem os documentos necessários à pesquisa.

Aos participantes das oficinas realizadas em Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ) pela disponibilidade de participação e pela generosidade em partilhar do processo crítico e criativo sobre a realidade. Esse trabalho é para vocês!

Ao Governo Federal, eleito de forma democrática, que ao longo de 13 anos (2003-2016) implementou importantes políticas públicas no Brasil que auxiliaram à população, especialmente a de baixa renda, a estudar, empoderar-se e ter acesso aos serviços públicos essenciais.

À ex Ministra Tereza Campello pela amabilidade e solicitude em ler este trabalho e contribuir de forma tão generosa com importantes sugestões para o seu aprimoramento. Deixo registrado meu respeito e admiração por seu trabalho à frente da equipe que implementou uma política pública efetiva para reconfiguração social no país e pioneirismo ao propor um novo olhar sobre a população que se encontra na faixa de pobreza e extrema pobreza e que até então eram negligenciadas nas suas necessidades básicas. Meu agradecimento!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos que permitiu dedicação integral a este estudo nos primeiros 27 meses da pesquisa.

Meu agradecimento a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) pela concessão da bolsa doutorado nota 10 que mesmo com sucessivos atrasos representou o reconhecimento do trabalho desenvolvido e forneceu os subsídios necessários para a conclusão desta tese.

MOTIVAÇÃO E CAMINHOS PERCORRIDOS

Em 2005 ingressei no curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal Fluminense (UFF) e logo no primeiro semestre conheci a Dr^a Gerlinde Teixeira. Na ocasião, a docente mencionou que paralelamente às pesquisas que realizava na área de imunologia, também coordenava o Espaço UFF de Ciências (EUFFC). O local destina-se a elaboração e realização de atividades de divulgação científica, desenvolvimento de materiais educativos e na oferta de formação inicial e continuada para professores.

No EUFFC tive a oportunidade de desenvolver, junto com o grupo, um material educativo que dinamizasse a abordagem de doenças causadas por diferentes agentes etiológicos e que apresentassem relação com a água¹.

Na relação com os professores de Ciências de diferentes localidades do estado do Rio de Janeiro, ao longo dos dois anos de execução da oficina, somaram-se relatos, por parte dos docentes participantes, sobre a incidência da dengue e de diferentes parasitoses intestinais que acometiam seus alunos. No entanto, estes argumentavam que o papel das ações de prevenção e controle de tais doenças caberia ao setor da saúde e que o ensino teria pouca ou nenhuma participação neste sentido. Se percebiam atuando, assim, como coadjuvantes no processo.

Paralelamente, em Itaboraí, município em que resido, acompanhava diferentes relatos tanto da população quanto de profissionais de saúde sobre a crescente incidência de dengue e de algumas parasitoses intestinais como giardíase, ascaridíase e amebíase. Observei que no ano de 2002, quando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município, com a ausência de Unidades de Saúde, em muitas localidades, equipes do PSF utilizavam escolas, igrejas e outros espaços públicos para a reunião entre os profissionais e as atividades assistenciais e educativas junto à comunidade.

Me intrigava se no espaço escolar compartilhado entre professores e profissionais de saúde se processava alguma ação educativa de forma integrada, voltada à abordagem de aspectos gerais sobre saúde ou sobre os agravos descritos anteriormente. A expectativa de tentar responder às minhas dúvidas, o crescente desejo em continuar contribuindo para a abordagem de temas voltados à saúde e ambiente no âmbito do ensino de Ciências e o

¹ O projeto foi subsidiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) contemplado na chamada de “Propostas para Apoio a Projetos no Âmbito da Ação Vertical de Popularização da Ciência: Olhando para a Água, do Fundo Setorial de Recursos Hídricos”. Edital MCT/CNPq/CT-HIDRO – n° 015/2005.

propósito de realizar um trabalho que contribuísse para o debate na região em que resido me trouxeram ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde (PG EBS).

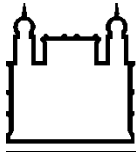
Ao verificar as diferentes linhas de pesquisa dos docentes da PG EBS me identifiquei com a linha voltada à educação em saúde no espaço escolar desenvolvida pela Dr^a Virgínia Torres Schall que prontamente aceitou me orientar. Na ocasião estabeleceu-se uma parceria com a Dr^a Denise Nacif Pimenta que colaborou efetivamente para o desenvolvimento do trabalho. A pesquisa realizada no mestrado analisou as percepções expressas por professores de ciências e biologia e de profissionais de saúde, que atuam em uma localidade do município de Itaboraí (RJ), com relação às ações educativas executadas para auxílio à prevenção da dengue e os recursos pedagógicos (livros didáticos e materiais educativos/informativos impressos) destinados a estas ações.

Algumas das inquietações que me trouxeram à PG EBS foram satisfeitas com a realização do trabalho e também devido ao cenário de desenvolvimento do projeto de mestrado me aproximei do Programa Saúde na Escola (PSE). Assim, outras perguntas surgiram ao longo do processo e junto a isso a necessidade de investigar o contexto das doenças negligenciadas de forma mais ampla. Além disso, havia um incômodo pessoal quanto à escassez de recursos educativos que estimulasse um trabalho articulado entre os diferentes atores do PSE, seja para a prática profissional ou sua formação.

Na ocasião da defesa da dissertação de mestrado, fui convidada pela Dr^a Tania Araújo-Jorge, que presidia a banca de avaliação do trabalho, a desenvolver um projeto que relacionasse as doenças negligenciadas, o PSE e o contexto do Plano Brasil sem Miséria. Elaborei o projeto e apresentei à Dr^a Tania que prontamente aceitou me orientar. O projeto foi submetido dentro edital especial Fiocruz/CAPES “Brasil sem Miséria” e aprovado em dezembro de 2013. Em março de 2015 fui indicada pela coordenação da PG EBS e passei a ser bolsista nota 10, atendendo ao edital da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) que concede a uma bolsa de estudos aos pós-graduandos de destacado desempenho acadêmico. Foi, portanto, uma série de felizes encontros e sintonias.

ÍNDICE

I. CAPÍTULO I	17
I.1.1 INTRODUÇÃO.....	17
I.1.2 DELINEAMENTO.....	19
I.1.3 OBJETIVO GERAL.....	19
I.1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
I.1.5 ESTADO DA ARTE.....	20
I.1.5.1 As doenças negligenciadas: o contexto.....	20
I.1.5.2 O plano Brasil sem Miséria: o desafio da intersetorialidade e do acesso à saúde e educação.....	29
I.1.5.3 O Programa Saúde na Escola: espaço de promoção da saúde, controle e prevenção de doenças negligenciadas.....	34
I.1.5.4 Ensino de Ciências, saúde e currículo.....	39
II. CAPÍTULO II	44
II.1.1 MÉTODOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS.....	44
II.1.2 A PESQUISA QUALITATIVA.....	44
II.1.2.1 ETAPA 1: ANÁLISE DOCUMENTAL.....	45
II.1.2.2 ETAPA 2: ATIVIDADE DE CAMPO.....	49
II.1.2.2.1 Territórios e contexto das atividades de campo.....	49
II.1.2.2.2 Entrevista semiestruturada.....	52
II.1.2.2.3 Oficina dialógica.....	54
III CAPÍTULO III	55
III.1.1 RESULTADOS	55
III.1.1.1 ARTIGO 1: As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de Ciências e o Programa Saúde na Escola.....	56
III.1.1.2 MANUSCRITO 1: Programa Saúde na Escola (PSE), Plano Brasil sem Miséria (BSM) e doenças negligenciadas – um panorama a partir da análise documental: contribuições para uma agenda integrada.....	74
III.1.1.3 ARTIGO 2: Doenças negligenciadas e o ensino de ciências: reflexões elaboradas a partir das propostas curriculares.....	94
III.1.1.4 MANUSCRITO 2 (submetido): O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas? Aportes para a educação em saúde no ensino de Ciências.....	108
III.1.1.5 MANUSCRITO 3 (submetido): Programa Saúde na Escola, promoção da saúde e as doenças negligenciadas: articulações possíveis? A visão dos representantes da gestão municipal sobre a questão.....	127
III.1.1.6 OFICINAS DIALÓGICAS.....	150
III.1.1.7 MATERIAL EDUCATIVO 1 (protótipo a ser publicado <i>on line</i>): Comunicação Ciência e Saúde 1 – Doenças negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses.....	156
III.1.1.8 MATERIAL EDUCATIVO 2 (protótipo a ser publicado <i>on line</i>): Comunicação, Ciência e Saúde 2- Doenças negligenciadas em oficinas de imagem em movimento.....	167
III.1.1.9 NOTA TÉCNICA: Nota Técnica – LITEB IOC 01/2017 Recomendações para a abordagem das doenças negligenciadas no Ensino: Base Curricular Nacional e Programa Saúde na Escola (PSE).....	176
IV CAPÍTULO IV	191
IV.1.1 DISCUSSÃO	191
IV.1.1.1 Considerações gerais sobre o trabalho.....	191
IV.1.1.2 Considerações sobre as estratégias educativas ensaiadas no trabalho: oficinas dialógicas e materiais educativos.....	195
IV.1.1.3 Expectativas de diálogo da Academia com os Serviços através da Nota Técnica.....	200
IV.1.1.4 Perspectivas e desdobramentos.....	201
IV.1.2 CONCLUSÕES FINAIS	203
V REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	204
VI ANEXOS	221
VII APÊNDICES	225



Ministério da Saúde

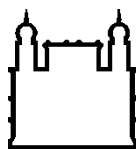
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

RESUMO

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): CONTRIBUIÇÕES PARA A INTEGRAÇÃO DE ESTRATÉGIAS ENVOLVENDO AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E O PLANO BRASIL SEM MISÉRIA

O Programa Saúde na Escola (PSE) possui o potencial de colaborar para a mitigação das doenças negligenciadas e foi integrado ao Plano Brasil sem Miséria (BSM), no eixo de acesso aos serviços públicos. Ao mesmo tempo, um bilhão de pessoas no mundo são afetadas pelas doenças negligenciadas. Sob o enfoque qualitativo, esta pesquisa objetivou promover um diagnóstico dos documentos de referência sobre o PSE, as doenças negligenciadas e o BSM e propor uma estratégia educativa sobre as doenças negligenciadas em áreas trabalhadas pelo BSM. Para a consecução dos objetivos propostos ao projeto foram empregadas as metodologias de (i) análise de documentos, (ii) entrevista semiestruturada junto aos gestores municipais do PSE e (iii) realização de oficinas dialógicas. A partir da análise documental recomendamos: (i) pontos a serem melhorados para uma agenda integrada e com sinergia de propostas relacionando as estratégias sobre as doenças negligenciadas no âmbito do PSE e BSM; (ii) propostas de formação para os profissionais que atuam no PSE e; (iii) a explicitação da importância da abordagem das doenças negligenciadas no contexto do PSE, principalmente nas áreas prioritárias do BSM. A universalização do PSE revelou-se como importante avanço no período abarcado pela pesquisa. Reunimos e examinamos também 24 propostas curriculares. Os resultados apontaram que somente nove destes currículos abordaram as doenças negligenciadas como conteúdos de relevância e persiste a ideia de que a saúde é um bem estritamente biológico ou produto de ações prescritivas e ganhos cognitivos. Na visão dos gestores entrevistados emergiram como pontos críticos (i) a alternância de temas a serem trabalhados no PSE, (ii) a verticalização do diálogo entre as três esferas governamentais, (iii) a ausência de recursos educativos e (iv) a necessidade de maior abordagem sobre a tuberculose, hanseníase e geohelmintoses. A realização de oficinas durante as expedições científicas realizadas em Rio Branco (AC) e Manguinhos (RJ) viabilizaram a construção de dois materiais educativos (protótipos) a serem divulgados *online* com os passos da estratégia proposta. Além disso, construímos também como produto uma Nota Técnica com orientações destinadas ao aprimoramento da abordagem do tema das doenças negligenciadas no espaço escolar e no âmbito do PSE.

Palavras-chave: Doenças negligenciadas; Programa Saúde na Escola; Plano Brasil sem Miséria; intersetorialidade.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ABSTRACT

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): CONTRIBUTIONS TO INTEGRATION STRATEGIES INVOLVING THE NEGLECTED DISEASES AND PLANO BRASIL SEM MISÉRIA

The Health at School Program (Programa Saúde na Escola -PSE) has the potential to collaborate on the mitigation of neglected diseases and has been integrated into the Brazil Without Misery (Plano Brasil sem Miséria -BSM) in the axis of access toward public services. At the same time 1 billion people worldwide are affected by neglected diseases. Under a qualitative approach this research aimed to promote a diagnosis of reference documents on the PSE, neglected diseases and the BSM, and to propose an educational strategy for neglected diseases in areas covered by BSM. In order to achieve the objectives proposed for this project were used the methodologies of (i) document analysis, (ii) semi-structured interviews with PSE municipal managers, and (iii) dialogic workshops. From the documents' analysis we recommended (i) some points to be improved for an integrated agenda with synergy of proposals related to strategies on neglected diseases in the scope of the PSE and BSM; (ii) the training proposals for professionals working in the PSE and, (iii) the importance of addressing neglected diseases in the PSE context, especially in the BSM priority areas. The universalization of the PSE was revealed as an important advance in the period covered by this research. Twenty-four curriculum proposals were also discussed and examined. The results shown that only nine of them have addressed neglected diseases as a relevant content. The idea that health is a strictly biological asset or product of prescriptive actions and cognitive gains persists. From the view of the interviewed managers critical points emerged such as (i) the alternation of themes to be worked on in the PSE, (ii) the verticalization of the dialogue between the three governmental spheres, (iii) the absence of educational resources and (iv) the need for a greater approach on tuberculosis, leprosy and geohelminthoses. The realization of workshops during scientific expeditions carried out in Rio Branco (AC) and Manguinhos (RJ) enabled the construction of two educational materials (prototype) to be released online describing the steps of the proposed strategy. In addition we also built a Technical Note with guidelines aiming at improving the approach of the subject of neglected diseases in schools and within the scope of PSE.

Keywords: Neglected diseases; Health at School Program; Brazil Without Misery; intersectoriality.

LISTA DE FIGURAS

Figura III-1: Oficinas realizadas em Rio Branco (AC).	154
Figura III-2: Oficina realizada em Manguinhos (RJ).	155

LISTA DE QUADROS

Quadro I-1: Doenças listadas como negligenciadas e suas regiões de ocorrência.	24
Quadro I-2: Principais doenças negligenciadas no contexto nacional e número de casos estimados no Brasil.	25
Quadro II-1: Síntese dos sites consultados, número de documento analisados e descritores utilizados.	46
Quadro II-2: Categorias e aspectos abordados na descrição dos documentos.	47
Quadro III-1: Vídeos empregados nas rodas de discussão sobre doenças negligenciadas e os locais de realização das oficinas.	150
Quadro III-2: Etapas e descrição da oficina “Comunicação, Ciência e Saúde”.	151

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABC – Academia Brasileira de Ciências.
- BC – Brasil Carinhoso
- BF – Bolsa Família
- BSM – Brasil sem Miséria
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CPqAM – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- DAB – Diretoria de Atenção Básica
- DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia.
- DNDi - *Drugs for Neglected Diseases initiative*
- EPS - Escolas Promotoras de Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IFAC – Instituto Federal do Acre
- IOC – Instituto Oswaldo Cruz.
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
- MS – Ministério da Saúde.
- OMS – Organização Mundial da Saúde.
- ONU - Organização das Nações Unidas
- OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
- PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais
- PG EBS - Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde
- PIBID – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento.

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

PNLD – Programa Nacional do Livro Didático

PSE – Programa Saúde na Escola.

SAS – Secretaria de Atenção a Saúde

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SE – Secretaria Executiva

SGTES - Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TDR - *Programme for Research & Training in Tropical Diseases*

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO – *World Health Organization*

I. CAPÍTULO I

I.1.1 INTRODUÇÃO

Com uma perspectiva integradora, as políticas públicas intersetoriais são constituídas com base na interação entre dois ou mais setores por meio de atividades estruturadas, planejadas e programadas, que de modo diferenciado trabalham em prol de um objetivo em comum (ADELEYE e OFILI, 2010; JUNQUEIRA, 2004; TEIXEIRA e PAIM, 2000). Elas são estabelecidas essencialmente pelo compartilhamento de poder e de articulação dos interesses, saberes e ações das instituições participantes (TEIXEIRA e PAIM, 2000).

Quando lançamos o olhar sobre uma questão social complexa são necessárias várias interpretações e maneiras de abordar a fim de agregar saberes e práticas para a compreensão e o desenvolvimento integrado de soluções que garantam à população uma vida equânime (JUNQUEIRA, 2004). No âmbito da saúde, a intersetorialidade vincula-se ao conceito de integralidade que credita o ser humano como complexo e, entrelaçado a isso, considera-se a saúde como um fenômeno multifacetado. Neste sentido, o setor da saúde isoladamente não daria conta da dimensão da promoção da saúde em sua totalidade (DUBOIS, ST-PIERRE e VERAS, 2015). Em síntese:

A ação intersetorial é um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade. O homem é considerado na sua integralidade, superando a autonomização e a fragmentação que têm caracterizado a gestão das políticas sociais para uma dimensão intersetorial (JUNQUEIRA, 2004, p. 27).

Neste contexto, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade restrita ao setor saúde, pois os problemas de saúde observados nem sempre são decorrentes única e exclusivamente da ausência de assistência. Deste modo, requer a articulação de diversos setores (CZERESNIA, 2009; PAULA, PALHA e PROTTI, 2004).

A abordagem intersetorial transcende o campo burocrático ou das práticas políticas. A integralidade, presente na concepção da intersetorialidade, envolve a compreensão dos sujeitos em sua totalidade, como seres históricos, políticos e sociais (MACHADO *et. al.*, 2007). As práticas educativas em saúde possuem o potencial de se inserir como uma estratégia promotora da articulação entre setores, pois viabilizam a contribuição de diversos atores. Compreendendo que a saúde é multidimensional torna-se imprescindível a valorização da autonomia do indivíduo para o seu alcance. Deste modo, a Educação em Saúde é um dos componentes para a Promoção da Saúde (CARNEIRO *et. al.*, 2012).

O presente trabalho se situa neste campo de reflexões e faz proposições quanto à formulação e às estratégias adotadas pela política pública denominada Programa Saúde na Escola (PSE), no que se refere à abordagem das doenças negligenciadas, no recorte territorial de interseção entre o PSE no Plano Brasil sem Miséria (BSM). O estudo é amparado por referenciais do campo da saúde e ensino, especificamente do Ensino de Ciências e a Educação em Ciências. Para o seu desenvolvimento, o estudo foi conduzido por subsídios metodológicos do campo das Ciências Sociais, almejando-se a satisfação das perguntas delineadas e fazendo jus à linha de pesquisa em que a tese está situada no contexto do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde (PG EBS): Ciências Sociais e Humanas aplicadas ao Ensino em Biociências e Saúde.

A tese está estruturada segundo a seguinte sequência: No capítulo 1 encontra-se o delineamento do estudo; o levantamento bibliográfico que balizou a pesquisa, iniciando com o contexto das doenças negligenciadas; a inserção do Plano Brasil sem Miséria como promotor de equidade e elo articulador entre saúde e educação; o Programa Saúde na Escola e sua atuação na promoção da saúde, controle e prevenção de agravos e; o ensino de Ciências, o currículo e suas contribuições para a abordagem da saúde e superação das doenças negligenciadas. Após a apresentação do estado da arte é exposto o capítulo 2, composto pelo caminho metodológico que consiste na descrição dos métodos de investigação, técnicas de coleta e análise dos dados. No capítulo 3 são apresentados os resultados em formato de artigos científicos, documento técnico e materiais educativos. Por fim, o capítulo 4 é composto pela discussão integrada dos resultados da tese, exposição das limitações e a perspectiva de desdobramento de estudos futuros.

I.1.2 DELINEAMENTO

I.1.2.1 Problema

Qual o estado da arte dos documentos de referência sobre o PSE, o BSM e as doenças negligenciadas? É possível desenvolver uma estratégia educativa sobre as doenças negligenciadas nos territórios do BSM?

I.1.2.2 Objetivo Geral

Promover um diagnóstico dos documentos de referência sobre o Programa Saúde na Escola (PSE), as doenças negligenciadas e o Plano Brasil sem Miséria (BSM) e propor uma estratégia educativa sobre as doenças negligenciadas em áreas trabalhadas pelo BSM.

I.1.2.3 Objetivos Específicos

1) Analisar os documentos oficiais de nível nacional que norteiam as ações do PSE, do BSM e sobre as doenças negligenciadas;

2) Analisar o tema das doenças negligenciadas nas propostas curriculares de Ciências voltadas ao 6º ao 9º ano do ensino fundamental;

3) Compreender a visão do (a) gestor(a) municipal e de possíveis membros de sua equipe sobre as políticas públicas e o PSE e a situação local e as doenças negligenciadas;

4) Desenvolver uma oficina dialógica voltada para a reflexão do tema das doenças negligenciadas em áreas inclusas pelo BSM.

I.1.3 ESTADO DA ARTE

I.1.3.1 As Doenças Negligenciadas: o contexto

Tradicionalmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) agrupa as doenças em (i) globais quando atingem toda a população, (ii) doenças negligenciadas e (iii) mais negligenciadas. As doenças negligenciadas e mais negligenciadas têm maior ocorrência e persistência em condições de pobreza (WHO, 2012). Esse grupo de agravos são pautados na agenda de discussão da OMS desde 1948. Aplicou-se a terminologia “negligenciada” para designar, inicialmente, um grupo de agravos em que havia ausência de interesse da indústria de fármacos em investir em pesquisas voltadas ao desenvolvimento de drogas para essas doenças que acometiam preferencialmente as populações em maior vulnerabilidade social (WINTER, 2012). Tal fato fez com que nos últimos anos preferencialmente tenha-se aplicado o termo “doenças associadas à pobreza” ao invés de “doenças negligenciadas”.

Contudo, há décadas tem-se mostrado que a negligência em relação a este grupo de doenças não se restringe ao nível da escassez de medicamentos, investimentos em pesquisa e desenvolvimento ou acesso a serviços como assistência médica. A este respeito Morel (2006) indica três lacunas que contribuem para a construção desse contexto, sendo eles: (1) falha da ciência - conhecimentos insuficientes; (2) falha de mercado - medicamentos ou vacinas inexistentes ou a um custo restritivo; (3) falha de saúde pública - medicamentos baratos ou mesmo gratuitos, mas que não são utilizados devido ao planejamento deficiente.

Além disso, estudos posteriores indicaram a existência de lacunas também em relação ao acesso às informações sobre esses agravos e à escassez de processos educativos pouco comprometidos com a formação de sujeitos críticos que possam atuar sobre sua condição de saúde, seja por meio de ações individuais ou coletivas através do cumprimento de seus deveres e ciência sobre seus direitos (PIMENTA, 2008; ASSIS, 2012).

Deste modo, frequentemente as informações sobre as doenças negligenciadas são inexistentes ou pouco acessíveis à população, seja técnica ou público em geral. Os processos educativos, por sua vez, acabam se comprometendo muito mais em incorporar ideias de como e de que forma as populações devem se portar a fim de prevenir agravos ao invés de colaborar para a discussão dos determinantes sociais envolvidos e o exercício da autonomia. Assim, partimos do princípio que o negligenciamento não se restringe ao nível dos investimentos financeiros e da indústria de fármacos.

É necessário lembrar que a ausência de investimentos em acesso a saneamento, água potável, serviço de saúde adequado e educação contribuem para o contexto de desigualdade que cerca esse grupo de doenças (SCHNEIDER *et al.*, 2011). Deste modo, trataremos o grupo de doenças associadas à pobreza neste trabalho também como doenças negligenciadas, pois as dimensões da negligência correspondem também ao eixo educativo e de formação, seja da população em geral ou dos profissionais técnicos que medeiam ações junto à população. Portanto, essas lacunas também contribuem para a ocorrência e perpetuação dessas doenças e seu cenário de desigualdade.

Embora o tema das doenças negligenciadas e sua emergência estivesse em pauta desde 1945 na OMS, foi a partir da década de 1970 que se observou a ascensão da questão a nível internacional. Exemplo disso foi o surgimento do *Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases* (TDR) em 1975. O seu início se deu a partir de uma assembleia mundial, realizada em 1974, em que foi requerido um programa visando à intensificação das atividades no campo da pesquisa sobre as principais doenças parasitárias tropicais (como a malária, oncocercose, esquistossomose e as tripanosomíases), levando em consideração que tais atividades devem ser realizadas em áreas endêmicas (WHO, 2007).

Além disso, a criação do TDR foi motivada também a partir da definição das prioridades de pesquisa sobre o problema destas doenças em diversas regiões do mundo; expansão da cooperação com instituições nacionais e outras organizações governamentais e não governamentais no que se refere à coordenação da investigação neste campo, e ainda o angariamento de recursos em maior escala para esses fins (WHO, 2007). O que já chamava a atenção desde aquela época é que doenças infecciosas e parasitárias causavam sofrimento, morte e retardavam o desenvolvimento socioeconômico de países em desenvolvimento (WHO, 2007).

Em suma, o TDR visava desenvolver ou aplicar novas tecnologias e estratégias para as necessidades prioritárias de saúde dos indivíduos de países afetados pelas doenças negligenciadas (MAHONEY e MOREL, 2006). Com o passar das décadas, houve ampliação do número de pessoal qualificado nas nações onde as doenças negligenciadas são endêmicas. Tal fato impulsionou a entidade a rever seus objetivos e estratégias. A instituição passou a operar em parceria com órgãos locais principalmente na discussão da agenda de prioridades para dentro dos países (WHO/TDR, 2012).

Outro evento importante foi a criação da organização sem fins lucrativos *Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi), em 2003. A DNDi visa ao desenvolvimento de drogas para as doenças consideradas mais negligenciadas², projetos de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) para doenças negligenciadas ou desenvolvimento de diagnósticos e/ou vacinas atendendo, assim, as necessidades de mercado que a indústria farmacêutica não é capaz de satisfazer (DNDi, 2014). No Brasil, a DNDi tem seu escritório sediado no Rio de Janeiro. O complexo Farmanguinhos é um parceiro relevante da organização. Exemplo desta parceria é a transferência de tecnologia ASMQ³ para tratamento da Malária. Além das atividades de prospecção de fármacos, a DNDi América Latina se ocupa da produção de materiais audiovisuais (filmes e documentários), bem como outras ações de informação, educação e comunicação (DNDi América Latina, 2014).

Outro passo importante para a materialização de um cenário mais equânime em relação à saúde, e conseqüente contenção do contexto das doenças negligenciadas compreende a Declaração de Alma Ata. O documento é fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978 (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). A declaração destaca a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento.

Entidades governamentais e não governamentais são convocadas pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com a finalidade de participar de uma ação conjunta visando à Promoção da Saúde. Em relação aos cuidados primários de saúde, a educação é destacada como essencial para o controle e prevenção dos problemas de saúde prevalentes nos países em desenvolvimento. Além disso, o acesso ao saneamento básico e à alimentação são também apontados como cruciais para a saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

² As doenças são classificadas como mais negligenciadas ou do tipo III quando são exclusivas de países em desenvolvimento (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS - MSF, 2001).

³ A ASMQ é uma medicação combinada de artesunato (AS) e mefloquina (MQ) que é administrada aos pacientes para tratamento da malária.

Em setembro de 2000, os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) firmaram o compromisso de um conjunto de objetivos específicos que compõem o documento intitulado “Declaração do Milênio”, onde foram reunidos oito objetivos a serem atingidos no milênio que se iniciava. Dentre as questões pautadas no documento incluiu-se a erradicação da pobreza extrema e da fome; o ensino primário universal; e a garantia da sustentabilidade ambiental (ONU, 2000).

O relatório dos “Objetivos do Milênio”, lançado em 2014, indica o alcance de várias metas estabelecidas como, por exemplo, a redução da pobreza extrema⁴ pela metade no mundo. Contudo, o documento reporta a necessidade de que esforços sejam intensificados para que haja um decréscimo do número de pessoas em situação de pobreza, que continua elevado. Segundo o documento, 700 milhões de pessoas (22%) que vivem em regiões em desenvolvimento no mundo, até 2010, ainda se encontravam em situação de pobreza extrema (ONU, 2014). A superação de tal cenário é imperativa para o alcance das metas de redução das doenças negligenciadas (ONU, 2014).

Atualmente 17 doenças são descritas como negligenciadas, predominantemente com distribuição em regiões tropicais e com agenda apontada pela OMS como urgente, sendo que 11 destes agravos tem sua ocorrência registrada no Brasil (Quadro I-1).

⁴ Adotamos definição de que a “pobreza extrema” corresponde a pessoas cuja a renda per capita domiciliar é menor que R\$ 50,00. Condição essa que viabiliza elegibilidade para o benefício incondicional do Programa Bolsa Família (OSÓRIO, SOARES e SOUZA, 2011).

Quadro I-1: Doenças listadas como negligenciadas e suas regiões de ocorrência.

DOENÇA	REGIÃO DE OCORRÊNCIA	OCORRÊNCIA NO BRASIL
Leishmaniose tegumentar	América Latina, África e Ásia.	Sim
Doença de Chagas	Américas, África, Ásia, Europa e Austrália.	Sim
Dengue	Américas, Sudeste da Ásia, Oeste do Mediterrâneo.	Sim
Tripanossomíase Humana Africana	África.	Não
Leishmaniose visceral	América Latina, África, Região do Mediterrâneo e Ásia.	Sim
Leptospirose	Américas, Oeste do Mediterrâneo, África e Ásia.	Sim
Raiva	América Latina, África, Oeste da Europa e Ásia.	Não
Tracoma	África, Ásia, América Central, América do Sul e Austrália.	Sim
Treponematoses (sífilis)	América do Sul, África e Ásia.	Sim
Cisticercose	América Latina, Sul e sudeste da Ásia e África.	Não
Dracunculíase	Sudeste da Ásia e África.	Não
Equinococose	África, América do Sul, Sibéria e China.	Não
Trematodíases transmitidas por alimentos	Ásia, Américas, Europa, Ásia e Oceania.	Não
Filariose linfática	América Latina, África e Ásia.	Sim
Oncocercose	América Latina e África.	Sim
Esquistossomose	América do Sul e África.	Sim
Helmintoses transmitidas pelo solo	América Latina, África e Ásia.	Sim

Fonte: WHO (2013).

Cabe destacar que outras doenças como a AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras também são caracterizados com agravos negligenciados importantes no mundo por impactarem principalmente as populações pobres e extremamente pobres, especialmente em áreas em desenvolvimento (WHO, 2012). A OMS alerta para a redução dos investimentos voltados para políticas para o controle do HIV/AIDS na última década. Em relatório publicado em resposta à política mundial de saúde desenvolvida nos últimos dez anos (2007-2017) ainda é sinalizada a emergência de agravos como a tuberculose e malária junto as populações dos países em desenvolvimento. Como medidas indicadas para superação deste cenário, no documento estão listadas a integração das políticas para controle das doenças negligenciadas reportadas em substituição as estratégias isoladas que demandam um volume maior de recursos e o estímulo a parcerias estratégicas entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2017).

Já no cenário nacional, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) emitiu em 2011 uma nota técnica justificando 15 doenças como negligenciadas, destacando as principais no contexto nacional. A discriminação das doenças negligenciadas mais relevantes no cenário nacional e os números atualizados são apresentados no quadro I-2.

Quadro I-2: Principais doenças negligenciadas no contexto nacional e número de casos estimados no Brasil.

Doença	Situação	FONTE/REFERÊNCIA
Dengue	1.587.080 casos prováveis em 2015	BRASIL, 2016a
Doença de Chagas	570 casos de doença de Chagas aguda e cerca de 3 milhões de indivíduos afetados na forma crônica.	BRASIL, 2016b
Febre pelo vírus Zika	Presente em 19 estados brasileiros e estima-se que 1,5 milhões de pessoas foram afetadas e 3.500 casos de microcefalia relacionados.	BRASIL, 2016a; BELLUZ, ZARRACINA e MOORE, 2016.
Febre Chikungunya	17.765 casos notificados em 2015	BELLUZ, ZARRACINA e MOORE, 2016.
Malária	143.910 casos confirmados em 2014	BRASIL, 2014a.
Esquistossomose	25 milhões de pessoas vivem em área de risco	BRASIL, 2015a.
Leishmanioses	18.226 de Leishmaniose tegumentar e 3.253 casos de Leishmaniose visceral em 2013, sendo 231 óbitos relacionados à esta última.	BRASIL, 2014b;c;d
Tuberculose	68.467 novos casos confirmados em 2014.	BRASIL, 2015b
Hanseníase	25.738 casos detectados positivos em 2014.	BRASIL, 2014e
Sífilis	6.709 casos confirmados em gestantes e 5.248 de sífilis congênita, somente em 2013.	BRASIL, 2015c
Febre reumática	Estimativa de 30.000 novos casos, sendo que 15.000 poderiam evoluir para o acometimento cardíaco. Responsável por alta incidência de morbidade e internações, principalmente de crianças e jovens.	BARBOSA et al., 2009.
Oncocercose	Encontra-se em fase de pré-eliminação. Não há registro de casos novos no país entre os anos de 2000 a 2012, mas há uma proporção de portadores assintomáticos de microfilárias na pele (4% em 2012).	BRASIL, 2012
Filariose	Estima-se que sejam 30.000 infectados no ano de 2007.	BRASIL, 2009a

Tracoma	Prevalência média de 5%, equivalente a 8.420 casos, entre os anos de 2002 a 2008 em todas as regiões do país. Já em populações indígenas dos estados de Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Roraima e Amazonas verificou-se 3.637 casos de Tracoma, entre os anos de 2000 a 2008.	BRASIL, 2012
Geohelmintoses	Prevalência de 2 a 36% em municípios de IDH baixos. Registro de uma média de 563 óbitos no período de 1996 a 2009.	BRASIL, 2012
Parasitoses intestinais	Estima-se que 9 milhões de crianças em idade escolar estão infectadas.	CHAMMARTIN et al., 2014
Anemias carenciais	Prevalência da anemia ferropriva de 50% em crianças, 20% em adolescentes e de 15% a 30% em gestantes.	FABIAN, 2007.

Fonte: Produzido pela autora.

Em janeiro de 2012, foi dado um importante passo visando ao controle, eliminação ou à erradicação⁵, até 2020, de 10 das 17 doenças descritas pela OMS como negligenciadas e com ocorrência restrita a regiões tropicais. A partir da reunião, ocorrida em Londres, que congregou formuladores de políticas públicas, pesquisadores e ativistas, foi gerado o documento conhecido como “*London Declaration on Neglected Tropical Diseases*”⁶. Na Declaração de Londres são contidas indicações sobre:

- 1) A sustentabilidade e expansão no que se refere aos programas específicos para controle das doenças negligenciadas;
- 2) A distribuição e expansão do acesso aos medicamentos para tratamento dos agravos, estabelecimento de parcerias e financiamento visando à prospecção de tratamentos de última geração e intervenções para doenças negligenciadas;
- 3) A melhoria da articulação entre organizações nacionais e internacionais que atuam no controle das doenças negligenciadas;

⁵ Segundo a OMS (2013) controle corresponde à redução da prevalência e intensidade da mortalidade ou morbidade da doença. Erradicação, por sua vez, é compreendida como redução permanente a zero da incidência da infecção de um patógeno específico e inexistência de sua reintrodução. Já eliminação é interrupção da transmissão em uma dada área circunscrita.

⁶ Disponível em: http://www.who.int/neglected_diseases/London_Declaration_NTDs.pdf?ua=1. Acesso realizado em: 07 de agosto de 2014.

- 4) O aporte financeiro adequado aos países endêmicos para implementar programas de controle das doenças negligenciadas para atingir os objetivos propostos e que estejam alinhados com o sistema de saúde a nível nacional;
- 5) O fornecimento de suporte técnico e ferramentas necessárias para os países em que as doenças negligenciadas são endêmicas, auxiliando, assim, no exercício de avaliação e monitoramento dos programas locais e;
- 6) O fornecimento de atualizações regulares sobre os avanços na consecução dos objetivos traçados para 2020 e as dificuldades a serem vencidas.

Segundo editorial da revista *The Lancet*, de abril de 2014, o Brasil é o país com a maior carga de doenças negligenciadas das Américas. Porém, o governo federal tem enfrentado parcialmente este quadro de modo que as doenças negligenciadas foram inseridas na pauta da estratégia de combate à pobreza extrema, o Plano Brasil sem Miséria (BSM), que será descrito a seguir. Além disso, o país ao agregar ações de promoção da saúde, identificação, controle e prevenção de doenças negligenciadas em conjunto com estratégias intersetoriais, expressa um grande avanço a fim de que se alcancem os objetivos estabelecidos para a redução das doenças negligenciadas (BRASIL, 2012; THE LANCET, 2014). Um exemplo de estratégia intersetorial que está incluso no BSM e possui o potencial para mitigar as doenças negligenciadas é o Programa Saúde na Escola (PSE).

Na última década, os investimentos financeiros no Brasil se tornaram mais volumosos no âmbito das doenças negligenciadas. Neste sentido, podem ser citados os editais temáticos como incentivo à P&D. O Ministério da Saúde lançou em 2003 o primeiro edital temático em tuberculose, seguido pelos editais de dengue (2004) e hanseníase (2005) (BRASIL, 2010).

Desde então, as iniciativas no campo têm continuado. Contudo, apesar da existência de programas de financiamento para pesquisa na área de doenças negligenciadas, sobretudo através do Departamento de Ciência e Tecnologia – Ministério da Saúde (DECIT-MS) e algumas fundações estaduais, eles ainda são insuficientes para que o país avance e busque a liderança mundial (ABC, 2010).

Além disso, são fundamentais para o enfrentamento destes agravos a presença de um sistema de saúde que é universal e os programas específicos para doenças infecciosas como, por exemplo, o Programa Nacional para Controle da Tuberculose (PNCT) que assegura, dentre outras ações, acesso a medicação e subsídios para a realização do tratamento (BARRETO *et al.*, 2011).

Mesmo com numerosos esforços, no âmbito internacional e nacional, segundo a OMS, 1 bilhão de pessoas ainda são acometidas pelas doenças negligenciadas, sendo que a metade deste número compreende a crianças em idade escolar (WHO, 2012). Na América Latina e Caribe 195 milhões de pessoas vivem em situação de pobreza ampliando a suscetibilidade desse grupo às doenças negligenciadas (SCHNEIDER *et al.*, 2011). No Brasil, mais de 100 milhões de indivíduos convivem com as doenças negligenciadas exigindo o emprego de esforços nos mais diversos campos. Deste modo, a contenção das doenças negligenciadas determina que as políticas voltadas ao seu sobrepujamento sejam tão multifacetadas quanto seu contexto (ARAÚJO-JORGE e al., 2014).

Deve-se considerar ainda que as iniciativas no campo devem ser sustentáveis. Ou seja, os resultados, na maior parte das vezes, não são alcançados em um curto prazo (NORRIS *et al.*, 2012). Frente a isso, é necessário que além de mais pesquisas haja maior velocidade na implementação de práticas capazes de contribuir para um cenário mais equânime. Seguindo esta linha, o governo federal estabeleceu uma política não só voltada ao controle e prevenção das doenças negligenciadas, mas no que se refere ao enfrentamento da pobreza. Tal política será detalhada a seguir.

I.1.3.2 O plano Brasil sem Miséria: o desafio da intersectorialidade e do acesso à saúde e educação

Como medida de enfrentamento do cenário de desigualdade social, em junho de 2011, o governo federal lançou o Plano Brasil sem Miséria (BSM) (BRASIL, 2011a; 2014f). O principal desafio do BSM é de que as pessoas que vivessem em condição de extrema pudessem superar este quadro. A iniciativa é fruto do aprendizado com os programas como o “Fome Zero” e o “Bolsa Família” (BF) (BRASIL, 2011a). Visava mobilizar o país para enfrentar este problema, incluindo mais famílias nos programas de transferência de renda (especialmente BF), ampliando o acesso aos serviços públicos (água, energia elétrica, documentação, saúde, educação, saneamento, entre outros), e ampliando as oportunidades de trabalho formal e informal, e de geração de renda (inclusão produtiva urbana e rural) (BRASIL, 2011a).

Apesar do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS desempenhar papel principal para o cumprimento do BSM, compreende-se que tal estratégia somente alcançaria seus objetivos por meio da ação integrada de um conjunto de ministérios, secretarias e órgãos de governo (MENEZES e SANTARELLI, 2013).

Há duas décadas estudos vêm mostrando que o perfil de saúde da população brasileira sofre modificações. Este processo é denominado de transição epidemiológica (PRATA, 1992; PAIM *et al.*, 2011). O ambiente de crescimento econômico, elevação do salário mínimo, controle da inflação, acesso ao crédito, ampliação de programas de transferência de renda e programas sociais de acesso à moradia, água e luz, associado à prevenção (vacinas e controle de vetores), atenção (antibióticos, hidratação oral e outras) e a promoção da saúde, vem reduzindo o impacto das doenças infecciosas na mortalidade da população (BARRETO *et al.*, 2011). Contudo, doenças antigas como, por exemplo, hanseníase, leishmanioses, esquistossomose e outras negligenciadas permanecem presentes na vida dos brasileiros (ARAÚJO-JORGE *et al.*, 2014; IOC/FIOCRUZ, 2011).

Essa situação é incompatível com o papel estratégico que o Brasil pretende (ou pretendia) exercer no cenário mundial, a partir de sua inserção como 5ª maior economia do mundo. Assim, o enfrentamento dos problemas da pobreza extrema não é apenas uma questão de dívida histórica, ética e moral com parte importante da população brasileira, mas componente essencial da soberania nacional no futuro que se desenha no momento, e é esse o contexto e a relevância do BSM (ARAÚJO-JORGE *et al.*, 2014).

O BSM foi organizado em três grandes eixos: (i) transferência de renda por meio dos programas sociais governamentais nas 3 esferas de governo; (ii) acesso aos serviços públicos por parte da população em situação de extrema pobreza, e (iii) inclusão produtiva urbana e rural. Baseando-se no princípio da busca ativa, pretendia-se localizar e identificar todos os brasileiros com direito à transferência de renda e que ainda não haviam sido incluídos e, pelo pacto federativo, envolver as instâncias subnacionais de governo no esforço nacional de superar a extrema pobreza. Uma rede de ações intersetoriais veio sendo conformada, cuja integração é um dos maiores desafios. Os eixos saúde e educação do BSM visam a enfrentar múltiplas questões dessas áreas, nas regiões onde a pobreza ainda é muito prevalente (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde (MS), ao preparar seu Plano Anual, em 2011, definiu 16 objetivos estratégicos a serem cumpridos. O objetivo estratégico que articula a atividade do MS com o BSM é o último, OE#16: “Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país”. Para detalhá-lo, definindo os resultados esperados, seus produtos finais e intermediários, os responsáveis e corresponsáveis, e os resultados prioritários para o ano em questão, foram convocados profissionais representantes dos diversos órgãos do MS, tais como a Secretaria Executiva – SE, a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (BRASIL, 2011b).

É importante destacar o papel da escolarização na superação do cenário de pobreza. Nesse sentido, o BSM se destacou por aliar múltiplas políticas com a finalidade de se alcançar a redução da desigualdade, incluindo as ações que contemplem o espaço escolar. O PSE se enquadra como política pública proeminente neste contexto. O PSE é um programa vinculado a Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, a equipe coordenadora nacional do PSE também se integra ao planejamento estratégico das ações do MS para o BSM. Assim, há uma íntima conexão entre as estas duas políticas públicas que nos interessamos em analisar nesta tese (BRASIL, 2011b; CAMPELLO, 2013).

A partir de 2012, foi implantada a ação Brasil Carinhoso (BC), uma estratégia voltada ao desenvolvimento na primeira infância que envolve iniciativas de educação, saúde e renda. Em sua vertente de renda, o Brasil Carinhoso transformou a lógica de cálculo dos benefícios do BF, instituindo um novo benefício com valor que varia de acordo com a severidade da pobreza. Quanto menor a renda, maior o valor pago pelo BF. Assim, o programa garantiu que todos os seus beneficiários ultrapassassem o patamar de renda da extrema pobreza, de R\$ 70,00 mensais/pessoa (CAMPELLO, 2013). Em suma:

Apenas em 2012, a partir da introdução do benefício do BC, o hiato de pobreza extrema ganha um peso maior na determinação do valor da transferência do PBF. Antes, o BF não desconsiderava completamente o hiato para a determinação do valor do benefício, pois estratificava seus beneficiários em pobres e extremamente pobres, com os últimos fazendo jus a uma transferência de valor fixo por família, o benefício básico. Mas, dentro de cada estrato, o desenho de benefícios ignorava o hiato, estipulando o valor da transferência em função da composição das famílias, do número de crianças de até 15 anos, e a partir de 2007, de jovens de 16 e 17 anos (CAMPELLO, 2013, p.5).

Na última década, o Brasil, conquistou a redução da pobreza e possibilitou a mobilidade social das D e E para a classe C. Estima-se que entre os anos de 2003 e 2010 28 milhões de pessoas saíram da condição de pobreza (MENEZES e SANTARELLI, 2013), um grande feito a ser sustentado. Um conjunto de fatores culminou para que se alcançassem esses resultados como, por exemplo, a recuperação do salário mínimo, a inserção de trabalhadores no mercado formal de empregos e a consolidação de uma política de seguridade social (MENEZES e SANTARELLI, 2013). Mesmo com os avanços alcançados, segundo o Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 16,2 milhões de brasileiros encontravam-se ainda em situação de pobreza extrema (IBGE, 2010).

Em pesquisa recente, Soares *et al.* (2016) reforçam que a pobreza e a extrema pobreza vêm diminuindo nos últimos dez anos (2004-2013). Segundo os pesquisadores, a prevalência da extrema pobreza caiu de 7% para 4%. Já em relação à pobreza houve decréscimo de 20% para aproximadamente 9% da população. No entanto, no momento não se verifica uma continuidade na linha de redução.

Essa descontinuidade é atribuída a dois fatores: 1) mercado de trabalho e; 2) gasto social (previdência e assistencial). De modo geral, o estudo ainda indica que a pobreza não acompanhou as alterações em seus principais aspectos ou perfis, pois as regiões Norte e Nordeste, principalmente no meio rural, continuam concentrando as maiores taxas de prevalência da pobreza (SOARES *et al.*, 2016). Tal análise reforça a necessidade de que as políticas de enfrentamento deste cenário sejam intensificadas nestas localidades, em suas dimensões mais estruturantes.

Em 2014, a transferência de renda do BC mantém 36 milhões de brasileiros fora da miséria. Entretanto, o BSM não se restringe a transferência de renda. Mais de 100 programas e ações estão envolvidos no Plano, dentre as quais se destaca o Programa Saúde na Escola, por representar uma estratégia que converge esforços tanto da área da saúde quanto da educação (BRASIL, 2014g).

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) contribuiu para a construção e consolidação do Plano Brasil sem Miséria (BSM), e ajudou a embasar a decisão de inserir o enfrentamento às doenças perpetuadoras da pobreza nas atividades a serem articuladas no Plano. Através da Nota Técnica elaborada para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) foi dimensionado o problema das doenças negligenciadas e ainda apresentada uma série de indicações para que a superação destes agravos fossem incorporadas ao BSM (IOC/FIOCRUZ, 2011).

Além disso, em 2012 foi estabelecida uma parceria entre a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o MDS e a FIOCRUZ com a finalidade de ampliar a atuação do BSM. A parceria técnica previa o desenvolvimento de pesquisas de doutorado e pós-doutorado alinhadas com a proposta do BSM e dentro das especialidades de atuação da Fiocruz (ARAUJO-JORGE *et al.*, 2014). Mais de 100 projetos foram contemplados e as estratégias de cunho intersetorial foram valorizadas. Esta tese se enquadra nesse contexto estratégico.

Com as mudanças políticas vivenciadas no Brasil em 2016, desde agosto houve a fusão do MDS com o Ministério de Desenvolvimento Agrário. Com a associação de ministérios surge o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) (BRASIL, 2016c). Embora, atualmente, o BSM não esteja em posição de destaque no sítio eletrônico do MDSA, as ações que compõem o Plano continuam em vigência. É importante ressaltar que a reconfiguração política atual não privilegia o modelo de desenvolvimento social ao qual o BSM foi concebido. Atualmente, no país é retomada a perspectiva neoliberal, onde são contemplados os cortes de investimentos em áreas como a social (CAMPELLO, 2017).

Ao longo do tempo, o PSE tem desempenhado um importante papel no âmbito do BSM e possui um potencial de destaque no que se refere ao controle e prevenção das doenças negligenciadas e Promoção da Saúde. Assim sendo, o PSE será detalhado a seguir.

I.1.3.3 O Programa Saúde na Escola: espaço de promoção da saúde, controle e prevenção das doenças negligenciadas

A preocupação em relação à promoção da saúde, crescimento, desenvolvimento físico e mental, bem como a prevenção de doenças sempre esteve presente na história da humanidade. Embora dotado de concepções e práticas diferentes das que temos hoje, os antigos povos gregos já registravam essa preocupação seja pela valorização do corpo e da forma física. Tais fundamentos já eram descritos nos primeiros escritos de Hipócrates em relação à saúde e o ambiente (WESTPHAL, 2012).

Apesar de haver dificuldade de conceituar a saúde em si, neste período, era comum nas mais diversas áreas, o antagonismo entre os conceitos de saúde e doença. Logo, uma era percebida como ausência da outra. Essa concepção transcende a área médica, perpassa o senso comum e está presente até hoje (BATISTELLA, 2007).

Já a partir do século XVII e XVIII, a invenção do microscópio foi um evento de grande importância e que impactou diretamente as práticas médicas. Nessa época, surgiram as bases da bacteriologia e microbiologia (REIS, 2006; WESTPHAL, 2015). Somadas, as descobertas da área biomédica e as condições sociopolíticas se propagam como práticas educativas marcadas pela imposição ou “sanitarismo”. Respaladas em importantes descobertas científicas da época, as questões de saúde eram sempre tratadas com um enfoque puramente biológico, o “modelo biomédico”. Além disso, os comportamentos não condizentes com o ideal de saúde percebido na época eram uma questão da “polícia sanitária” (REIS, 2006; WESTPHAL, 2015).

Ações que visam à integração entre o setor da saúde e da educação não são recentes. A perspectiva teórica da associação entre esses dois campos evoluiu de acordo com a trajetória da educação em saúde, embasada nas concepções vigentes na sociedade em relação à saúde e a doença. No início do século XIX eram comuns práticas intervencionistas realizadas por profissionais de saúde no ambiente escolar. Conforme indicava a “polícia sanitária”, essas estratégias eram verticalizadas e visavam à higienização da sociedade (FIGUEIREDO, MACHADO e ABREU, 2010; ROCHA, 2003). As estratégias baseadas no “sanitarismo” tiveram um emprego destacado no Brasil principalmente nas ações de controle de epidemias como, por exemplo, a febre amarela no início do século XX. Oswaldo Cruz foi uma figura de grande importância neste cenário.

Entre 19 e 22 de junho de 1946, período pós-segunda guerra mundial, realizou-se em Nova Iorque a Conferência Sanitária Internacional. A Constituição da Assembleia Mundial de Saúde foi o produto resultante deste encontro e em seu preâmbulo apresenta um conceito de saúde inovador assinado por representantes de 61 Estados. A nova conceituação configura a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 2006). Contudo, a erradicação da varíola em 1950 traz em voga as estratégias baseadas em campanhas para controle de doenças específicas, modelo ainda respaldado em antigas concepções sanitaristas (BUSS e PELLEGRINE FILHO, 2007). Já a Conferência de Alma-Ata, em 1970, fez ressurgir a questão dos determinantes sociais, mencionados na Constituição da Assembleia Mundial de Saúde, e sua importância para o alcance de uma condição de saúde em um horizonte mais amplo (BUSS e PELLEGRINE FILHO, 2007).

É importante também deixar claro a dicotomia existente em relação ao termo “promoção da saúde”. A linha conservadora em relação à promoção da saúde se encarrega de responsabilizar o indivíduo e isentar o Estado no que diz respeito à saúde e seus determinantes. Já o viés progressista sinaliza para uma perspectiva de saúde muito mais ampla que aquela abarcada somente pelo setor da saúde. Nesse sentido, a saúde não é dependente unicamente do condicionante biológico (CZERESNIA, 2009).

Tanto a concepção progressista de promoção da saúde como o conceito ampliado de saúde impulsionaram o desenvolvimento de importantes estratégias intersetoriais. Exemplo disso é a iniciativa conhecida como “Escolas Promotoras de Saúde” (EPS). Esse movimento acompanhou uma tendência regional estimulada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). As EPS deslocam o foco do cunho puramente biomédico que marcavam as ações de saúde no espaço escolar, pois se adotou uma visão de múltiplos olhares voltados à promoção da saúde (FIGUEIREDO, MACHADO e ABREU, 2010).

Como política mais recente surgiu o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído a partir do decreto presidencial nº 6.286 em 5 de dezembro de 2007. O programa tem por objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública, por meio de ações voltadas à prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007). Suas ações são resultantes dos esforços de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. As atividades do programa são realizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em escolas localizadas em sua área de abrangência. Buscam contribuir para que

estes possam desenvolver a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar na melhoria da qualidade de vida individual e comunitária (BRASIL, 2009b).

Em resumo, o PSE visa aprofundar alguns dos objetivos do SUS voltados para a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção da saúde e da intersetorialidade (BRASIL, 2014h). Inicialmente, o PSE acolhia somente os alunos do ensino fundamental. Posteriormente o ensino médio também foi incorporado ao programa e mais recentemente a educação infantil também passou a fazer parte das suas ações. Deste modo, foi assegurado a universalização da estratégia (BRASIL, 2013a).

Dentre os objetivos explicitados no programa estão: 1) Promover a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; 2) Articular ações associadas entre a escola e as unidades básicas de saúde, assegurando o potencial multiplicador da comunidade escolar; 3) Contribuir para a constituição de condições para a formação integral dos educandos; 4) Contribuir para a formação de um sistema de atenção social; 5) Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde, que põem em risco o pleno desenvolvimento escolar; 6) Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; 7) Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e Saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007).

Em meio às ações de saúde previstas pelo âmbito do PSE está a educação permanente em saúde; a promoção da cultura de prevenção no âmbito escolar e a inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas. Os referidos objetivos salientam a intersetorialidade, frisada em outras políticas de educação e saúde, entendendo a visão de educação e saúde como direito, a formação integral dos educandos e a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde (BRASIL, 2007).

As ações relacionadas às doenças negligenciadas no âmbito do PSE foram indicadas no manual do programa de 2011. Nele é traçada a linha de ação que as equipes de saúde devem seguir como, por exemplo, a detecção precoce de agravos e até as atividades educativas junto a alunos e a comunidade escolar (BRASIL, 2011c). Contudo, este indicativo não persiste nos manuais dos anos de 2013 e 2014 (BRASIL, 2013b; 2014h), embora outros trabalhos realizados no Brasil apontem para a importância da abordagem das doenças negligenciadas no âmbito do PSE (ASSIS, PIMENTA e SCHALL, 2013; FRANÇA, 2011).

Gomes (2012), ao analisar o processo de implantação do PSE em Manginhos (RJ), identificou que boa parte das falhas encontradas se deve principalmente a uma ausência ou ineficiência da comunicação entre os diferentes atores do programa. Já Cavalcante, Lucena e Lucena (2015), ao realizarem pesquisa bibliográfica e documental verificaram que o PSE corrobora o modelo biomédico. Embora a literatura explorada pelos autores indicasse que a promoção da saúde deveria estar presente em algumas ações, eles atribuem o êxito a este nível como iniciativas pessoais de determinados profissionais, e à melhoria do acesso dos estudantes ao serviço de saúde. Indica-se como desafios a ampliação da participação social dos estudantes, o empoderamento e utilização de multi estratégias.

Em trabalho que relatou a implantação do PSE por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza, indicou-se a importância do programa para os profissionais de saúde, pois ampliava a percepção sobre o seu papel social e como educador. Contudo, no relato prevaleceu a ideia de redenção atribuída às práticas de educação em saúde na medida em que foi reportada a importância dos profissionais de saúde para que o público do PSE pudesse transformar a informação científica em “*comportamentos saudáveis*” [grifo nosso] (SANTIAGO *et al.*, 2012). Silva (2014), ao analisar a possibilidade da participação social no âmbito do PSE, concluiu que esta é dificultada devido ao controle das decisões quanto à organização do programa estar centrada a nível governamental. O autor ainda reportou que a educação em saúde assume um plano secundário e as ações estão voltadas para a responsabilização individual quanto aos agravos da saúde. Para o autor, as ações do PSE não dão conta de uma dimensão ampliada da promoção da saúde por se centrar unicamente em fatores biomédicos (SILVA, 2014).

Em outro estudo, ao analisar a normativa que regula o PSE verificou que embora os componentes dos domínios centrais da promoção da saúde estivessem presentes era creditado que os atores já teriam condições e competências para executar as ações previstas (TUSSET *et al.*, 2015). A partir da investigação do planejamento e operacionalização das ações do PSE, Carvalho (2012) concluiu que a dinâmica intersetorial entre Saúde e Educação no PSE viabiliza a consolidação da promoção da saúde na escola. Silva Junior (2014) alerta para a centralização do Ministério da Saúde em relação à prescrição do programa e sua execução pelo próprio Ministério. O protagonismo do setor da saúde que diverge da proposta intersetorial do PSE também foi reportado por Ferreira *et al.* (2011).

Embora vários estudos tenham buscado discutir a promoção da saúde e a intersetorialidade no âmbito do PSE, até o momento nenhum considerou a questão das doenças negligenciadas neste contexto e tampouco a relação do programa com o BSM. É nessa lacuna que o presente estudo se insere. Dada a importância do PSE para a promoção da saúde e para a abordagem das doenças negligenciadas de forma intersetorial em regiões prioritárias pelo BSM, os documentos, atores e ações do programa foram objeto de investigação neste trabalho. A seguir reportamos a importância quanto à participação e a potencialidade da disciplina de Ciências como campo privilegiado onde se configuram as atividades educativas em saúde e sua potencialidade de articulação com estratégias como o PSE e o BSM.

I.1.3.4 Ensino de Ciências, saúde e Currículo

A disciplina escolar de Ciências surge a partir de 1930 com o nome de “Ciências Físicas e Naturais”. A ideia inicial, e que se perpetua até os dias de hoje, é de que o ensino das ciências deveria ser integrado. Essa ideia baseia-se principalmente na perspectiva de que as diversas disciplinas de referência como a Biologia, Física e Química possuem um método único que justificaria esse agrupamento para fins de ensino (MARANDINO, SELLES e FERREIRA, 2009). Posteriormente, outras justificativas foram agrupadas como, por exemplo, a utilidade de seus conhecimentos para a vida social dos alunos e a contribuição para a formação de valores nos estudantes (MACEDO e LOPES, 2002).

No Brasil, ao longo do tempo, a abordagem dos temas sobre a saúde tem se apresentado na escola de forma diversificada. A partir da década de 1970, a saúde e os temas a ela relacionados passaram a figurar na disciplina Programas de Saúde, estabelecido a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) 5.692/71 (BRASIL, 1974). Então, para atender as determinações legais, as escolas atrelaram os Programas de Saúde na disciplina de Ciências (MOHR, 2002).

Atualmente, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) descrevem a saúde como um dos temas transversais. Sinalizam, assim, que as questões sobre esta temática devam ser tratadas de forma interdisciplinar. Segundo a análise de Macedo (2013), os PCN trazem à tona um velho problema sobre o qual as disciplinas curriculares não dão conta. Segundo a autora, a questão reside na necessidade de as disciplinas escolares tratarem de um conjunto de questões que fazem parte da realidade dos alunos. Ainda na reflexão da autora, os PCN assumem uma postura a princípio alternativa.

É importante enfatizar que as propostas curriculares e outros instrumentos resultantes das políticas curriculares como o PCN, por exemplo, não expressam um pensamento neutro e puramente técnico. Pelo contrário, eles expõem o saber que é valorizado e considerado essencial por um grupo hegemônico da sociedade. Assim, alguns temas são privilegiados em detrimento de outros visando à manutenção ou alteração de um contexto social em um dado recorte temporal (SILVA, 1999).

De modo geral, os instrumentos oriundos das políticas curriculares não são construídos somente baseados em fins acadêmicos ou em suas disciplinas de referência, mas respeitam e refletem uma visão social. Prova disto é a transferência de recursos para determinada área, o tempo destinado a cada disciplina e até para cada tópico que é proposto (MARANDINO, SELLES e FERREIRA, 2009).

Neste sentido, os PCN descrevem que a escola deve dar conta dos conhecimentos acumulados pela sociedade e também de problemas urgentes que não têm sido contemplados pelas disciplinas escolares (MACEDO, 2013). De tal modo, o documento propõe a integração entre as diferentes disciplinas, por meio dos temas transversais, com a finalidade de que haja uma melhor apropriação da realidade. O tema saúde é então alocado como sendo um dos temas transversais. No entanto, mesmo defendendo a interdisciplinaridade para os temas transversais, é ainda expresso que determinados assuntos possuem afinidade com o conteúdo de certas disciplinas curriculares e por esse motivo devem ser explorados por elas (MACEDO, 2013).

Diversos trabalhos têm indicado que, na prática, abordagem transversal para o tema, a saúde continua centrada nas disciplinas de Ciências e Biologia seguindo a lógica de afinidade supracitada. Deste modo, caracteriza-se a importância investigar e se aprofundar sobre como tem sido e de que forma ocorre a mediação dos conteúdos escolares a respeito das doenças negligenciadas no âmbito dessas disciplinas (MOHR, 2002; KRASILCHIK e MARANDINO, 2007; ASSIS, 2012; PINHÃO e MARTINS, 2013).

Mohr (2002), na interlocução junto a professores de Ciências de Florianópolis, verificou que estes se sentem despreparados para tratar dos temas sobre a saúde. Segundo os entrevistados pela pesquisadora, isso ocorre por não contarem com instrumental metodológico adequado (não sabem como fazê-lo), não terem disponível na escola condições de planejamento de ação adequada, ou ainda por considerarem que a extensão do currículo de Ciências não permite tal abordagem.

Problemas semelhantes foram apontados por docentes de Ciências de Divinópolis (MG) e de Itaboraí (RJ), quando questionados sobre a abordagem das leishmanioses e dengue, respectivamente (FRANÇA, 2011; ASSIS, 2012). Além disso, soma-se aos problemas indicados anteriormente a formação inicial insuficiente, inexistência de atividades de formação continuada e pressão social crescente que exige do professor uma atuação na formação do aluno cada vez mais ampla. Inclui-se sobre este último aspecto as orientações curriculares que tendem a cada vez mais “engessar” a prática pedagógica (MOHR, 2009).

Como resultado de tal quadro as ações de educação em saúde acabam se configurando como aconselhamentos ou orientações, incentivando, assim, os comportamentos que são julgados adequados ou como forma de evitar aqueles considerados de risco, sendo a prática baseada na experiência de vida do próprio professor. Nessa lógica, o professor age como um “adulto” que opina e aconselha com base em maior experiência de vida e renuncia à sua condição de profissional com a responsabilidade de atuar na construção de conhecimentos e auxiliar na capacidade cognitiva para refletir e agir sobre os diferentes contextos no qual os alunos estão imersos (MOHR, 2009).

Em lugar do desenvolvimento de hábitos, comportamentos e atitudes condizentes com a saúde atribuídos pelo PCN, a autora advoga a favor de uma educação em saúde capaz de promover o potencial reflexivo dos alunos e a construção de conhecimentos que permitam opções autônomas e informadas por parte desses sujeitos (MOHR, 2009). Isso se contrapõe ao modelo de competências e habilidades difundido pelos PCN, onde o termo “competência” tem sido empregado como forma de refletir comportamentos observáveis, sejam estes na prática social ou por meio de exames (MACEDO, 2002). Ou seja, em relação às práticas de educação em saúde na escola, as ideias expressas pelos PCN e pelos temas transversais se contrapõem ao que se tem recomendado na área de pesquisa em ensino.

Embora haja a divergência sobre a proposta e o ideal da educação em saúde na escola, este tipo de iniciativa é recomendado principalmente para a superação do cenário das doenças negligenciadas. Inúmeros trabalhos relacionando o espaço escolar e as doenças negligenciadas têm sido realizados no Brasil e no mundo. Estes se referem, principalmente, a inquéritos parasitológicos envolvendo o público escolar, administração de tratamento medicamentoso e ainda ações em torno do levantamento de conhecimentos, atitudes e práticas com a finalidade de subsidiar os programas de prevenção e controle de agravos voltados às populações específicas (BIRGIT *et al.*, 2015; FAVRE *et al.*, 2009; HAN *et al.*, 2014; LESLEY *et al.*, 2015). Os estudos concordam sobre a importância da abordagem das doenças negligenciadas no espaço escolar, visto que além de se ter na escola uma parcela representativa da população de dada localidade, há também o envolvimento da família no processo.

Em relação às doenças negligenciadas e o ensino de Ciências, especificamente, Pires, Trajano e Araújo-Jorge (2013) evidenciaram que os livros de Biologia direcionados ao ensino médio são inconsistentes ao tratar do tema. Nascimento e Prata (2015), ao analisarem livros didáticos aprovados pelo Programa Nacional do Livro Didático (PNLD), verificaram que a abordagem do tema das doenças negligenciadas em alguns exemplares se aproxima da perspectiva da promoção da saúde por considerarem alguns determinantes sociais enquanto que outros fazem valer uma visão biomédica. As autoras alertam para a necessidade de um viés mais crítico sobre o tema nos livros didáticos e ampliação da possibilidade de empoderamento e prática da cidadania (NASCIMENTO e PRATA, 2015).

Já Santos e Meirelles (2013), ao analisarem as atas do Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências (ENPEC), das edições 2009 e 2011, reportam que há prevalência das pesquisas da área quanto à abordagem da dengue. As autoras indicam a valorização dos saberes locais, a formação continuada de professores, a inserção no PSE para a abordagem das doenças negligenciadas e a formação de grupos interinstitucionais e/ou inter-regionais para a abordagem do tema.

Embora várias críticas sejam formuladas sobre as práticas de educação em saúde na escola, e a predominância das questões sobre a saúde na disciplina de Ciências e o papel dos instrumentos curriculares, é importante destacar sua importância no cotidiano escolar. Pontua-se ainda o apelo para que o tema das doenças negligenciadas esteja presente nas salas de aula. Assim sendo, em um momento histórico em que se buscou o sobrepujamento da pobreza, e conseqüentemente das doenças negligenciadas, é imperativo analisar como o tema das doenças negligenciadas tem se manifestado nas propostas curriculares da disciplina de Ciências.

Esta reflexão é necessária na medida em que possibilitará desvelar a importância atribuída ao tema das doenças negligenciadas no espaço escolar, as possibilidades e os limites para que a questão possa ser um elo de articulação entre a disciplina de Ciências e outras disciplinas, ou ainda com estratégias intersetoriais como o PSE. Portanto, um dos esforços deste trabalho reside justamente em refletir sobre esses pontos.

II. CAPÍTULO II

II.1.1 MÉTODOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

Neste capítulo serão abordadas as características metodológicas e as etapas que estruturaram o estudo. Com base na revisão da literatura apresentada no capítulo anterior, o objeto e os objetivos propostos para a pesquisa serão reportados, em sequência à natureza do estudo, as técnicas de coleta e análise de dados, bem como os procedimentos adotados.

II.1.2 A pesquisa qualitativa

A pesquisa qualitativa foi privilegiada neste estudo por oferecer subsídios para uma melhor interpretação das ações que se referem ao PSE, as doenças negligenciadas, o Plano Brasil sem Miséria e a integração destes cenários. Além disso, consegue nos fornecer uma melhor compreensão da perspectiva dos atores constituintes do programa sobre o contexto das doenças negligenciadas, seu território de atuação, o BSM e o potencial de utilização de recursos jornalísticos para a elaboração de uma proposta educativa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP-IOC/Fiocruz) sob o número 114.584 (Anexo I).

O estudo busca um aprofundamento do pesquisador sobre uma questão específica em relação ao PSE, as doenças negligenciadas e o Plano Brasil sem Miséria. Em contrapartida, a pesquisa qualitativa propõe que haja uma integração do pesquisador com seu objeto de estudo de modo que possam emergir elementos subjetivos, que não são expressos quantitativamente (POPE e MAYS, 2005; MINAYO, 2010). Assim sendo, buscaremos a interpretação dos fenômenos de forma particular, bem como a valorização dos seus significados para o contexto do estudo, seja por meio do registro documental ou da fala dos sujeitos envolvidos no contexto pesquisado.

A partir do perfil do problema deste trabalho e das características da pesquisa qualitativa e sua potencialidade para responder às perguntas propostas, optamos por esta modalidade e a utilização das seguintes técnicas de pesquisa: 1) análise documental; 2) entrevista e; 3) oficinas dialógicas. Estas serão detalhadas a seguir.

II.1.3 ETAPA 1: ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise de documentos não é recente, sendo que a utilização deste material para fins de pesquisa remonta ao século XIX. A pesquisa documental abrange a análise de qualquer material com registro gráfico que possa ser utilizado como fonte de informação, sendo inclusos, assim, textos e imagens como recursos para a coleta de dados (GUALDA e HOGA, 1997; GÜNTHER, 2006). A técnica possibilita a recomposição de fatos e, por isso, é uma fonte preciosa para o pesquisador. Dá-se pelo exame minucioso de materiais possibilitando novas interpretações do conteúdo. Caracterizam-se como objetos de pesquisa documental todo tipo de documento de cunho oficial, pessoal ou público (VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) apontam que este tipo de análise oferece ao pesquisador importantes informações a respeito do contexto social na qual o documento foi produzido, a quem ele se destina, a verificação de esquemas conceituais, a compreensão de reações, identificação de pessoas, locais e fatos. Deste modo, evitam-se interpretações equivocadas em função de averiguações atuais. Contudo, é importante assegurar a confiabilidade das fontes consultadas (POUPART *et al.*, 2008).

A análise documental proposta nesse estudo contemplou ao todo 274 documentos, sendo 58 referentes ao PSE, 37 ao BSM e 179 sobre as doenças negligenciadas. Todos os arquivos foram obtidos por meio de busca ativa aos sites do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (ME), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Coordenadoria Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e Departamento de Atenção Básica (DAB) (quadro II-1). O material foi coletado no período de agosto de 2013 a maio de 2015.

A seleção de descritores utilizados nas buscas baseou-se no conteúdo da Nota Técnica emitida pelo Instituto Oswaldo Cruz em 2011 a pedido do MDS (IOC/Fiocruz, 2011). É importante ressaltar que, como a finalidade do estudo é de verificar as possíveis relações e pontos nevrálgicos entre o PSE, o BSM e as doenças negligenciadas, foram considerados os documentos produzidos a partir do ano de 2007, ano em que o PSE foi instituído. Quando a data de produção do documento não foi disponibilizada o mesmo foi incluído na análise. Com a finalidade de localizar a palavra ou o termo específico em determinada ordem, aplicamos o uso de aspas na construção e aplicação dos descritores durante o processo de busca.

Quadro II-1: Síntese dos sites consultados, número de documento analisados e descritores utilizados.

Sítio eletrônico	Nº DE DOCUMENTOS	DESCRITORES UTILIZADOS ⁷
Ministério da Saúde	197	“Programa Saúde na Escola”; “PSE”; “Plano Brasil sem Miséria”; “BSM”; “Doenças Negligenciadas”, “Dengue”, “Anemias”; “Doença de Chagas”; Hanseníase; “Helmintíases”; “Verminose”; “Geohelmintoses”; Parasitoses intestinais; “Leishmanioses”; “Malária”; “Tuberculose”.
Ministério da Educação	13	
Ministério do Desenvolvimento Social	41	
Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição	20	
Departamento de Atenção Básica	17	

Fonte: Produzido pela autora.

Embora 274 documentos tenham sido analisados no estudo, 14 destes foram localizados em mais de um site. Por este motivo, os números mostrados no Quadro II-1 não convergem com o total de arquivos considerados no estudo (n=274).

Após serem localizados, os arquivos foram submetidos a uma categorização de acordo com os critérios previamente estabelecidos (Quadro II-2). Essa categorização inicial teve a intenção de facilitar a análise do material e estabelecer possíveis padrões.

⁷ Foram ainda utilizados descritores “Febre Reumática”; “Sífilis”; “Filariose”; “Febre Reumática”; “Oncocercose” e “Tracoma”. Contudo, não foram encontrados documentos relacionados no período do levantamento.

Quadro II-2: Categorias e aspectos abordados na descrição dos documentos.

CATEGORIA	ASPECTOS ABORDADOS
Tipo de documento	Primário: Reportou se o documento ocupou-se em descrever ou instruir o funcionamento dos programas. Secundário: Classificação empregada para os documentos que se referiam a uma estrutura já elaborada e tinham como finalidade relatar seus efeitos.
Título	Nome ou expressão empregada no início do documento.
Autoria	Refere-se aos nomes dos responsáveis pela elaboração dos documentos.
Editor	Compreende o órgão, instituição ou setor responsável pela edição do documento.
Ano de produção	Data de emissão do documento.
URL	Link de onde o material foi encontrado.
Natureza	De acordo com seu conteúdo o documento foi caracterizado como: Base legal: quando referia a alguma lei, portaria ou determinação de ordem legal com implicação ao PSE, DN ou BSM. Documento técnico: quando orienta sobre o funcionamento, orçamento ou adesão das políticas abordadas no trabalho. Divulgação: quando se refere a recursos de divulgação das estratégias ou das doenças negligenciadas visando à adesão de gestores e profissionais. Material educativo: corresponde aos recursos desenvolvidos com uma finalidade pedagógica e ainda com potencial de ser empregado em práticas educativas.
Número de páginas	Extensão do documento em número de páginas.
Público que se destina	População à qual os documentos eram dirigidos.
Sobre a presença de fontes de referência	Existência ou não de fontes de referência no documento.
Objetivo	Finalidade do material analisado.
Tema referido	Conteúdo abordado.
Eixo do Plano Brasil sem Miséria que se enquadra	Se o documento se enquadra ou não em algum eixo do Plano Brasil sem Miséria.
Eixo central do Plano Brasil sem Miséria tratado	Qual dos eixos do BSM o documento se enquadra (garantia de renda, acesso à serviços e/ou inclusão produtiva).
Eixo temático do Plano Brasil sem Miséria	Consiste em qual estratégia do BSM se enquadra o que está sendo reportado no documento.
Síntese do documento	Breve resumo sobre o que está sendo tratado no documento.

Fonte: Produzido pela autora.

Após a categorização inicial, os documentos foram submetidos à análise hermenêutica que se baseia na interpretação, e o próprio trabalho de descrição abarca um esforço interpretativo para entendimento do cenário pesquisado (KAFLE, 2011; LAVERTY, 2003). Segundo Demo (1995), a hermenêutica consiste em uma interpretação que perpassa o que está expresso no texto, pois a técnica se encarrega em perscrutar o sentido que nem sempre está diretamente expresso no documento. Ou seja, a hermenêutica ocupa-se em interpretar o que está contido de forma explícita ou implícita. Neste sentido, Minayo (2010) deixa claro que hermenêutica calca-se na compreensão do texto. Assim, a análise que se apropria deste olhar não visa somente refletir sobre o que foi dito, mas busca uma dimensão mais ampla que implica em tomar conhecimento e compreender a visão expressa pelo autor.

Além da análise dos documentos provenientes do PSE, BSM e doenças negligenciadas, as propostas curriculares de Ciências, destinadas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental, oriundas dos estados brasileiros também foram incluídas no estudo. Os sites das Secretarias Estaduais de Educação foram consultados para a captação dos documentos. Após a consulta, aos estados em que o documento não estava disponível *online* foram enviadas solicitações, por via postal e por e-mail, dirigidas aos Secretários de Educação explicitando os propósitos da pesquisa e solicitando a colaboração (Apêndice 1). Os documentos foram coletados no período de dezembro de 2013 a maio de 2015.

Embora haja indicação de que o ensino fundamental seja contemplado a nível municipal, este nível de ensino ainda é implementado também no âmbito estadual. Ao optar pela análise das propostas curriculares disponibilizadas pelas secretarias estaduais de educação, visamos uma análise que contemplasse todos os estados brasileiros.

Após a coleta o material foi submetido à leitura exaustiva e perguntamos: Qual/quais a(s) perspectiva (s) de saúde considerada(s) no documento? O documento abordou as doenças negligenciadas em algum momento? Se sim, qual delas e de que forma? Quais conteúdos relacionados à saúde são indicados? Qual a abordagem proposta?

A seguir será descrita a etapa 2 desta pesquisa que compreende o trabalho de campo.

II.1.4 ETAPA 2: ATIVIDADE DE CAMPO

II.1.4.1.1 Territórios e contexto das atividades de campo

O presente estudo foi delineado para que a etapa 2, que corresponde às atividades de campo, ocorresse em cidades acolhidas pelas expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) previstas em áreas prioritárias pelo BSM. As primeiras expedições científicas do IOC datam os anos 1910-1914 e foram realizadas por equipes que contavam com Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Arthur Neiva, Belizário Penna, entre outros (SCHWEICKARDT e LIMA, 2007; SÁ, 2009). Em viagens realizadas pelo interior do Brasil, os pioneiros registravam a situação referente à saúde, educação e cidadania. As áreas escolhidas naquela época, no início do século XX, eram consideradas recantos com pobreza acentuada, localizados principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste do país (SCHWEICKARDT e LIMA, 2007; SÁ, 2009).

As reedições das expedições centenárias do IOC proporcionam um olhar contextualizado sobre as mudanças ocorridas no Brasil neste século, principalmente se considerarmos o avanço econômico e social que refletiu nos sistemas de saúde, educação e ciência. Além disso, por meio da inserção da equipe de pesquisadores em regiões prioritárias para o BSM foi possível o acesso aos impactos da estratégia no país hoje. No cenário atual, as novas expedições buscam atuar sobre o seguinte eixo:

(...) difusão e compartilhamento da ciência e da saúde como elementos da cultura, tendo inicialmente as escolas e os professores locais como focos principais de nossas ações. Objetivam apoiar arranjos criativos locais para o empoderamento social e ações de mitigação dos problemas da pobreza, consolidando as redes locais de afirmação da cidadania (ARAÚJO-JORGE, 2012).

A primeira reedição das expedições científicas no século XIX ocorreu em Paudalho (PE) em janeiro de 2012. O município foi escolhido para sediar a expedição piloto por (i) ter sido o primeiro município brasileiro a protocolar no Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) seu Plano Municipal Brasil sem Miséria, por (ii) fazer parte de investigações sobre Esquistossomose com equipes da Fiocruz RJ (IOC) e da Fiocruz Pernambuco (Centro de Pesquisas Ageu Magalhães – CPqAM), por (iii) integrar a rede de formação continuada do Espaço Ciência-PE com registro de professores anteriormente participantes de seus Cursos de Férias e (iv) pelo estado de Pernambuco ser um dos primeiros territórios de luta histórica contra a fome, a pobreza e pela educação construídos por Josué de Castro, Gilberto Freyre, Paulo Freire e outros. Além disso, o estado foi o primeiro a elaborar um plano estadual específico para controle de doenças negligenciadas, o Programa de Enfrentamento às doenças negligenciadas (SANAR). A iniciativa teve suas atividades inauguradas a partir do ano de 2011.

A segunda expedição científica para o Brasil sem Miséria ocorreu em setembro de 2012, na cidade de Rio Branco (AC). Na ocasião, além das atividades envolvendo saúde, educação e cidadania já previstas no roteiro das expedições, formalizou-se a parceria entre o Instituto Oswaldo Cruz e o Instituto Federal do Acre (IFAC). O convênio entre as duas instituições prevê o doutoramento de 25 docentes. No período da expedição ocorreram 164 atividades ao longo dos cinco dias de evento (10-14 de setembro). Estiveram envolvidos 35 profissionais da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sendo 27 diretamente ligados ao IOC.

Segundo dados do último Censo, o estado do Acre possui uma população de 707.125 habitantes, sendo 18.240 indígenas (IBGE, 2010). Em relação à situação socioeconômica, temos 77.573 domicílios com renda mensal de meio salário mínimo por mês, 42.340 famílias em condição de extrema pobreza e 22.123 amparadas pelo BF.

Este estudo contempla a terceira expedição científica Fiocruz pelo Brasil sem Miséria, também realizada em Rio Branco. Esta edição ocorreu em julho de 2014 na mesma cidade. Em comparação com as duas edições anteriores, esta apresentou algumas peculiaridades:

- O menor número de profissionais envolvidos na execução das atividades (oito profissionais, sendo todos do IOC);
- O maior período de realização: duas semanas, sendo uma anterior a reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e a outra no período de realização da reunião.
- Na primeira semana da expedição (16-19 de julho), foi ministrado o curso “Ciência e Arte na estrada: curso para professores” voltado para os doutorandos do IOC por meio da parceria com o IFAC, graduandos do IFAC que atuam no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID), coordenadores do PIBID e professores do ensino básico de escolas que estão inclusas nas ações do PIBID do IFAC. Todos os envolvidos são dos municípios de Rio Branco, Sena Madureira e Cruzeiro do Sul.

Além do curso oferecido aos doutorandos da parceria IOC-IFAC e profissionais do ensino básico, também foi ofertado um curso de curta duração voltado aos profissionais de saúde (Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias) e agentes de assistência social do município de Rio Branco, um minicurso durante a SBPC, e ações educativas nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Durante a realização do curso ocorrido no IFAC, ao longo da primeira semana da expedição, e na ocasião do encontro com profissionais de saúde e agentes de assistência social, realizamos o modelo piloto da oficina “Comunicação, Ciência & Saúde”. No período da realização da expedição no Acre, também foi realizada a entrevista com representante da gestão do PSE municipal de Rio Branco.

No Rio de Janeiro, em março de 2016, foi realizada a quinta expedição científica Fiocruz pelo Brasil sem Miséria. Na ocasião desenvolvemos o curso de extensão “Formação de agentes populares de saúde e vigilância: Ciência e Arte no controle do Aedes com saúde comunitária – expedição Manguinhos”. O curso foi composto por um conjunto de cinco oficinas e dentre elas a oficina “Comunicação, Ciência & Saúde”. Ao todo, a oficina contou com a participação de 31 pessoas, todas moradoras do território de Manguinhos. Já a entrevista com o representante da gestão municipal do PSE ocorreu em momento anterior à expedição.

As cidades de Miracema (RJ) e Quixeramobim (CE) também sediaram expedições científicas Fiocruz pelo Brasil sem Miséria. Contudo, essas edições não foram contempladas no estudo. Assim, as atividades de campo integrantes dessa tese se restringem ao cenário de Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ). O detalhamento das etapas de campo (entrevistas e a realização de oficinas) será exposto a seguir.

II.1.4.1.2 Entrevista semiestruturada

A entrevista consiste em uma conversa, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações convenientes para o objeto de pesquisa (MINAYO, 2010). Esta técnica de coletas de dados consiste em um processo dinâmico em que a principal finalidade é coletar informações de interesse ao estudo em execução e esclarecer como os elementos sobre aquele tópico estão narrativamente construídos (BRITTEN, 2005).

A entrevista é uma técnica que possibilita a compreensão e o reconhecimento de forma profunda dos dilemas e questões enfrentadas pelos sujeitos entrevistados, acesso às experiências vivenciadas, captação imediata e corrente da informação desejada. Pode ser utilizada praticamente com qualquer tipo de entrevistado e podem ser tratados os mais diversos assuntos de interesse, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações a fim de satisfazer os objetivos traçados à pesquisa (FOOT-WHYTE, 1980; NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Neste estudo fizemos uso da entrevista semiestruturada que consiste em um nível intermediário de estruturação entre a entrevista dirigida e a não diretiva. A técnica possibilita que o entrevistador tenha maior grau de liberdade no decorrer do processo (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998). A sequência de questões, do roteiro, é facilitadora para abordagem ao longo da entrevista e assegura que os pressupostos e as hipóteses sejam cobertos (MINAYO, 2010). O objetivo central da técnica é captar os sentidos atribuídos pelo entrevistado em relação ao fenômeno investigado (BRITTEN, 2005). O roteiro empregado para a realização das entrevistas foi elaborado com base em questões relevantes que emergiram a partir do levantamento bibliográfico e do exame dos documentos considerados na etapa da análise de documentos.

A técnica foi empregada neste estudo com objetivo de compreender a visão do (a) gestor municipal e de possíveis membros de sua equipe sobre as políticas públicas e o PSE e a situação local, e as doenças negligenciadas. Tendo em vista que estes profissionais são fundamentais para a articulação e execução das ações do PSE, torna-se fundamental a compreensão de sua visão sobre a temática especificada como objeto desta tese.

Durante a expedição do IOC realizada na cidade de Rio Branco, em julho de 2014, a gestora municipal do PSE foi convidada a participar da pesquisa, em conjunto com outro profissional que compartilhava a liderança da equipe. A entrevista realizada com os representantes da gestão municipal do Rio de Janeiro ocorreu em julho de 2015.

Na ocasião, os profissionais participantes foram informados sobre a proposta e prontamente aceitaram participar, após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice 2). As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro semiestruturado (Apêndice 3) e tiveram duração entre 35 minutos a 1 hora e 45 minutos cada uma. As interlocuções foram realizadas individualmente no local de trabalho dos entrevistados e ao todo seis profissionais participaram das entrevistas. As entrevistas foram gravadas em áudio e as falas transcritas posteriormente. Para exame dos dados optou-se pela técnica de análise de conteúdo, categorização temática (BARDIN, 2009). A técnica empregada na análise das entrevistas será discutida de forma mais ampla na seção dos resultados.

II.1.4.1.3 Oficina dialógica

Ao propor uma atividade educativa sobre o tema das doenças negligenciadas no contexto do BSM, almejamos a superação do modelo vertical de transmissão de conhecimento recorrente nas práticas pedagógicas. Para tal, empregamos a estratégia de oficina dialógica que transcende as práticas pedagógicas tradicionais direcionadas no campo da saúde (AFONSO, 2003).

O emprego desta estratégia visou criar um espaço de diálogo próprio para negociações e enfrentamento de conflitos. Uma vez que o contexto no qual as doenças negligenciadas estão inseridas envolve uma série de sentimentos e está intimamente ligado aos determinantes sociais que são seus geradores e mantenedores, as oficinas dialógicas atuariam exatamente nesse sentido, como facilitadoras no processo (AMARAL e FONSECA, 2006).

Tendo em vista a sinalização para que o tema das doenças negligenciadas fosse tratado de forma intersetorial, era emergente a difusão de recursos metodológicos, no âmbito educativo, que fortalecessem o empoderamento, o processo de grupo para a tomada de decisão e a presença de consciência grupal (AMARAL e FONSECA, 2006).

Devido às características da técnica de oficinas dialógicas, ela foi empregada com a finalidade de criar um ambiente próprio para a reflexão do tema das doenças negligenciadas no contexto local das cidades acolhidas pelas expedições científicas do IOC e para a produção de um recurso educativo produzido pelos profissionais envolvidos no processo. Ou seja, ao fim da atividade almejamos o desenvolvimento de um produto produzido por eles e para eles. Ao todo foram realizadas três oficinas dialógicas, sendo duas em Rio Branco (AC) e uma em Manguinhos (RJ). A descrição das atividades realizadas será apresentada na seção específica que trata das oficinas dialógicas contida no capítulo de resultados apresentado a seguir.

III. CAPÍTULO III

Nesta seção são apresentados os resultados alcançados a partir dos objetivos estabelecidos. Os resultados são expostos no formato de dois artigos publicados, três manuscritos (dois submetidos à periódicos), uma Nota Técnica e dois materiais educativos (fascículos da série Com Ciência e Arte no Ensino).

III.1.1 RESULTADOS

Os resultados são apresentados na seguinte ordem:

Artigo 1 (publicado – resultados parciais): ASSIS, S. S.; ARAUJO-JORGE, T. As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). **Revista da SBEnBio**, n. 7, 2014. p. 6853-6864.

Manuscrito 1 (em preparação): Programa Saúde na Escola (PSE), Plano Brasil sem Miséria (BSM) e doenças negligenciadas – um panorama a partir da análise documental: contribuições para uma agenda integrada.

Artigo 2 (publicado – resultados parciais): ASSIS, S. S.; ARAÚJO-JORGE, T. Doenças negligenciadas e o ensino de ciências: reflexões elaboradas a partir das propostas curriculares. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 7, n. 1, 2014. p. 1-11.

Manuscrito 2 (submetido): O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas? Aportes para a educação em saúde no ensino de Ciências.

Manuscrito 3 (submetido): Programa Saúde na Escola (PSE), promoção da saúde e as doenças negligenciadas: articulações possíveis? A visão dos representantes da gestão municipal sobre a questão.

Material educativo 1 (protótipo a ser publicado *on line*): ASSIS, S. S.; ARAUJO-JORGE, T. C. Comunicação, Ciência e Saúde 1- Doenças Negligenciadas no Brasil sem Miséria. Com Ciência e Arte no Ensino© LITEB/IOC/Fiocruz, Rio de Janeiro, 10p, 2017.

Material educativo 2 (protótipo a ser publicado *on line*): ASSIS, S. S.; BADARÓ, J.; MENDES, M.; ARAUJO-JORGE, T. C. Comunicação, Ciência e Saúde - Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento. Com Ciência e Arte no Ensino© LITEB/IOC/Fiocruz, Rio de Janeiro, 8p, 2017.

Nota Técnica: Subsídios e recomendações para a abordagem das doenças negligenciadas na Proposta da Base Curricular Nacional e no Programa Saúde na Escola (PSE).

III.1.1.1ARTIGO 1: As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de Ciências e o Programa Saúde na Escola.

Contexto: O artigo publicado na revista da Sociedade Brasileira de Ensino de Biologia - SBEnBio reporta os resultados preliminares da análise realizada entre os documentos do PSE e as propostas curriculares de Ciências. O trabalho foi apresentado durante o V Encontro Nacional de Ensino de Biologia (ENE BIO) / II Encontro Regional de Ensino de Biologia - realizado em São Paulo, entre 8 - 11 de setembro de 2014.

Referência:

ASSIS, S. S.; ARAÚJO-JORGE, T. As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). **Revista da SBEnBio**, n. 7, 2014. p. 6853-6864.

REnBio

revista de ensino de
biologia - SBEnBio

SBEnBio

Associação Brasileira
de Ensino de Biologia

revista de ensino de biologia

ISSN: 1982-1867

Número 7

Entrelaçando histórias, memórias e currículo no Ensino de Biologia (V Enebio e II Erebio Regional 1)

Ficha catalográfica elaborada sob orientação do
DePT da Biblioteca Comunitária da UFSCar

Revista da SBEnBio / Associação Brasileira de Ensino de Biologia. - v.0 (2005-), - Niterói, RJ: SBEnBio, 2014.

ISSN 1982-1867

Revista de Ensino de Biologia da Associação Brasileira de Ensino de Biologia (SBEnBio).
v.7 - 2014

1. Biologia - estudo e ensino - periódicos.. I. Associação Brasileira de Ensino de Biologia.

CDD - 574.05

outubro de 2014

**AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE:
POSSIBILIDADES E LIMITES PARA A ARTICULAÇÃO ENTRE OS
CURRÍCULOS DE CIÊNCIAS E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)**

Sheila Soares de Assis

**Laboratório de Terapias, Ensino e Bioprodutos- LITEB - Instituto Oswaldo
Cruz/Fundação Oswaldo Cruz–RJ - Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ensino
em Biociências e Saúde – Bolsista CAPES**

Tania Araújo-Jorge

**Laboratório de Terapias, Ensino e Bioprodutos- LITEB-Instituto Oswaldo
Cruz/Fundação Oswaldo Cruz - Bolsista de Produtividade do CNPq**

RESUMO

No Brasil esforços têm sido empregados no sentido de conter as doenças associadas à pobreza e assegurar um cenário social mais equânime. O ensino de Ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE) se caracterizam como contribuintes para o sobrepujamento das doenças negligenciadas. Assim, analisou-se os currículos de Ciências e os documentos oficiais do PSE. O estudo revelou que as doenças negligenciadas são indicadas poucas vezes nos currículos de ciências, ignoradas nos documentos oriundos do PSE e poucos são os incentivos de articulação entre professores de Ciências e os atores do PSE. Recomenda-se que sejam explicitadas nos documentos norteadores do PSE a necessidade de que as ações de educação em saúde se desenvolvam de forma alinhada com os componentes curriculares.

Palavras-chave: Doenças Negligenciadas; Programa Saúde na Escola; Currículo; Ensino de Ciências.

INTRODUÇÃO

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo são acometidas pelas doenças negligenciadas. Os agravos inclusos neste grupo correspondem a enfermidades que ocorrem e se perpetuam em populações de baixa renda (OMS, 2010; 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem indicado o emprego de um conjunto de ações para a redução e erradicação das doenças associadas à pobreza. Dentre as medidas recomendadas estão inclusas desde a sensibilização da indústria farmacêutica à proposição de esforços intersetoriais (OMS, 2012). Portanto, práticas que se estabeleçam âmbito escolar em consonância com os serviços de saúde podem ser de grande valia para a construção de um cenário socialmente mais equânime e conseqüentemente redução da incidência das doenças negligenciadas.

No Brasil, em 2011, com a elaboração do Plano para Erradicação da Pobreza extrema, pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)⁸, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz-RJ) emitiu a nota técnica institucional N.º 1/2011/IOC-FIOCRUZ/DIRETORIA reportando a necessidade de inclusão do tema das DN na proposta desencadeada pelo MDS. Segundo este documento, os conteúdos curriculares da educação básica e da educação técnica deveriam contemplar questões e temas relacionados às doenças da pobreza como forma de enfrentamento destes agravos e ampliação da equidade social (IOC, 2011).

⁸ Plano Brasil sem Miséria (<http://www.brasilsemmiseria.gov.br/>).

No país, ao longo do tempo, a abordagem dos temas relacionados à saúde tem se apresentado na escola de forma diversificada. No início do século XIX, com o propósito de conter as doenças infecto parasitárias, a escola era percebida como um local para atividades de cunho sanitário. A partir da década de 1970, a saúde e os temas a ela relacionados passaram a figurar na disciplina Programas de Saúde, estabelecido a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) 5.692/71 (BRASIL, 1974). Então, para atender as determinações legais, as escolas passaram a atrelar os Programas de Saúde a disciplina de Ciências (VENTURINE, 2013). Atualmente, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) descrevem a saúde como um dos temas transversais. Sinalizando, assim, que as questões sobre esta temática devam ser tratadas em todas as disciplinas do currículo. Contudo, ao longo do tempo, diversos trabalhos têm indicado que mesmo com a recomendação de uma abordagem transversal para o tema, na prática escolar, a saúde continua centrada nas disciplinas de Ciências e Biologia (MOHR, 2002; KRASILCHIK e MARANDINO, 2004; ASSIS, 2012; PINHÃO e MARTINS, 2013).

Além disso, na atualidade, busca-se o desenvolvimento de ações que transponham o nível curativo. Almejando-se desta forma que na escola as práticas possam contribuir para o desenvolvimento da autonomia e do senso crítico dos alunos. Cooperando, de tal modo, para a formação de sujeitos capazes de agir sob sua condição de vida e, conseqüentemente, aptos a preservar a saúde individual e coletiva. Neste sentido, em 2007 foi estabelecido o Programa Saúde na Escola (PSE). A proposta é formulada a partir da articulação entre o Ministério da Saúde e da Educação e visa estabelecer uma série de atividades a serem realizadas junto à comunidade escolar por profissionais de saúde atuantes na atenção básica⁹. Deste modo, o PSE em conjunto com as disciplinas do currículo escolar, especialmente a de Ciências, caracterizam-se como um importante campo para a abordagem das doenças negligenciadas.

⁹ O termo Atenção Básica está sendo empregado no texto como sinônimo de atenção Primária em Saúde. Não visamos aqui estabelecer aqui nenhuma discussão ideológica sobre estes termos.

Assim sendo, vivemos um momento histórico em que se busca a superação da pobreza extrema no nosso país, e conseqüentemente o controle das doenças negligenciadas que afetam a população por décadas, analisar os currículos de Ciências e os documentos que balizam o PSE é essencial. Tal análise pode nos permitir verificar as contribuições de ambos os campos, as convergências nas propostas e divergências. Deste modo, o objetivo deste trabalho é refletir sobre o tema das doenças negligenciadas e da promoção da saúde presente nas propostas curriculares dos estados brasileiros e nos documentos do PSE.

METODOLOGIA

O trabalho segue os pressupostos da pesquisa qualitativa (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998; BOGDAN e BIKLEN, 1994). Fez-se uso da análise de documentos para a consecução do objetivo proposto para o estudo. Essa técnica foi privilegiada entre as demais por sua capacidade em evidenciar fatos novos ou completar informações já levantadas pelo pesquisador (VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000). Além disso, seu emprego é útil também com a finalidade exploratória indicando quais aspectos devem ser aprofundados em etapas posteriores da pesquisa (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998).

Para a realização do estudo foram consultadas as versões eletrônicas das propostas curriculares de Ciências dos estados brasileiros. Além da consulta virtual foram encaminhadas solicitações aos respectivos secretários estaduais de educação dos estados cujo os documentos não foram localizados *online*. Ao todo reuniu-se 21 propostas curriculares (quadro 1) que foram analisadas no presente estudo.

Quadro 1: Propostas curriculares de Ciências analisadas.

Região	Estado Selecionado
Norte	Acre
	Rondônia
	Tocantins
	Amapá
	Roraima
Nordeste	Pernambuco
	Alagoas
	Bahia
	Piauí
	Ceará
	Paraíba
	Sergipe
Centro-oeste	Distrito Federal
	Goiás
	Mato Grosso
	Mato Grosso do Sul
Sudeste	Rio de Janeiro
	Espírito Santo
	Minas Gerais
	São Paulo
Sul	Paraná

Incluiu-se na análise 48 documentos referentes ao Programa Saúde na Escola (PSE) (quadro 2) coletados a partir dos sites do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Os documentos foram recuperados entre agosto e dezembro de 2013.

Quadro 2: Documentos do Programa Saúde na Escola Analisados

Site	Número de documentos recuperados
MS	30
ME	13
MDS	4
CGAN	1
WHO	30

MS: Ministério da Saúde; ME: Ministério da Educação; MDS: Ministério do Desenvolvimento Social; CGAN: Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição; WHO: World Health Organization.

A análise foi balizada pela perspectiva hermenêutica que segundo Demo (1995) consiste em uma interpretação que perpassa o que está expresso no texto, pois, segundo o autor, a técnica se encarrega em perscrutar o sentido que nem sempre está diretamente expresso no documento. Ou seja, a hermenêutica ocupa-se em interpretar o que está contido de forma explícita ou implícita. Neste sentido, Minayo (2010) deixa claro que hermenêutica calca-se na compreensão do texto, Assim, a análise que se apropria deste olhar não visa somente refletir sobre o que foi dito, mas busca uma dimensão mais ampla que implica em tomar conhecimento e compreender a visão expressa pelo autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos currículos analisados (N=9) não foram indicadas a data de produção do documento, sendo que dentre os que os demais foram datados entre os anos de 2008 a 2014. Já em relação aos documentos do PSE, os anos de maior produção foram 2008, 2009, 2010 (Figura 1). Embora todas as propostas curriculares tenham sua data de desenvolvimento posterior a formulação do Programa Saúde na Escola.

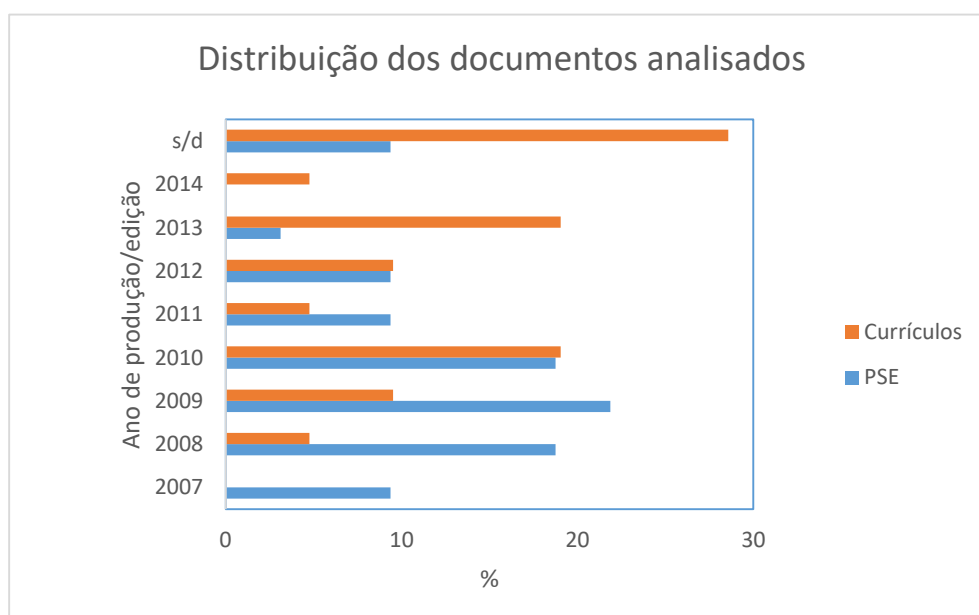


Figura 1: Distribuição dos documentos analisados por ano de produção.

Apesar de a data de produção dos documentos analisados terem se inter cruzado e ter sido expressiva, principalmente no ano de 2010 somente uma das propostas analisadas reportam o PSE. Assim, a única matriz curricular que menciona o PSE é a do estado da Paraíba. O documento apresenta o Programa em linhas gerais e ressalta a necessidade de que as ações se realizem de forma participativa e que o mesmo deva integrar o Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas tal como é indicado no decreto 6.286/07 (BRASIL, 2007). Tal indicativo é de extrema importância, pois deixa claro para a equipe pedagógica (docentes e corpo administrativo) a existência do programa, seus princípios e possibilidades de articulação entre o conteúdo curricular e as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Além de apresentar o PSE o documento indica o desenvolvimento de ações articuladas no espaço escolar considerando as doenças negligenciadas. A matriz curricular do estado de Alagoas ao abordar o eixo “Ser humano, saúde e qualidade de vida” recomenda que sejam feitas palestras com profissionais de saúde, tais como nutricionistas e agentes de saúde. Contudo, em momento algum a iniciativa do PSE é reportada e muito menos é indicado que as atividades devam ser estruturadas de modo colaborativo entre profissionais de saúde ou professores. Oportuniza-se, assim, que ocorram distorções como relatadas na literatura de que os docentes acabam se mantendo a margem dos processos educativos que são realizados na escola por profissionais de saúde (MOHR, 2009).

As autorias das propostas curriculares se polarizam entre grupos de docentes pertencentes à rede de ensino público e equipe de especialistas que são designados para fins executivos. Contudo, compreendendo que os currículos são sobretudo uma construção social e visam à orientação e o direcionamento dos conteúdos a serem tratados pelo professor defendemos que este profissional, assim como os demais atores que compõem o espaço escolar, deveriam participar de sua construção de forma democrática. Tal construção é importante tendo em vista que os documentos curriculares trazem elementos próprios do cotidiano escolar e ainda aqueles oriundos de outras instâncias como, por exemplo, a sociedade, o Estado e as políticas que este assume como interessantes por diversos aspectos. Desse modo, não é sempre que esses documentos são pensados para a construção do bem-estar social, mas voltados ao mercado e como resposta ao modelo econômico ou a outros interesses (APPLE, 2002).

A maior parte dos documentos toma como principal referencial os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96. Ainda que adotem uma postura interdisciplinar para os conteúdos em seu texto inicial acabam ao longo do texto minando essa possibilidade ao oferecer um rol de conteúdos literalmente presos a uma “grade”. Assim, não há flexibilização e dificulta-se que muitas das vezes o professor tenha a oportunidade de articular os temas de sua disciplina com outras.

Poucas propostas curriculares abordam as doenças negligenciadas. O documento proveniente do estado de Rondônia não faz menção a nenhum agravo relacionado à pobreza no eixo que corresponde a disciplina de Ciências. Em contra partida, no bloco correspondente as disciplinas de História e Geografia¹⁰ sugere-se que as doenças negligenciadas sejam lembradas ao se mencionar que sejam abordadas nessas disciplinas as epidemias e pandemias presentes na história da humanidade. Além disso, são estimuladas reflexões sobre a relação entre as doenças e as condições socioeconômicas e ainda considerando o eixo saúde e cultura. Este indicativo é de extrema importância, pois permite trazer à tona os determinantes sociais que modelam os determinantes biomédicos (AAGAARD-HANSEN e CHAIGNAT, 2010).

¹⁰ Embora as propostas curriculares de outras disciplinas não tenham sido o objeto do estudo, no documento do estado de Rondônia as propostas das diferentes disciplinas são alocadas de forma conjunta. Tornando-se inevitável o exame de outras matérias.

Refletir sobre a forma de como as doenças negligenciadas são apresentadas no currículo escola é o mesmo que repensar a forma como a Ciências tem sido expressa nas salas de aulas. Exemplo disto é que o documento do estado da Bahia se posiciona de forma crítica ao modelo que tradicionalmente tem sido adotado nas aulas de Ciências que valorizam a memorização de conteúdos. Frente a isso o documento propõe uma “*Ciência investigativa, experimental, articuladora e informativa*” (BAHIA, s/d, p. 135). Na matriz curricular são propostas atividades, não de forma impositiva, de modo semelhante à forma como é contemplado no currículo do estado de Rondônia.

De modo geral, os currículos ao tratar da saúde como componente curricular dão ênfase a saúde sexual e reprodutiva, corpo humano e/ou indicam concepções contraditórias. Por exemplo, o documento oriundo do estado do Tocantins apresenta a noção de que o conteúdo deve se relacionar com o contexto social dos alunos e da comunidade escolar, porém ao mencionar a promoção da saúde a mesma é apresentada como sinônimo de prevenção de doenças. Czeresnia (2009) estabelece duas perspectivas para a promoção da saúde, sendo uma conservadora que visa a responsabilização do indivíduo e isenção do Estado em relação ao bem estar dos cidadãos. Já a outra corrente é a progressista. Esta reconhece uma dimensão mais ampla para a promoção da saúde. A autora expõe que essa linha almeja uma circunscrição muito maior do que aquela que o setor da saúde pode dar conta ao reconhecer que a saúde não depende unicamente do biológico. Neste sentido, quando os currículos de Ciências reportam a saúde como sinônimo de prevenção acabam por demonstrar uma visão conservadora da promoção da saúde. Não contribuindo, assim, para a uma perspectiva libertária que objetiva mudanças sociais mais profundas.

No referencial curricular do estado do Sergipe são mencionadas algumas doenças negligenciadas, tais como dengue e leptospirose. O tema é relacionado a água e não há incentivo para uma abordagem interdisciplinar, embora o documento em seu texto inicial indique esta perspectiva. Das propostas curriculares da região centro-oeste analisadas somente o documento do Mato Grosso do Sul reporta de forma explícita as doenças relacionadas à pobreza, sendo elas a AIDS, Dengue, Doença de Chagas, Leishmanioses e Leptospirose. No sudeste os documentos do Rio de Janeiro e São Paulo mencionam alguns agravos. A proposta curricular de São Paulo cita as Leishmanioses, Doença de Chagas e Malária, Esquistossomose, Filariose, entre outras. No documento é indicado que os agravos sejam correlacionados a fatores climáticos e ambientais. No entanto, fatores sociais são negligenciados. Já a proposta curricular do Rio de Janeiro reporta a Dengue e Cólera como doenças de abordagem prioritária. As doenças negligenciadas indicadas nas propostas curriculares analisadas são sumarizadas no quadro 3.

Quadro 3: Doenças negligenciadas reportadas nas propostas curriculares analisadas.

Região	Estado Selecionado	Doenças Negligenciadas abordadas
Norte	Acre	Nenhuma
	Rondônia	Nenhuma
	Tocantins	Nenhuma
	Amapá	Nenhuma
	Roraima	Nenhuma
Nordeste	Pernambuco	Nenhuma
	Alagoas	Nenhuma
	Bahia	Nenhuma
	Piauí	AIDS
	Ceará	Nenhuma
	Paraíba	Indica o termo “doenças negligenciadas de forma genérica”.
	Sergipe	Hepatite A, Leptospirose, Dengue; AIDS, Doença de Chagas, Malária e Leishmaniose;
Centro-oeste	Distrito Federal	Nenhuma
	Goiás	Nenhuma
	Mato Grosso	Nenhuma
	Mato Grosso do Sul	AIDS, Dengue, Doença de Chagas, Leishmanioses e Leptospirose
Sudeste	Rio de Janeiro	Dengue e Cólera
	Espírito Santo	Nenhuma
	Minas Gerais	Nenhuma
	São Paulo	Leishmaniose, Doença de Chagas e Malária, Esquistossomose, Filariose e Ascaridíase
Sul	Paraná	Nenhuma

Já em relação aos documentos do PSE analisados, a maior parte se inserem como documentos técnicos que tem como objetivo orientar os gestores municipais e estaduais sobre questões orçamentárias e burocráticas do programa. Dentre as ações a serem realizadas pelo PSE indicadas nos documentos podem ser citadas a verificação da acuidade visual dos estudantes, prevenção e controle da obesidade e promoção da saúde. Contudo, não foram encontrados documentos voltados especificamente para as atividades educativas de agravos no espaço escolar e identificou-se ainda uma lacuna no que se refere ao indicativo de ações considerando as doenças negligenciadas. Ou seja, embora órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) indiquem a estruturação de programas intersetoriais, incluindo para abordagens educativas, voltados ao controle das doenças negligenciadas, na prática, a presença destes não garante que estes temas estejam em pauta, pelo menos não a nível documental.

Diante disso, reportamos a necessidade de que os documentos oriundos do PSE busquem uma maior articulação com os constituintes do espaço escolar, principalmente no que se refere aos módulos educativos. Tais ações não devem ocorrer de forma descontextualizada do que acontece nas salas de aula ou das vertentes pedagógicas que orientam o trabalho neste espaço.

Apesar dos documentos do PSE e das propostas curriculares de Ciências se intercruzarem em muitos objetivos como, por exemplo, a promoção da saúde, são escassas as proposições de ações verdadeiramente articuladas entre os dois campos, saúde e educação. Esta constatação completa o que já foi identificado no trabalho de Ferreira *et. al.* (2012) em que após uma análise dos diplomas normativos do programa os autores constataram uma protagonismo do campo da saúde no PSE no que se refere ao o financiamento das ações, centralização no processo de adesão e coordenação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Ou seja, os dados do nosso estudo indicam que também não é equânime a participação de setores da Saúde e Educação no âmbito das propostas educativas envolvendo as Doenças Negligenciadas no PSE.

Consequentemente, as ações do PSE descritas nos documentos analisados se restringem a indicação de atendimentos a serem prestados pela equipe de profissionais da assistência básica e a resolução de questões burocráticas como preenchimento de fichas. Por conseguinte, as ações de educação em saúde acabam sendo relegadas ao segundo plano.

Por fim, alertamos para o negligenciamento que as doenças associadas à pobreza são submetidas no conteúdo documental que envolve o espaço escolar. A invisibilidade destes agravos nas propostas curriculares e nos documentos do PSE fazem com que o estímulo para sua abordagem seja fomentado apenas por materiais que os docentes ou profissionais de saúde tem acesso, tais como livros didáticos e materiais educativos informativos ou pela sensibilidade dos envolvidos. Contudo, estudos tem indicado uma abordagem não adequada das doenças negligenciadas em livros didáticos, em materiais impressos e concepções equivocadas tanto de profissionais de saúde quanto de professores sobre estes agravos (ARMINDO, 2012; ASSIS, 2012; ASSIS, PIMENTA e SCHALL, 2013a; 2013b; FRANÇA, 2012; PIRES, TRAJANO e ARAUJO-JORGE).

CONCLUSÕES

A maior parte das propostas curriculares analisadas utilizam os PCN como principal referencial dos seus textos e apresentam argumentos que indicam uma preocupação com a construção de um ensino voltado para a transformação social da realidade dos alunos. Contudo, os documentos acabam tornando-se contraditórios na medida em que apresentam, em sua maioria, uma grade pouco flexível e que valoriza apenas aspectos técnicos sobre o corpo, ciclos de vida e fatores biológicos sem que haja preocupação sobre a articulação dos temas da disciplina de Ciências com outras que compõem o ensino básico. Assim, os agravos à saúde, sobretudo aqueles vinculados à pobreza, acabam sendo atribuídos de forma irrestrita a fatores puramente biológicos, salvo pequenas exceções como a identificada na proposta curricular do estado de Rondônia. As propostas são fechadas e não oferecem a oportunidade de articulação entre os conteúdos.

Entendendo que a educação em saúde é um dos componentes da promoção da saúde e este sendo a finalidade principal do Programa Saúde na Escola (PSE), indica-se que sejam explicitadas nos documentos norteadores do programa a necessidade de que estas ações se desenvolvam de forma alinhada com os componentes curriculares estaduais e municipais das áreas de abrangências das equipes envolvidas. O espaço escolar se caracteriza como um local diferenciado e de tal forma é necessário que as atividades sobre a saúde que se constituam neste espaço ocorram de forma adequada a realidade, superem o modelo verticalizado e sanitário comumente propagado. Além disso, que considere as dimensões pedagógicas inerentes do âmbito escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAGAARD-HANSEN, J.; CHAIGNAT, C.L. Neglected tropical diseases: equity and social determinants. In: Blas, E.; Kurup, A. S. (Org). **Equity, social determinants and public health programmes**. Genebra: Ed. WHO, 2010, p. 135-157. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf. Acesso realizado em: 7 de fevereiro de 2014.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

APPLE, Michael. Repensando ideologia e currículo. In: MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. **Currículo, cultura e sociedade**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002, p.39-57.

ARMINDO, G. L.; DINIZ, M. C. P.; SCHALL, V. T. Materiais educativos impressos sobre Dengue: análise quali-quantitativa e reflexões sobre comunicação e educação em saúde. In: ENCONTRO NACIONAL EM PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 2011, Campinas. **Anais do VIII Encontro Nacional em Pesquisa em Educação em Ciências**. Campinas: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. 2011.

ASSIS, S. S. **Análise de livros didáticos, materiais impressos e das percepções e práticas dos professores e profissionais de saúde: subsídios para a estratégia integrada de prevenção e controle da dengue**. 2012. 239f. Dissertação (mestrado em Ensino em Biociências e Saúde). Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

ASSIS, S. S.; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. Conhecimentos e práticas educativas sobre dengue: a perspectiva de professores e profissionais de saúde. **Ensaio: Pesquisa em educação em ciências**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, 2013a.

ASSIS, S. S.; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. A dengue nos livros didáticos de ciências e biologia indicados pelo Programa Nacional do Livro Didático. **Ciência e educação**, Bauru, v. 19, n.3, 2013b.

BOGDAN, R., BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Editora Porto, 1994.

BAHIA. **Proposta curricular – 6º ao 9º ano – Ciências da Natureza**. s/d.

BRASIL. Conselho Federal De Educação, 1974. **Parecer n. 2.264/74 - Ensino (1º e 2º Graus). Educação da Saúde.** Programas de Saúde. Documenta, Brasília, v. 165, p.63-81, 1974.

BRASIL. Presidência da republica. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Brasília, 2007a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578:programa-saude-nas-escolas&catid=194:secad-educacao-continuada> Acesso realizado em: 26 de março de 2011.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (org.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43-57.

FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS TI. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.12, 2012.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ (IOC/Fiocruz-RJ). Nota técnica nº 1/2011/IOC-Fiocruz/Diretoria. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_1_2011_IOCAtual.pdf. Acesso realizado em: 4 de junho de 2012.

KRASILCHIK, M.; MARANDINO, M. **Ensino de ciências e cidadania.** 2 ed. São Paulo: Moderna, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOHR, A. **A natureza da educação em saúde no ensino fundamental e os professores de ciências.** 2002. 410f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

MOHR, A. A educação em saúde na escola: panorama e questionamentos a partir de depoimentos de professores de Ciências de Florianópolis. In: Selles, S. E.; Ferreira, M. S.; Barzano, M. A. L.; Silva, E. P. Q. **Ensino de Biologia:** histórias, saberes e práticas formativas. Uberlândia: EDUFU, 2009. p. 107 – 126.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **First WHO report on neglected tropical diseases:** working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva: WHO Publication, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases:** second WHO report on neglected diseases. Geneva: WHO Publication, 2012.

PINHÃO, F.; MARTINS, I. O discurso sobre saúde e ambiente no livro didático de ciências brasileiro. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, v. 11, n 2, 2012. Disponível em: http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen11/REEC_11_2_5_ex595.pdf. Acesso realizado em: 12 de dezembro de 2012.

PIRES, F. E. S. S.; TRAJANO, V.; ARAÚJO-JORGE, T.. Identificação dos saberes relacionados as doenças negligenciadas nos livros aprovados pelo Programa Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio (PNLEM 2012) e de estudantes da educação básica. In: ENCONTRO NACIONAL EM PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 2013, Águas de Lindóia. **Anais do XIV Encontro Nacional em Pesquisa em Educação em Ciências**. Águas de Lindóia: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. 2013.

VENTURINE, T. **Educação em saúde na escola:** investigando relações entre Professores e Profissionais de Saúde. 2013. 238f. Dissertação (mestrado em Educação Científica e Tecnológica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

III.1.1.2 MANUSCRITO 1: Programa Saúde na Escola (PSE), Plano Brasil sem Miséria (BSM) e doenças negligenciadas – um panorama a partir da análise documental: contribuições para uma agenda integrada.

Contexto:

O manuscrito encontra em fase de finalização e o mesmo será submetido após a conclusão da tese. O texto é produto da análise dos documentos do BSM, PSE e doenças negligenciadas. A busca de documentos foi realizada em sites oficiais dos ministérios da República Federativa do Brasil, no período de agosto de 2013 a maio de 2015. Foi elaborada uma série de categorias para auxiliar na análise. Após a coleta todos os documentos foram categorizados e analisados qualitativamente a luz da hermenêutica. Identificamos uma série de aspectos a serem melhorados nas propostas analisadas. Sinalizamos como ponto positivo o avanço em relação à universalização do PSE e o potencial de colaboração entre as políticas públicas.

Referência:

ASSIS, S. S.; ARAÚJO-JORGE, T. Programa Saúde na Escola (PSE), Plano Brasil sem Miséria (BSM) e doenças negligenciadas – um panorama a partir da análise documental: contribuições para uma agenda integrada. Em preparação.

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE), PLANO BRASIL SEM MISÉRIA (BSM)
E DOENÇAS NEGLIGENCIADAS – UM PANORAMA A PARTIR DA ANÁLISE
DOCUMENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA AGENDA INTEGRADA**

Resumo

Atualmente as doenças negligenciadas compõem um grupo de agravos que acometem cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo. No Brasil, o Programa Saúde na Escola e o plano Brasil sem Miséria reúnem esforços para mitigar o cenário das doenças negligenciadas no cenário nacional. Objetivou-se analisar os documentos oficiais do Programa Saúde na Escola, Plano Brasil sem Miséria e os destinados às estratégias de controle e prevenção das doenças negligenciadas com finalidade de verificar a sinergia de esforços entre as estratégias e o possível potencial de colaboração. A busca de documentos foi realizada em sites oficiais dos ministérios da República Federativa do Brasil, no período de agosto de 2013 a maio de 2015. Foi elaborada uma série de categorias para auxiliar na análise. Após a coleta, todos os documentos foram categorizados e analisados qualitativamente à luz da hermenêutica. Ao todo, 274 documentos oficiais foram analisados. Destacaram como pontos a serem melhorados para uma agenda integrada: 1) a sinergia de propostas relacionando as estratégias sobre as doenças negligenciadas no âmbito do PSE e BSM; 2) propostas de formação para os profissionais que atuam no PSE e; 3) a importância da abordagem das doenças negligenciadas no contexto do PSE, principalmente nas áreas prioritárias do BSM. Revelou-se como importante avanço no período abarcado pela pesquisa a universalização do PSE. Há um potencial de colaboração entre as três estratégias investigadas. Contudo, faz-se necessário maior diálogo entre os proponentes das políticas públicas e os gestores regionais envolvidos no processo. Palavras-chave: Integralidade. Intersetorialidade. Doenças da Pobreza.

INTRODUÇÃO

A educação integral emerge com a aspiração de contribuir para a formação plena do estudante ao dar conta dos diversos aspectos de sua vida. Em sua proposta, a educação integral tem como um de seus princípios assegurar a permanência de crianças e jovens na escola para que estes concluam o ensino básico, bem como para que haja maior participação da família neste espaço[1,2].

Lançam-se críticas que dizem respeito à impossibilidade de implementação de ações que deem conta de tal desafio. Como pontos nevrálgicos dessa questão destacam-se o conjunto de responsabilidades educacionais que não são vinculadas necessariamente ao conjunto de conhecimentos científicos das disciplinas, mas que estes são necessários para a compreensão de questões presentes no cotidiano. Assim sendo, em uma perspectiva que almeja a educação integral, estes temas que interdependem de uma base escolar-científica não podem ser relegados [2].

Especificamente em relação à saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) remete que a escola, cuja proposta é vinculada à promoção da saúde volta-se a uma visão integral de ser humano. Além disso, por meio de práticas educativas sobre este tema espera-se formar cidadãos que reflitam de forma crítica sobre a própria condição de saúde e de sua comunidade [3].

No Brasil, os conteúdos sobre saúde estão presentes no espaço escolar desde o final do século XIX, onde a finalidade era regular e reger modos de viver aos alunos [4,5]. Os documentos que regem a educação no Brasil sofreram transformações de acordo com as alterações políticas de cada época. O longo do tempo, a abordagem do tema saúde no âmbito documental foi se moldando a estas transformações. Contudo, na prática, mantiveram-se resquícios de uma educação em saúde normatizadora e higienista [6, 7].

Paralelamente, as perspectivas que balizam as ações de nível intersetorial preveem o reconhecimento de que a saúde, seus agravos e os determinantes não se restringem a um setor específico [8]. Exemplos de tal perspectiva é o Programa Saúde na Escola (PSE) e o plano Brasil sem Miséria (BSM). Ambas as estratégias se inter cruzam em muitos de seus objetivos e atendem a visão de uma educação integral [9].

Questões interdisciplinares, socialmente relevantes e que visam a uma proposta educativa integral possuem papel de destaque em uma conjuntura intersetorial, pois viabilizam que assuntos de interesse sejam colocadas em pauta de modo interligado entre diferentes atores, oriundos de setores distintos. Tendo em vista os objetivos da educação integral e o potencial das estratégias intersetoriais, as doenças negligenciadas se caracterizam como uma questão de interesse a ser tratada considerando ambas perspectivas.

Doenças negligenciadas – O contexto

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), compõem o grupo das doenças negligenciadas os agravos que acometem majoritariamente as populações em desenvolvimento [10]. Para a prevenção e controle de tais doenças, além de ações específicas que visem à administração de medicamentos e à maximização dos serviços de saúde, são necessários esforços de áreas que transcendam o setor da saúde [11]. Nesse sentido, as propostas intersetoriais apresentam um grande potencial de colaboração [10].

Nas últimas décadas, nos contextos nacional e internacional, inúmeros esforços têm sido empregados com a finalidade de reduzir a incidência e os impactos das doenças negligenciadas. Contudo, estima-se que ainda há um bilhão de pessoas em todo mundo que são afetadas por esses agravos, que também proporcionam impactos econômicos, sociais e nos sistemas de saúde [10, 11].

Em todo mundo, uma série de iniciativas que envolve a sinergia de esforços entre o setor da saúde e da educação para a prevenção e o controle das doenças negligenciadas tem sido bem-sucedida, apesar da complexidade que envolve tal associação [12]. Para superação do contexto das doenças negligenciadas são imprescindíveis esforços conjugados entre múltiplos setores, sendo o componente educativo essencial neste cenário [10]. Contudo, sinaliza-se a ausência de estudos que analisem as melhores práticas e apresentem evidências sobre o benefício de estratégias integrativas [13]. Neste sentido, o presente estudo visa contribuir para redução desta lacuna ao reportar a análise de políticas intersetoriais implementadas no Brasil.

Conciliando as características inerentes à intersectorialidade, integralidade e visando à configuração de um cenário socialmente mais equânime, em 2011, foi estruturado o plano Brasil sem Miséria (BSM). O PSE foi incorporado à política devido sua potencialidade de abordar questões referentes à saúde no espaço escolar de modo intersectorial.

Pretendendo-se essa sinergia de esforços para o alcance de um cenário mais justo e, conseqüentemente, o controle e a prevenção das doenças negligenciadas é imperativo que se lance mão da análise dos documentos de referência que orientam as práticas destinadas a este fim. Deste modo, o presente trabalho tem por objetivo analisar os documentos oficiais do PSE, BSM e os destinados as estratégias que visam a redução das doenças negligenciadas.

METODOLOGIA

O trabalho possui natureza qualitativa e contempla a técnica de análise de documentos. A análise de documentos consiste em um processo sistêmico de revisão ou avaliação de documentos, onde é exigido que se reflita e interprete os dados com o objetivo de se obter um significado e compreensão [14]. Para tal, buscou-se o suporte da análise hermenêutica que se baseia na interpretação e o próprio trabalho de descrição abarca um esforço interpretativo para entendimento do cenário pesquisado [15, 16].

Todos os arquivos foram obtidos por meio de busca ativa aos sites do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (ME), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Coordenadoria Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e Departamento de Atenção Básica (DAB) (Quadro 1). O material foi coletado no período de agosto de 2013 a maio de 2015. A seleção de descritores utilizados nas buscas baseou-se no conteúdo da nota técnica emitida pelo Instituto Oswaldo Cruz em 2011 [17].

É importante ressaltar que como a finalidade do estudo foi verificar as possíveis relações e pontos nevrálgicos entre o PSE, o BSM e as doenças negligenciadas, foram considerados os documentos produzidos a partir do ano de 2007, ano que o PSE foi instituído. Quando a data de produção do documento não foi disponibilizada, o mesmo foi incluído na análise.

Quadro 1: Síntese dos sites consultados, número de documento analisados e descritores utilizados.

SITE	Nº DE DOCUMENTOS	DESCRITORES UTILIZADOS ¹¹
Ministério da Saúde	197	“Programa Saúde na Escola”; “PSE”; “Plano Brasil sem Miséria”; “BSM”; “Doenças Negligenciadas”, “Dengue”, “Anemias”; “Doença de Chagas”; Hanseníase; “Helmintíases”; “Verminose”; “Geohelmintoses”; Parasitoses intestinais; “Leishmanioses”; “Malária”; “Tuberculose”.
Ministério da Educação	13	
Ministério do Desenvolvimento Social	41	
Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição	20	
Departamento de Atenção Básica	17	

Fonte: Produzido pela autora.

Embora 274 documentos tenham sido analisados no estudo, 14 destes foram localizados em mais de um site. Por este motivo, os números mostrados no Quadro 1 não convergem com o total de arquivos considerados no estudo (n=274).

Após serem localizados, os arquivos foram submetidos a uma análise minuciosa e estes foram categorizados de acordo com os critérios previamente estabelecidos (quadro 2). Essa categorização inicial teve a intenção facilitar a análise do material e estabelecer possíveis padrões.

¹¹ Foram ainda utilizados descritores “Febre Reumática”; “Sífilis”; “Filariose”; “Febre Reumática”; “Oncocercose” e “Tracoma”. Contudo, não foram encontrados documentos relacionados no período do levantamento.

Quadro 2: Categorias e aspectos abordados na descrição dos documentos.

CATEGORIA	ASPECTOS ABORDADOS
Tipo de documento	Primário: Reportou se o documento ocupou-se em descrever ou instruir o funcionamento dos programas. Secundário: Classificação empregada para os documentos que se referiam a uma estrutura já elaborada e tinham como finalidade relatar seus efeitos.
Título	Nome ou expressão empregada no início do documento.
Autoria	Refere-se aos nomes dos responsáveis pela elaboração dos documentos.
Editor	Compreende o órgão, instituição ou setor responsável pela edição do documento.
Ano de produção	Data de emissão do documento.
URL	Link de onde o material foi encontrado.
Natureza	De acordo com seu conteúdo o documento foi caracterizado como: Base legal: quando referia a alguma lei, portaria ou determinação de ordem legal com implicação ao PSE, DN ou BSM. Documento técnico: quando orienta sobre o funcionamento, orçamento ou adesão das políticas abordadas no trabalho. Divulgação: quando se refere a recursos de divulgação das estratégias ou das doenças negligenciadas visando à adesão de gestores e profissionais. Material educativo: corresponde aos recursos desenvolvidos com uma finalidade pedagógica e ainda com potencial de ser empregado em práticas educativas.
Número de páginas	Extensão do documento em número de páginas.
Público que se destina	População à qual os documentos eram dirigidos.
Sobre a presença de fontes de referência	Existência ou não de fontes de referência no documento.
Objetivo	Finalidade do material analisado.
Tema referido	Conteúdo abordado.
Eixo do Plano Brasil sem Miséria que se enquadra	Se o documento se enquadra ou não em algum eixo do Plano Brasil sem Miséria.
Eixo central do Plano Brasil sem Miséria tratado	Qual dos eixos do BSM o documento se enquadra (garantia de renda, acesso à serviços e/ou inclusão produtiva).
Eixo temático do Plano Brasil sem Miséria	Consiste em qual estratégia do BSM se enquadra o que está sendo reportado no documento.
Síntese do documento	Breve resumo sobre o que está sendo tratado no documento.

Fonte: Produzido pela autora.

É importante ressaltar que os documentos de referência acabam por influenciar as práticas de profissionais de saúde, educação ou de outras áreas que sejam de interesse. Assim, é essencial que se observem as diretrizes prioritárias, os objetivos, entre outros aspectos contidos nesses materiais. Além disso, a partir da análise que se propõe, é possível observar se houve ou não modificação do enfoque adotado no período para tratar do tema e a articulação entre as estratégias aqui abordadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O que dizem os documentos analisados?

Todos os documentos analisados foram disponibilizados digitalmente. Os documentos do PSE, em sua maioria, são do tipo primário que fornecem subsídios para o funcionamento e adesão ao programa. Caracterizaram-se como documentos secundários 12 documentos do PSE, cinco do BSM e 30 referente às doenças negligenciadas. Ambos os tipos de documentos (primários e secundários) são importantes para a consolidação do programa.

Reforça-se a necessidade de documentos que analisem e apresentem o acompanhamento dos programas e suas ações. Por meio desses registros, torna-se possível o aperfeiçoamento das estratégias, bem como um aprofundamento sobre seu funcionamento. Embora estejam previstas avaliações das metas pactuadas entre os municípios e o PSE, a divulgação dessas é inexistente. A baixa disponibilização de dados que ofertem um panorama sobre a conjuntura das políticas públicas destacada, dificulta a proposição de melhorias e possibilidades de aperfeiçoamento pela área acadêmica. Além disso, não é ofertado à população dados sobre a efetividade das políticas públicas destacadas neste estudo.

A emissão de documentos, quando dirigida a gestores, esteve associada a alterações no funcionamento do PSE, do BSM e das doenças negligenciadas como questões referentes ao funcionamento das ações, financiamento, adesão e princípios. Em sua maioria, os documentos contam com autoria do Ministério da Saúde quando se trata das doenças negligenciadas e do PSE e um protagonismo do MDS em relação ao BSM. Em análise dos diplomas normativos do PSE é reportada a pouca integração entre os Ministérios da Saúde e Educação ao tratar da política intersetorial do PSE [9]. Ao longo do tempo observa-se que esta fragilidade permanece e ceifa o princípio da integralidade em sua prática reportada nos documentos tanto do BSM como do PSE [18, 19].

Já os documentos que se destinavam à população em geral, centrados nas ações envolvendo as doenças negligenciadas ou o PSE, se caracterizaram como materiais educativos e estiveram associados a campanhas. A vinculação entre a produção de materiais educativos e estratégias campanhistas é algo frequente na área da saúde e é criticada em inúmeros trabalhos, sobretudo, por sua pouca efetividade, verticalização da estratégia e homogeneização do público [20, 21, 22].

A partir da portaria interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013, ao instituir as regras e critérios para adesão ao programa estabelece que todos os municípios e unidades de saúde estão aptos a aderir ao PSE. Resultando, assim, na universalização do Programa [23]. Essa ampliação em relação ao público atendido pelo PSE é extremamente importante no contexto do BSM, uma vez que o PSE é alocado dentro no eixo de acesso aos serviços como a saúde, por exemplo. Assegurando dessa forma, que localidades descobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas que estão próximas a alguma unidade de atenção básica possam ter suas escolas incorporadas no programa. Tal alteração favorece, principalmente, populações de regiões remotas e comunidades tradicionais como indígenas e caiçaras.

Os eixos saúde e educação do BSM, principalmente em uma perspectiva intersetorial, visam a enfrentar múltiplas questões dessas áreas, nas regiões onde a pobreza ainda é muito prevalente [24]. Somada a ampliação do alcance do PSE e sua inserção no BSM pode contribuir de forma destacada para o controle das doenças que se sobressaem no cenário de pobreza. Por meio do PSE no contexto do BSM é possível tratar de questões importantes para a promoção da saúde como, por exemplo, saúde ambiental, direitos humanos, prevenção de acidentes, entre outros temas que sejam relevantes para a comunidade acolhida.

Embora haja avanços entre a relação do PSE e o BSM, ainda é conflituosa a questão das doenças negligenciadas nesse contexto. Exemplo disso é o documento oriundo da oficina de Prioridades sobre doenças negligenciadas [25]. Apesar do documento ter surgido em período anterior ao BSM e quase ao mesmo tempo que o PSE, nele não há qualquer indicativo quanto a realização de ações envolvendo o espaço escolar, seja em relação a estratégias de educação em saúde a ser conduzida pelo setor da educação/saúde ou no âmbito intersetorial. A partir deste resultado, evidencia-se a ausência de compromisso entre ações relacionando as doenças negligenciadas no contexto escolar.

A ausência de relação entre diferentes políticas que aliam o setor da saúde e da educação é que somente três dos documentos listados sobre as doenças negligenciadas reportam o PSE. Todos são oriundos do Ministério da Saúde e dois são vinculados à Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição e abordam questões referentes ao estímulo à alimentação saudável no PSE, incluindo a necessidade de realização de oficinas e estratégias educativas.

As anemias carenciais são privilegiadas como todas as doenças negligenciadas em situação de pobreza e desigualdade social. Além disso, elas apresentam influência relevante para a vulnerabilidade fisiológica dos indivíduos a infecções [26]. Frente a isso, faz-se necessário estudos que visem compreender a dinâmica nutricional das populações e não somente aspectos empíricos sobre a questão [26].

O outro documento relacionado as doenças negligenciadas selecionadas e o PSE foram as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue [27]. O documento é um marco importante nas políticas de controle e prevenção de dengue. O Brasil historicamente experimenta sucessivas epidemias de dengue exigindo assim que se lance mão de estratégias objetivem minimizar o agravo.

Nesse sentido, o documento aborda uma série de ações a serem empregadas. Entre as iniciativas listadas estão aquelas que relacionam o serviço de saúde ao contexto escolar. O PSE é então mencionado por seu potencial de “*desenvolvimento de ações de educação em saúde nas escolas públicas (...)*” [27]. Vale lembrar que em 2009, ano de produção das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, nenhuma doença negligenciada, exceto AIDS conjugado a outras DSTs, figuravam dentro do rol de agravos a serem tratados pelo PSE como discriminam os componentes I e II do programa.

O PSE possui dois componentes: componente I corresponde à “avaliação clínica e psicossocial”; o componente II se refere à “promoção e prevenção” e; o componente III refere-se a “Formação”. As estratégias educativas para a comunidade escolar são dirigidas ao componente II. A indicação oficial sobre a abordagem das doenças negligenciadas no âmbito do PSE aconteceu no manual do Programa em 2011. No referido documento, é recomendado que as equipes de saúde devam proceder com a detecção precoce dos agravos e a atividades educativas junto à comunidade escolar [27]. Contudo, este indicativo não persiste nos manuais do ano de 2013 [28]. A partir de 2014, as doenças negligenciadas reaparecem nos documentos do PSE. Nesse momento, elas integram oficialmente o componente I do PSE. É então reportado que as ações envolvendo o tema

devem ser dirigidas ao ensino fundamental, ensino médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA) [29].

Ainda pela indicação contida nos documentos de 2014, o PSE deve se centrar no monitoramento de possíveis sinais de doenças negligenciadas de prevalência no território de atuação da equipe de saúde. Indicações quanto às práticas educativas envolvendo a temática são inexistentes. Há a existência de uma relação tensa entre profissionais de saúde e professores no que diz respeito às ações de educação em saúde a serem realizadas na escola, pois, frequentemente, essas atividades são realizadas unicamente pela equipe de saúde [7]. Assim, a escola é considerada apenas como ponto para exercer certo controle social do Estado sobre as comunidades.

Com base nas orientações explicitadas no documento de referência do PSE em 2014, as ações da equipe de saúde devem ser restritas a periodicidade de uma vez por ano com os mesmos estudantes de escolas alocadas no território da unidade de atenção básica pactuada. A baixa frequência ou a ausência de estímulos para que as ações em conjunto entre as equipes de educação e saúde é ameaça não só à finalidade de atuação no âmbito das doenças negligenciadas, mas como também o próprio pressuposto do PSE que visa *“contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”* [27]. Com a orientação de atividades a serem realizadas de forma tão espaçadas, tal objetivo torna-se distante. Deste modo, refletir sobre a questão das doenças negligenciadas no contexto do PSE envolve também indagar-se sobre os próprios efeitos do programa como um todo e suas contribuições para um cenário de ampliação do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Identificou-se também discrepância em relação ao número de documentos por doenças negligenciadas. Enquanto algumas doenças possuem um amplo conjunto de documentos que abordam desde a questão do manejo clínico até estratégias diversificadas de controle outras se restringem a poucas questões e seu debate é quase exíguo. Ou seja, por meio do quantitativo de documentos recolhidos e analisados emerge-se o fato de que algumas doenças negligenciadas são “mais negligenciadas”. Enquanto que algumas possuem uma abordagem ampla e conjugam iniciativas de diversos campos para sua prevenção e controle, outras se restringem a poucos documentos e que não consideram a totalidade que envolve o agravo.

A síntese dos documentos analisados sobre as doenças negligenciadas é apresentada no quadro 3.

Quadro 3: Síntese dos documentos sobre doenças negligenciadas analisados.

Doença	Número de documentos	Temas abordados
Anemias carenciais	18	Documentos destinados aos profissionais de saúde centram-se no estímulo à alimentação saudável, orientação de como mediar as informações junto a população, intersectorialidade e questões sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Para a população em geral, são tratadas questões sobre a alimentação saudável, atividades interativas tipo passatempo. Há presença de linguagem técnica.
Doença de Chagas	18	Abordagem da doença de Chagas em conjunto com outras zoonoses como Febre Amarela, Leishmanioses e Leptospirose. Aspectos como transmissão da doença e vigilância epidemiológica são reportados. Apenas um documento trata da transmissão oral do agente etiológico. Nenhum dos documentos analisados teve como público a população em geral.
Dengue	39	Documentos reportam essencialmente dados epidemiológicos, índices de infestação larval e difusão de medidas de controle físico a ser executado pela população. São escassas as menções ao manejo clínico do paciente, ações intersectoriais e promoção de estratégias educativas.
Hanseníase	33	Materiais para profissionais de saúde voltados para a orientação profissional sobre o diagnóstico. Materiais educativos destinados à sensibilização da população sobre a autodeteção e direitos do paciente sobre o tratamento.
Geohelmintoses	16	Dentre os documentos analisados verificou-se que o conjunto de geohelmintoses é abordado junto com outras doenças infecciosas e parasitárias, presença de guia de vigilância epidemiológica e diretrizes para a abordagem de parasitoses prevalentes na infância. Questões como intersectorialidade e estratégias educativas estiveram ausentes.
Leishmanioses	13	Os documentos trataram essencialmente sobre vigilância epidemiológica, informações clínicas voltadas para o treinamento de profissionais de saúde. Há predomínio da abordagem sobre a Leishmaniose visceral. Estratégias educativas e ações intersectoriais não são contempladas.
Malária	22	Predomínio de documentos referentes a

		vigilância epidemiológica, informações destinadas aos profissionais de saúde sobre diagnóstico e tratamento.
Tuberculose	20	Os documentos centram-se em boletins epidemiológicos, manuais de controle do agravo e procedimentos clínicos a serem adotados por profissionais de saúde.

Fonte: Produzido pela autora.

Verifica-se descompasso entre as ações realizadas pelo PSE, o BSM e as estratégias envolvendo as doenças negligenciadas. Evidencia-se também que a orientação quanto à realização das atividades educativas não tem sido equânime, mesmo quando tenta se conjugar os três eixos aqui considerados (PSE, BSM e doenças negligenciadas). É emergencial que haja avanço quanto a articulação das políticas públicas e compromisso com a formação cidadã de modo que estes se traduzam nas orientações contidas nos documentos oficiais e que se traduzem na prática de gestores, profissionais da saúde e educação.

Caminhos e possibilidades a partir do registro documental do PSE, BSM e doenças negligenciadas

Em trabalho que visou analisar as práticas do PSE e seu alinhamento com a perspectiva da promoção da saúde, verificou-se que as ações realizadas nas escolas são um misto entre práticas educativas verticalizadas e atividades que buscam conhecer e discutir os determinantes sociais e de saúde, além de aspectos afetivos a serem valorizados no espaço [30]. Além disso, foi constatado que na prática o planejamento das ações é centrado nas equipes de saúde [30]. A comunidade escolar se mantém a margem e sua participação ocorre em momentos específicos como no conselho escolar. Essa participação, segundo o autor, é insuficiente.

Tendo em vista que os profissionais de saúde são os sujeitos responsáveis pelo processo de planejamento das ações do PSE e também os mediadores das práticas educativas que envolvem a proposta, a formação acadêmica desses é um ponto nevrálgico [30]. Tal constatação converge com as conclusões atingidas após a análise dos diplomas normativos do PSE. Os diplomas normativos do PSE não abordam a intersectorialidade em sua totalidade. Há nesse sentido um predomínio do campo da saúde na estruturação do PSE [9]. Em trabalho que buscou a interlocução com os profissionais da saúde e educação reportam que ao PSE é atribuído o papel de diagnóstico e medicalização. Revelando, assim, uma visão reducionista do programa [31].

Dentre os documentos examinados, nenhum apresentou uma proposta específica de formação visando à atuação no PSE. Ou seja, a ocorrência ou não de atividades de formação permanente e continuada para atuação no PSE possui caráter facultativo. É imperativo que os profissionais envolvidos na execução do PSE sejam profissionais de saúde e/ou de educação, tenham uma formação específica para atuar no programa reduzindo compreensões que não refletem o PSE em sua totalidade.

Processos educativos específicos para os profissionais que atuam no PSE também possibilitariam a ampliação dos horizontes no que se refere à realização das práticas educativas no espaço escolar. Além de estimular a interação entre os profissionais de ambos os campos (saúde e educação), os processos educativos destinados para estes sujeitos fortalecerá a intersectorialidade. É necessário que a formação dos profissionais compreenda em sua abordagem o cenário das doenças negligenciadas e potencialize as competências de cada programa de modo a integrá-los na prática.

A ausência de formação específica para atuação no espaço escolar caracteriza-se de forma mais preocupante na medida em que a abordagem atribuída às questões de saúde se distanciam dos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas e do currículo escolar. Apesar de ser dedicado um eixo específico do PSE com indicações sobre a formação dos profissionais que atuam no programa esta não é uma recomendação constante. De modo que a formação específica para atuação no PSE acaba sendo algo facultativo e sua recomendação algo inconstante nos documentos que subsidiam o programa. Nesse sentido, parcerias importantes, como com a Universidade Aberta do Brasil (UAB) ou a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), não são utilizadas.

Embora nos documentos seminais do PSE haja indicações quanto à importância das práticas educativas em saúde, essa orientação foi se perdendo ao longo do tempo, de modo que o PSE ficou configurado apenas com um canal para o diagnóstico de agravos e encaminhamento de alunos aos serviços de saúde quando necessário. Não se trata de marginalizar as práticas realizadas até então no programa. Contudo, é necessário que estas ações se estruturam de modo planejado e esse intercâmbio seja estimulado pelos documentos que orientam o programa.

No campo do Ensino de Ciências, há relatos quanto à resistência da abordagem de profissionais de saúde no espaço escolar exatamente pela ausência de articulação das atividades desenvolvidas com as práticas pedagógicas já executadas nesse espaço [7]. Assim, é crucial que essa questão seja considerada ao se pensar no âmbito do PSE ou em quaisquer atividades que envolvam o espaço escolar. Possibilitando que as ações sejam integradoras de fato e não excludentes ou que contemplem somente uma classe profissional.

Estratégias que visem à abordagem dos determinantes sociais são essenciais e nesse sentido as ações que compactuem com uma formação integral não podem ser omitidas. Em pesquisa realizada junto a um grupo de 400 pesquisadores da área de doenças negligenciadas, concluiu-se que as tecnologias existentes não são suficientes para que se elimine ou reduza significativamente doenças negligenciadas amplamente difundidas como esquistossomose ou geohelmintoses [32]. Reforça-se, deste modo, a necessidade de ações inovadoras que possibilitem à população ter acesso à formação e tomar decisões de forma autônoma. Portanto, a associação do PSE, BSM e das políticas envolvendo as doenças negligenciadas possui o potencial de atuar na lacuna existente para a mitigação das doenças negligenciadas.

Merece destaque também a inexistência de um canal de diálogo, reportado de modo formalizado nos documentos analisados, entre os órgãos federais e as estâncias estaduais e municipais que são responsáveis pelo PSE, BSM e as diferentes estratégias de controle das doenças negligenciadas. A disponibilização de um canal permanente de comunicação entre as esferas que atuam diretamente frente às políticas aqui analisadas é algo imprescindível para que as ações sejam estruturadas de forma que correspondam às realidades locais e para a manutenção da qualidade dos serviços prestados. Além disso, um canal de comunicação é fundamental para que as estratégias não sejam realizadas de forma verticalizadas e possam conjugar o BSM, o PSE e o contexto das doenças negligenciadas da melhor forma possível.

Chama a atenção a ausência de correspondência entre os documentos do PSE e das Doenças Negligenciadas. Enquanto que programas norteadores para o controle de doenças negligenciadas ora omitem o PSE e em outra reconhecem a estratégia como sítio importante para que os esforços relacionados à prevenção e controle desses agravos sejam focalizados. Em contrapartida, os documentos do PSE omitem quase que por completo a questão das doenças negligenciadas, mesmo estas possuindo relevância no cenário nacional. Nos documentos do PSE, foram raras as menções/orientações sobre a importância e a abordagem do tema no espaço escolar. Ou seja, de modo geral, devido a abordagem incipiente não há consenso sobre a importância do tratamento do tema das doenças negligenciadas no contexto do PSE e a importância da questão no espaço escolar. Embora haja reconhecimento internacional sobre a necessidade de tratamento do tema no âmbito escolar. Pressupondo no PSE um espaço fecundo para isso.

Por fim, o espaço escolar citado nos documentos parece não levar em conta a capacidade do fazer pedagógico, principalmente no que se refere às questões de saúde. Pelas iniciativas estimuladas constroem-se e perpetua-se a visão de que a escola é um local de grande concentração de pessoas onde as ações de “medicalização” e difusão de “bons hábitos” de saúde são oportunas. Não há estímulo ou este é incipiente à reflexão sobre determinantes sociais e aspectos que convergem para o contexto das doenças negligenciadas. Essa é uma questão central que precisa ser considerada ainda mais quando nos debruçamos sobre a convergência de três políticas públicas que visam construir um cenário de justiça social, o PSE, o BSM e as estratégias envolvendo as diferentes doenças negligenciadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Brasil. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília, 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Accessed 4 January 2016.
- 2- Cavaliere AMV. Integral education: a new identity for the Brazilian basic school? *Educ Soc.* 2002; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302002008100013>.
- 3- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Escuelas Promotoras de la Salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. OPS: Washington, 1998. http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_Entornos.pdf. Accessed 15 January 2016.
- 4- Collares CAL, Moysés MAA. Educação ou Saúde? Educação X Saúde? Educação e Saúde! *Cad CEDES.* 1985, 1:15.
- 5- Rocha HHP. Rescribing rules of good life: school culture and the scientific rationality. *Cadernos CEDES.* 2000; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622000000300005>.
- 6- Monteiro PHN, Bizzo N. Health in school: an examination of the reference documents for the forty years of compulsory health programs, 1971-2011, 1971-2011. *Hist cienc saúde–Maguinhos.* 2015; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000028>.
- 7- Mohr, A. A educação em saúde na escola: panorama e questionamentos a partir de depoimentos de professores de Ciências de Florianópolis. In: Selles SE, Ferreira MS, Barzano MAL., Silva EPQ, editors. *Ensino de Biologia: histórias, saberes e práticas formativas.* Uberlândia: EDUFU; 2009. p. 107 – 126.
- 8- Dubois J, St-Pierre L, Veras MA. scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Cienc saúde col.* 2015; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014>.
- 9- Ferreira IRC, Vosgerau DSR, Moyses SJ, Moyses ST. Normative measures of the Health in the School Program: content analysis associated with ATLAS TI software. *Ciênc saúde coletiva.* 2012; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200023>.
- 10- WHO - World Health Organization. Generic framework for control, elimination and eradication of neglected tropical diseases. Geneva: WHO, 2015. Disponível em:

http://www.who.int/neglected_diseases/resources/NTD_Generic_Framework_2015.pdf.

Accessed 28 November 2015.

11- Choi M., Yu J, Hong S. Who Neglects Neglected Tropical Diseases? – Korean Perspective. *J Korean Med Sci*. 2015; doi: 10.3346/jkms.2015.30.S2.S122.

12- Nakagawa J, Ehrenberg JP, Nealon J, Fürst T, Aratchige P, Gonzales G, et al. Towards effective prevention and control of helminth neglected tropical diseases in the Western Pacific Region through multi-disease and multi-sectoral interventions. *Acta Trop*. 2013; doi: 10.1016/j.actatropica.2013.05.010.

13- Means AR, Jacobson J, Mosher AW, Walson JL. Integrated Healthcare Delivery: A Qualitative Research Approach to Identifying and Harmonizing Perspectives of Integrated Neglected Tropical Disease Programs. *PLoS Negl Trop Dis* 2016; doi: 10.1371/journal.pntd.0005085.

14- Bowen, GA. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qual Res J*. 2009; <http://dx.doi.org/10.3316/QRJ0902027>.

15- KAFLE, N. P. Hermeneutic phenomenological research method simplified. *Bodhi interdisc J*. 2011; doi: DOI: <http://dx.doi.org/10.3126/bodhi.v5i1.8053>.

16- Laverly SM. Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *Internat J Qual Met*. 2003; 2:3.

17- Araújo-Jorge TC. Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das Doenças da Pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil. Nota técnica institucional 1/2011/IOC/Fiocruz/Diretoria – quarta versão revisada, 2011. http://www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_1_2011_IOCatual.pdf. Accessed 20 February 2015.

18- Brasil. Presidência da república. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Brasília, 2007. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578:programa-saude-nas-escolas&catid=194:secad-educacao-continuada. Accessed 26 march 2013.

19- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Nº 7.492, DE 02/06/2011 - DOU 03/06/2011. 2011. <http://www.mds.gov.br/brasilsemisericia/legislacao-2/decreto-no-7492.pdf>. Accessed 21 August 2013.

20- Assis SS., Pimenta DN, Schall VT. Materiais impressos sobre dengue: análise crítica e

opiniões de profissionais de educação e saúde sobre seu uso. Rev Bras Educ Ciênc. 2013; 13: 3.

21- KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S. S.; RIBEIRO, A. P. G. Collection of educational materials on Hansen's disease: a tool for memory and communicative practices. Interface (Botucatu) [online]. 2010; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100004>.

22- Luz ZMP, Pimenta DN, Rabello A., Schall V. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. Cad Saúde Pública. 2003; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200023>.

23- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.413, de 10 de julho de 2013. 2013. <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jul/11/portaria-interministerial-no-1-413-de-10-de-julho>>. Accessed 26 April 2014.

24- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Passo a passo PSE – Tecendo caminhos para a Intersetorialidade. 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passoa_passo_programa_saude_escola.pdf Accessed 25 January 2013.

25- Brasil. Ministério da Saúde. Oficina de prioridades de pesquisa sobre doenças negligenciadas – Prioridades de pesquisa e inovação em Doença de Chagas. Brasília, 2008. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/eventos_2008/doencachagas/oficina_pesquisa_saude_doenca_negligenciada.pdf>. Accessed 20 April 2013.

26- Werneck GL, Hasselmann MH, Gouvêa TG. An overview of studies on nutrition and neglected diseases in Brazil. Cienc Saúde Col. 2011; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100009>.

27- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. 2009. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Accessed 19 October 2016.

28- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Manual para adesão ao Programa Saúde na Escola 2013. 2013. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_planeja.pdf. Accessed 26 April 2014.

- 29- Brasil. Departamento de Assistência Básica. Componente 1: PSE. 2014. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/concurso_pse_tabela_componente1.pdf. Accessed 24 February 2015.
- 30- Carvalho BFF. Health goes to school: health promotion in pedagogical practices. *Physis Rev Saúde Col*. 2015; doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009>.
- 31- Cord D, Gesser M, Nunes ASB, Storti MMT. The Meanings that Professionals who Work in the School Health Program (SHP) Give to Learning Difficulties: Pathologization and Medicalization of School Failure. *Psic Cienc e Prof*. 2015; doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000952013>.
- 32- Hotez PJ, Alvarado M, Basáñez MG, Bolliger I, Bourne R, et al. The Global Burden of Disease Study 2010: Interpretation and Implications for the Neglected Tropical Diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014; doi: 10.1371/journal.pntd.0002865.

III.1.1.3 ARTIGO 2: Doenças negligenciadas e o ensino de ciências: reflexões elaboradas a partir das propostas curriculares.

Contexto: O presente artigo é fruto do trabalho apresentado no IV ENECiências realizado em Niterói (RJ), no período de 13 a 16 de maio de 2014. É discutida no artigo a análise de quatro propostas curriculares sobre o tema das doenças negligenciadas. Após a apresentação, o trabalho foi selecionado entre os 10 melhores do evento, o que assegurou sua publicação na edição especial do periódico “Ensino, Saúde e Ambiente”.

Referência:

ASSIS, S. S.; ARAÚJO-JORGE, T. Doenças negligenciadas e o ensino de ciências: reflexões elaboradas a partir das propostas curriculares. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 7, n. 1, 2014. p. 1-11.

**DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E O ENSINO DE CIÊNCIAS:
REFLEXÕES ELABORADAS A PARTIR DAS PROPOSTAS CURRÍCULARES**

**NEGLECTED DISEASES AND EDUCATION SCIENCE: REFLECTIONS
PRODUCED FROM OF PROPOSALS CURRICULUM**

Sheila Soares de Assis¹, Tania Araújo-Jorge²

¹Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Oswaldo Cruz/Laboratório de Inovações, Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB) – Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, sheila.assisbiouff@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Oswaldo Cruz/Laboratório de Inovações, Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB), taniaaj@ioc.fiocruz.br

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo são acometidas pelas doenças negligenciadas (DN). Estão inclusos nesse grupo agravos relacionados à pobreza como dengue, leishmanioses, malária, geohelmintoses, entre outros. Como uma das medidas a serem empregadas para o enfrentamento da pobreza no país está a inclusão deste tema nos conteúdos curriculares da educação básica e técnica. O objetivo do estudo foi refletir sobre o tema das doenças negligenciadas nas propostas curriculares de cinco estados brasileiros selecionados, sendo cada um pertencente a uma região. A pesquisa tem cunho qualitativo e utilizou-se a análise interpretativa. Verificamos que somente dois dos currículos analisados mencionam as doenças negligenciadas, prevalece ainda o indicativo de normas prescritivas e pouco encorajamento para uma participação autônoma da sociedade nas ações de saúde. A participação de docentes na elaboração dos documentos é percebida como avanço no processo de construção curricular.

Palavras-chave: Doenças negligenciadas; ensino de Ciências; currículo; saúde.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) estimates that more than 1 billion people worldwide are affected by neglected diseases (ND). This group includes health problems related to poverty such as dengue, leishmaniasis, malaria, helminths, leprosy, among others. Inclusion of this themes in the curricula of basic and technical education helps to face this problem in developing countries. The aim of this study was to identify the presence of and to reflect on the subject of neglected diseases in the curricular proposals in five Brazilian states corresponding to each region and to reflect on possibilities to integrate them at schools. The research has a qualitative approach and an interpretive analysis. We found only two curricula mentioning neglected diseases, prescriptive norms predominates

and we saw little encouragement for an autonomous participation of the society in health activities. Participation of teachers in documents conception was perceived as a breakthrough in the curriculum development process.

Key words: Neglected diseases; science education, curriculum, health.

INTRODUÇÃO

Dentre os desafios do milênio estabelecidos pela ONU (Organização das Nações Unidas) está incluso o esforço para a redução da pobreza a nível global e consequentemente das doenças negligenciadas (DN) (ONU, 2000). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DN acometem mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo anualmente (OMS, 2010). Compõem o grupo das DN as enfermidades infecciosas que apresentam maior prevalência em países em desenvolvimento (MSF, 2001; OMS, 2001), e outras 17 doenças associadas à pobreza que contribuem para a manutenção do cenário de desigualdade (OMS, 2010; BRASIL, 2010).

No Brasil, em 2011, com a elaboração do Plano para Erradicação da Pobreza extrema, pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)¹², o Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz-RJ) emitiu a nota técnica institucional N.º 1/2011/IOC-FIOCRUZ/DIRETORIA reportando a necessidade de inclusão do tema das DN na ação desencadeada pelo MDS. A nota técnica sinaliza que a tuberculose, dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, geohelmintoses, parasitoses intestinais e anemias carenciais são as principais doenças associadas à pobreza no contexto nacional (IOC, 2011). Segundo este documento, os conteúdos curriculares da educação básica e da educação técnica deveriam contemplar questões e temas relacionados às doenças da pobreza como forma de enfrentamento destes agravos e ampliação da equidade social (IOC, 2011).

¹² Plano Brasil sem Miséria (<http://www.brasilsemiseria.gov.br/>).

ENSINO DE CIÊNCIAS, SAÚDE E CURRÍCULO

O espaço escolar manifesta-se como instituição de reprodução, proposital ou não, das aspirações da ordem vigente na sociedade no processo de construção de conhecimento. Neste contexto, Krasilchik (2000) aponta que o ensino de ciências é modificado em função do âmbito político-econômico, tanto nacional como internacional. Até que adquirisse a atual configuração, o ensino de ciências atravessou diversas transformações e a educação em saúde estruturada no espaço escolar acompanhou estas modificações. Na atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96, a educação em saúde não é citada. De tal modo, somente a partir de 1997 e 1998 ela é lembrada. Neste período são estabelecidos os Parâmetros Curriculares Nacionais voltados para o 1º - 2º segmentos e 3º e 4º segmentos do ensino fundamental, respectivamente. A saúde é alocada então como um componente transversal (MOHR, 2009).

No âmbito do ensino, ao longo do tempo, os temas que se referem à saúde, especialmente sobre as doenças negligenciadas, têm sido abordados majoritariamente nas aulas de Ciências e de Biologia (SCHALL, 2010; ASSIS, PIMENTA e SCHALL, 2013a, ASSIS, PIMENTA e SCHALL, 2013b; FRANÇA, 2012; VENTURINE e MOHR, 2013). No contexto escolar, as propostas curriculares são um elemento essencial. Neste sentido, Goodson (1995, p. 18) destaca que os currículos são *“uma estrutura de conhecimento socialmente apresentado, externo ao conhecedor, a ser por ele dominado”*. Ele pode ser concebido ainda como um artefato social e cultural, produto de demandas sociais, histórica e contextual. Implica relações de poder, transmite visões de mundo, produz identidades individuais e sociais (BRITO e FREITAS, 2009).

Os currículos não expressam um pensamento neutro e puramente técnico. Pelo contrário, eles expõem o saber que é valorizado e considerado essencial por um grupo hegemônico da sociedade. Assim, alguns temas são privilegiados em detrimento de outros visando à manutenção ou alteração de um contexto social em um dado recorte temporal (SILVA, 1999). Os documentos curriculares trazem elementos próprios do cotidiano escolar e ainda aqueles oriundos de outras instâncias como, por exemplo, a sociedade, o Estado e as políticas que este assume como interessantes por diversos aspectos. Desse modo nem sempre esses documentos são pensados para a construção do bem estar social, mas voltados ao mercado e como resposta ao modelo econômico ou a outros interesses (APPLE, 2002a).

Assim, em um momento histórico em que se busca a superação da pobreza extrema no nosso país, e conseqüentemente o sobrepujamento das doenças negligenciadas que afetam a população por décadas, analisar os currículos de Ciências é crucial na medida em que nos permite apreciar os indícios sobre as contribuições dessa disciplina para o alcance deste fim e ainda os subsídios para a construção de um cenário de justiça social. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é refletir sobre o tema das doenças negligenciadas nas propostas curriculares de cinco estados brasileiros selecionados.

METODOLOGIA

A pesquisa apresenta caráter qualitativo e utilizou-se da técnica de análise documental (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998). A técnica pode evidenciar fatos novos ou completar informações já levantadas pelo pesquisador (VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000). Seu emprego é útil também com a finalidade exploratória indicando quais aspectos devem ser aprofundados em etapas posteriores da pesquisa (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998).

Para atender o objetivo proposto neste estudo foram selecionadas cinco propostas curriculares de Ciências destinadas ao segundo segmento do ensino fundamental (6º ao 9º), sendo que cada documento correspondente a um estado brasileiro pertencente a uma das cinco regiões (Quadro 1). Os arquivos foram recuperados a partir do site das respectivas secretarias estaduais de educação.

As reflexões aqui apresentadas correspondem à parte dos dados de uma tese em desenvolvimento que visa elaborar uma proposta de ensino voltada para a abordagem das doenças negligenciadas em ações intersetoriais e alinhadas com os componentes curriculares de Ciências. Assim, a escolha dos documentos analisados se deu devido à facilidade de acesso das pesquisadoras a estes estados. Garantindo, deste modo, a obtenção de outras informações necessárias em etapas subseqüentes da pesquisa.

Após sua coleta, as propostas curriculares foram analisadas observando-se a perspectiva do documento, o indicativo ou não para a abordagem das doenças negligenciadas, as determinações contidas para o tratamento do tema e o conteúdo indicado. Para a apreciação fez-se uso da análise interpretativa. Segundo Severino (1996) este tipo de análise permite tomar uma posição própria a respeito das ideias enunciadas, superar as ideias emitidas e ler nas entrelinhas. Em suma, ao submeter o texto a este tipo de apreciação pode se explorar a fecundidade das ideias expostas e permitir, assim, um diálogo com as ideias do autor e com outras que podem ser convergentes ou conflitantes com as explicitadas no material analisado.

Quadro 1: Propostas curriculares de Ciências analisadas.

Região	Estado Selecionado	Data de produção/edição	Fonte	Data de Acesso
Norte	Acre	2010	http://www.see.ac.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=532&Itemid=275	27/12/2013
Nordeste	Pernambuco	2013	http://www.educacao.pe.gov.br/portal/?pag=1&cat=36&art=1047	30/11/ 2013
Sudeste	Rio de Janeiro	2012	http://www.rj.gov.br/web/seeduc/exibeconteudo?article-id=759820	15/12/ 2013
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2012	http://sistemas.sed.ms.gov.br/arquivos/refereencial_curricular_ensino_fundamental.pdf	01/12/2013
Sul	Paraná	2008	http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1	01/12/ 2013

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As cinco propostas curriculares foram localizadas facilmente a partir do site das respectivas secretárias estaduais de educação. Todos os textos estão expostos de forma pública e não em sítios restritos. Alocar os documentos dessa forma é importante para garantir que não somente os professores pertencentes à rede, mas também pesquisadores da área e a sociedade em geral possam acessá-los, como fizemos.

Embora os textos visem à orientação e direcionamento dos conteúdos a serem tratados pelo professor não é sempre que este profissional ganha voz em sua produção. A proposta curricular do Rio de Janeiro, por exemplo, foi elaborada por um grupo de pesquisadores de uma Universidade Federal e apesar de descrever que houve reuniões com os profissionais da rede o texto deixa claro que as sugestões destes só foram incorporadas quando possível. A construção curricular de forma democrática e não polarizada é uma necessidade e uma demanda antiga dos profissionais da educação e pode-se perceber como avanço a abertura para a participação da classe nos processos de construção. Ainda que na prática esta ação seja tímida, verificada em apenas duas propostas.

Todos os documentos apresentam uma preocupação em viabilizar uma melhor aprendizagem aos estudantes, porém apenas os currículos do estado do Rio de Janeiro e do Paraná deixam claro, em seu texto introdutório, a finalidade de apropriação do conhecimento científico e a inserção destes na prática social dos alunos. Esta perspectiva para a construção curricular é essencial quando tratamos de temas relacionados à saúde, especialmente sobre as doenças negligenciadas, ou temáticas que mobilizam valores de cunho social, econômico, ambiental, entre outros. É recorrente a prática de separação entre o biológico e o social quando se aborda a temática das doenças negligenciadas no ensino de Ciências e a invisibilidade do tema na prática tem sido criticado em estudos do campo que advogam a favor de uma percepção ampliada da saúde e do ambiente e que buscam um caráter que se aproxime da promoção da saúde (MOHR, 2002; KRASILCHIK e MARANDINO, 2007; ASSIS, PIMENTA e SCHALL, 2013a; FRANÇA, MARGONARI, SCHALL, 2013).

Observa-se que das cinco propostas três foram elaboradas após a divulgação da nota técnica do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), reportada anteriormente, que indica a incorporação do tema nos currículos do ensino básico e chama a atenção das esferas governamentais sobre a emergência do tema no espaço escolar. Entretanto, as doenças negligenciadas são reportadas apenas nas propostas curriculares do Rio de Janeiro e do Mato Grosso do Sul. O currículo mínimo do estado do Rio de Janeiro indica a abordagem de doenças como a dengue e o cólera no terceiro bimestre do 7º ano. Embora ambas sejam doenças negligenciadas deve-se estar atento às doenças de maior emergência no contexto nacional e regional. Historicamente o Rio de Janeiro tem experimentado epidemias sucessivas de dengue e somente em 2013 foram 10.765 casos confirmados da doença no estado (BRASIL, 2014), justificando assim a necessidade de abordagem do tema. Contudo, o cólera que é tratado como um conteúdo prioritário no documento não tem apresentado incidência relevante no país, ao contrário de leishmanioses e outras DN, por exemplo. Segundo o Ministério da Saúde foi registrado um único caso de cólera em São Paulo em 2011 (BRASIL, 2014).

A proposta curricular do Mato Grosso do Sul indica como prioritário a abordagem de um conjunto de doenças negligenciadas para os alunos do 7º ano. Dentre os agravos listados estão AIDS, dengue, doença de Chagas, leishmaniose e leptospirose. Segundo o Ministério da Saúde, somente no Mato Grosso do Sul em 2013 foram confirmados 2.648.532 casos de AIDS, 8.291 de dengue, 182 casos de leishmanioses, um de leptospirose e não houve notificações de casos novos de doença de Chagas no estado (BRASIL, 2014). Os estados do Acre, Pernambuco e Paraná não comentam e nem recomendam a abordagem de nenhuma doença negligenciada, especificamente, em seus documentos, apesar de Pernambuco ser o único estado com um Programa específico de controle de sete DN (projeto SANAR, para tracoma, doença de Chagas, hanseníase, filariose, esquistossomose, helmintíase e tuberculose – indicando desalinhamento entre políticas públicas de saúde e de educação).

Os dois currículos descritos manifestam a intenção de formação de sujeitos capazes de interferir sobre agravos que atingem as respectivas regiões. Entretanto, deve-se estar atento a este esforço contínuo no sentido de formar uma massa de sujeitos ativos e engajados socialmente na mitigação de agravos. Nesta perspectiva, podemos refletir sobre o ideal hegemônico¹³ de uma atuação mínima do estado em relação aos aspectos que afetam a saúde e o bem-estar da população. Além disso, educadores engajados nas constantes discussões sobre “o que é bom” e “o que deve ser ensinado” poucas vezes refletem profundamente em relação às raízes ideológicas de determinado conteúdo. Assim, mesmo dotados de uma visão crítica, é possível manter uma base dominante (APPLE, 2002b). Sendo assim não basta que o currículo expresse a necessidade de se tratar o tema das doenças negligenciadas, mas deve-se atentar as indicações que são relacionadas a elas.

Apesar dos documentos analisados reportarem que a saúde deva ser tratada de forma holística e contextualizada em seu texto introdutório, observa-se, ao longo do documento, uma contradição nas propostas que indicaram as doenças negligenciadas e naquelas que se restringiram em apenas indicar a abordagem da saúde. Nos textos oriundos do Rio de Janeiro e do Mato Grosso do Sul os agravos são correlacionados direta e restritamente a aspectos biológicos como corpo humano e microrganismos. Já os outros documentos indicam uma abordagem descontextualizada como, por exemplo, a proposta curricular do Acre que aloca o conteúdo para o 9º onde são tratados os conteúdos de Química e Física. Segundo Goodson (1995) esse desajuste e descontinuidade dos conteúdos curriculares é um problema recorrente.

Além disso, esta situação pode ser agravada, pois é comum haver queixas de professores sobre a dificuldade de implementar o enfoque interdisciplinar e contextualizar o conteúdo. Ou seja, se a própria proposta curricular não estimula tal fim dificilmente este objetivo será alcançado (REZENDE, LOPES e EGG, 2004). Além disso, o forte componente de determinantes sociais da saúde para o entendimento da dinâmica das DN que modela os determinantes biomédicos, também pode permitir sua abordagem em outras disciplinas, como Geografia, História, Português ou Matemática, além de Ciências e Biologia (AAGAARD-HANSEN e CHAIGNAT, 2010).

¹³ Segundo Apple (2006) hegemonia é um conjunto organizado de significados e práticas, ao sistema central, eficaz e dominante de significados, valores e ações que são vividos de modo sutil.

Há ainda um descompasso entre as formulações teóricas, os problemas de ensino/aprendizagem e questões sociais concretas (GOODSON, 1995). Logo, o que é descrito no currículo podem ser metas inalcançáveis ou que não atendem a real demanda de certo grupo. Dentro das práticas de educação em saúde, estabelecidas no espaço escolar, é comum observar que elas refletem estratégias normativas e prescritivas. Os currículos escolares, por sua vez, acabam sendo um instrumento para este fim quando reproduzem discursos midiáticos ou se abstém de colocar em pauta problemas encontrados nas comunidades a fim de autonomizar os indivíduos (MOHR, 2009).

A escola é um espaço privilegiado de legitimação de alguns saberes em detrimento de outros, sendo que os conhecimentos científicos ali apresentados precisam reter algum diálogo com o cotidiano e os saberes populares, por mais que isso seja complexo (LOPES, 1993). Refletindo sobre como a educação em saúde tem sido expressa no currículo, Mohr (2009) advoga a favor de uma proposta autônoma em que a preocupação central deva ser em capacitar o indivíduo para que ele aja de forma a assegurar a saúde individual ou coletiva se assim ele desejar. Ou seja, a decisão do agir é do indivíduo e o currículo deve ser um artefato que oriente essa formação e não como mais um instrumento que atua a favor da dominação, propagando ideias impositivas e isentando o estado de suas responsabilidades.

Apesar de em alguns momentos os textos analisados expressarem que asseguram a autonomia dos professores isso acaba sendo conflitante quando apresentam uma estrutura que indica exatamente “o que” e “quando” o docente deve abordar em suas classes não considerando o dinamismo das salas de aula e as peculiaridades das diferentes comunidades escolares. Essa estrutura rígida acaba por aprisionar professores, alunos e todo o corpo pedagógico como se fosse uma verdadeira grade, a grade curricular (ARROYO, 1988).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com dados do estudo, verificamos que a menção para a abordagem das doenças negligenciadas nas aulas de Ciências ainda é incipiente, pois somente dois dos cinco currículos analisados explicitam que o tema deve ser tratado. Além disso, percebemos uma tentativa de promover o engajamento dos professores na construção dos documentos, ainda que tímida. Contudo, o poder de decisão sobre o conteúdo a ser abordado nas aulas de Ciências parece ainda estar centrado nas mãos de pequenos grupos com responsabilidades executivas. Além disso, o tema também é delegado aos livros didáticos e materiais educativos que podem apresentar uma forma normativa. Os textos ainda apresentam uma maior preocupação em citar doenças ou indicar normas prescritivas relacionadas aos agravos do que os correlacionar com os fatores que os geram e os ciclos que os mantêm. Deste modo, parece não se buscar uma formação que vise uma participação ativa e autônoma, ainda que o discurso possa apontar essa pretensão.

A análise do tema das doenças negligenciadas e sua inserção no ensino por meio do exame das propostas curriculares é um esforço necessário e apresenta considerações importantes para que se repensem as ações desencadeadas no espaço escolar. Para uma melhor compreensão de como procede à dinâmica do tema das doenças negligenciadas nas aulas de Ciências é importante que esta observação não se limite ao currículo escrito e inclua-se o currículo ativo evitando, assim, distorções sobre uma possível dicotomia existente entre a teoria e a prática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAGAARD-HANSEN, J.; CHAIGNAT, C.L. Neglected tropical diseases: equity and social determinants. In: Blas, E.; Kurup, A. S. (Org). **Equity, social determinants and public health programmes**. Genebra: Ed. WHO, 2010, p. 135-157. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf. Acesso realizado em: 7 de fevereiro de 2014.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

APPLE, Michael. Repensando ideologia e currículo. In: MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. **Currículo, cultura e sociedade**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002a, p.39-57

APPLE, Michael W. Podem as pedagogias críticas sustar as políticas de direita?. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n.116, p. 107-142, 2002b.

APPLE, Michael W. **Ideologia e currículo**. 3.ed. Porto Alegre; Artmed, 2006.

ARROYO, M.G. A função social do ensino de Ciências. **Em Aberto**, Brasília, v. 7, n. 40, 1988.

ASSIS, S. S.; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. Conhecimentos e práticas educativas sobre dengue: a perspectiva de professores e profissionais de saúde. **Ensaio: Pesquisa em educação em ciências**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, 2013a.

ASSIS, S. S.; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. A dengue nos livros didáticos de ciências e biologia indicados pelo Programa Nacional do Livro Didático. **Ciência e educação**, Bauru, v. 19, n.3, 2013b.

BRASIL. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010.

BRASIL. SINAN - TabNet. Indicadores e dados básicos – Brasil- 2012. IDB-2012. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso realizado em: 14 de janeiro de 2014.

BRITO, L. D.; FREITAS, D. O ensino de Biologia e as possibilidades de construções curriculares pela comunidade escolar: o caso da disciplina Biologia Aplicada. In: In: Teixeira, P. M. M.; Razera, J. C. C. (Org.). **Ensino de Ciências: pesquisas e pontos em discussão**. Campinas: Komedi, 2009. p. 191-226.

FRANÇA, V. H. **As Leishmanioses em escolas do ensino básico de Divinópolis, MG: análise de livros didáticos de ciências e biologia e das representações sociais de professores sobre o tema**. 2011. 217f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2011.

FRANÇA, V. H. ; MARGONARI, C. ; SCHALL, V.T. . Percepção de professores do Ensino Básico em relação as suas práticas educativas sobre Leishmanioses: um estudo em área endêmica de Minas Gerais. **Ensaio: Pesquisa em Educação em Ciências**, Belo Horizonte, v. 15, p. 35-51, 2013.

GOODSON, I. F. **Currículo, teoria e história**. Petrópolis: Vozes, 1995.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ (IOC/Fiocruz-RJ). Nota técnica nº 1/2011/IOC-Fiocruz/Diretoria. Disponível em:

http://www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_1_2011_IOCAtual.pdf. Acesso realizado em: 4 de junho de 2012.

KRASILCHIK, M. Reformas e realidade o caso do ensino das ciências. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v.14: 85-93, 2000.

KRASILCHIK, M.; MARANDINO, M. Ensino de ciências e cidadania. 2 ed. São Paulo: Moderna, 2007.

LOPES, A. C. Reflexões sobre currículo: as relações entre senso comum, saber popular e saber escolar. **Em Aberto**, Brasília, v. 12, n.58, 1993.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Fatal Imbalance: The Crisis in Research and Development for Drugs for Neglected Diseases**. Access to Essential Medicines Campaign and the Drugs for Neglected Diseases Working Group. Brussels: Médecins Sans Frontières. Geneva: Médicos Sem Fronteiras, 2001.

MOHR, A. **A natureza da educação em saúde no ensino fundamental e os professores de ciências**. 2002. 410f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

MOHR, A. A educação em saúde na escola: panorama e questionamentos a partir de depoimentos de professores de Ciências de Florianópolis. In: Selles, S. E.; Ferreira, M. S.; Barzano, M. A. L.; Silva, E. P. Q. **Ensino de Biologia: histórias, saberes e práticas formativas**. Uberlândia: EDUFU, 2009. p. 107 – 126.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração do Milênio**. Nova Iorque: ONU, 2000. Disponível em: <http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>. Acesso realizado em: 21 de janeiro de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development**. Geneva: WHO Publication, 2001.

REZENDE, F.; LOPES, A. M. A.; EGG, J. M. Identificação de problemas do currículo, do ensino e da aprendizagem de física e de matemática a partir do discurso de professores. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 10, n.12, 2004.

SCHALL, V. T. Saúde e cidadania. In: Pavão, A. C. **Ciências: ensino fundamental**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2010. (Coleção Explorando o Ensino; v. 18). p. 179-196.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 20. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

VENTURINE, T.; MOHR, A. Análise da Educação em Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais a partir de uma nova perspectiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISAS EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 9, Águas de Lindóia: 10 -14 de novembro de 2013. **Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisas em Educação em Ciências**. Águas de Lindóia: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências, 2013. Disponível em

<http://www.adaltech.com.br/sigeventos/abrapec2013/inscricao/resumos/0001/R0051-1.PDF> . Acesso realizado em 08 de janeiro de 2014.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

III.1.1.4 MANUSCRITO 2 (submetido): O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas? Aportes para a educação em saúde no ensino de Ciências.

Contexto: O manuscrito é produto da análise das propostas curriculares de Ciências utilizadas pelas secretarias estaduais de educação do Brasil. Foram reunidas 24 propostas curriculares, no período de dezembro de 2013 a maio de 2015. Após a coleta, o material foi submetido a leitura exaustiva e nos perguntamos: Qual/quais perspectiva (s) de saúde considerada no documento? O documento abordou as doenças negligenciadas em algum momento? Se sim, qual delas e de que forma? Quais conteúdos relacionados à saúde são indicados? Qual a abordagem proposta? Os resultados encontrados apresentam um diagnóstico sobre a abordagem do tema no espaço escolar e a correlação desses com as diferentes concepções de saúde. É reforçada a necessidade de propostas que fomentem a promoção da saúde, bem como a construção de um cenário mais equânime.

Referência:

ASSIS, S. S.; ARAÚJO-JORGE, T. **O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas?** Aportes para a educação em saúde no ensino de Ciências. Submetido em 2016.

O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas? Aportes para a educação em saúde no ensino de Ciências

What's written in Brazil's curriculum proposals about health and neglected diseases? Contributions towards health education in science education

RESUMO

As doenças negligenciadas correspondem a um grupo de agravos de relevância nacional e internacional. Sua prevenção e controle deve envolver práticas que não se restrinjam ao setor da saúde e que a saúde seja compreendida como produto de múltiplos fatores. Objetivou-se analisar o tema das doenças negligenciadas nas propostas curriculares dos estados brasileiros destinados à disciplina de Ciências do 6º ao 9º ano do ensino fundamental. Reuniu-se ao todo 24 propostas curriculares. Os resultados apontaram que somente nove destes currículos abordaram as doenças negligenciadas como conteúdos de relevância e persiste ainda a ideia de que a saúde é um bem restritamente biológico ou produto de ações prescritivas e ganhos cognitivos.

Palavras-chave: Doenças Negligenciadas. Propostas curriculares de Ciências. Promoção da Saúde. Ensino Fundamental. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Neglected diseases correspond to an ailments group of national and international relevance. Prevention and control involve practices that are not restricted to the health sector. Besides, health must be acknowledged as a product of multiple factors. This study aimed to analyze the issue of neglected diseases in the Brazilian states' curriculum proposals for elementary school's Science subject from 6th to 9th grade. A total of 24 curriculum proposals was gathered and examined. The results showed that only nine curriculums addressed neglected diseases as a content of great relevance. They still expressing the idea that health is a strictly biological issue or a product of prescriptive actions. Cognitive gains still persists.

Key words: Neglected diseases. Science Curriculum Proposals. Health Promotion. Elementary Education. Health Education.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o grupo de doenças que afetam e se perpetuam, predominantemente, junto a populações em condição de pobreza ou extrema pobreza são consideradas negligenciadas (WHO, 2012). A dengue, leishmanioses, leptospirose, tuberculose, doença de Chagas e hanseníase são exemplos de doenças que compõem esse grupo e figuram como extremamente relevantes no Brasil dada a ocorrência dessas. Para a estruturação de ações de prevenção e controle das doenças negligenciadas, deve se considerar, no âmbito da formulação das políticas públicas, a diversidade de condicionantes tais como características biológicas, econômicas, sociais, ambientais, culturais, entre outras (WHO, 2015).

De modo geral, as doenças negligenciadas fazem parte de ciclo de desigualdade, retroalimentando esse ciclo (TDR/WHO, 2007). Contudo, este cenário não se restringe ao nível financeiro, embora este exerça um importante papel nessa configuração. No Brasil, iniciativas têm sido implantadas, principalmente na última década, visando à redução das doenças negligenciadas e à construção de um cenário mais equânime, porém o país continua sendo a nação das Américas com maior carga proveniente das doenças negligenciadas (THE LANCET, 2014).

Desde os primórdios de sua conceituação, a pobreza esteve relacionada a situações de insuficiência de recursos, múltiplas privações, exclusão e desigualdade de classes (PARDO, 2007). Como resultante, os indivíduos imersos nesta realidade não possuem condições básicas de subsistência e ainda de acesso aos serviços essenciais como saúde e educação (PARDO, 2007). A pobreza constitui uma questão social em que são produzidas e reproduzidas desigualdades no nível social, político, econômico e cultural. Desta forma, abordá-la transcende as circunstâncias econômicas, sociais e políticas (YAZBEK, 2012). Assim, a questão das doenças vinculadas a esse contexto deve ultrapassar as ações simplistas e de cunho individual. Exige-se, então, um conjunto de ações articuladas de diferentes níveis (BRICEÑO-LEÓN, 2005). Portanto, o ensino formal não pode ser ignorado, visto a potencialidade de sua contribuição para construção do pensamento crítico. Além disso, uma das lacunas identificadas que interferem no controle das doenças negligenciadas é ausência de formação cidadã. Esta lacuna corresponde a:

“(…) baixa eficiência das ações educativas para a formação de sujeitos críticos que possam atuar sobre sua condição de saúde (...) através do cumprimento de seus deveres e ciência sobre seus direitos” (ASSIS, 2012, p. 23).

Em suma, a negligência atribuída aos agravos não se restringe a um único nível (o nível do setor da saúde), mas este cenário é sustentado por uma série de fatores que permitem sua ocorrência e perpetuação. No âmbito do ensino, é imprescindível que se coloque em pauta a temática, tendo em vista que a escola deve se ocupar em abordar questões científicas de forma contextualizada com a realidade.

Doenças negligenciadas, promoção da saúde e o ensino formal

O espaço escolar manifesta-se como instituição de reprodução, proposital ou não, das aspirações da ordem vigente na sociedade no processo de construção de conhecimento. Neste contexto, Krasilchik (2000) aponta que o ensino de ciências é modificado em função do âmbito político–econômico, tanto nacional como internacional. A abordagem dos temas relacionados à saúde tem se apresentado na escola de forma diversificada seguindo esta tendência.

Atualmente, a saúde é alocada como um tema transversal. Indica-se, assim, que as questões sobre esta temática devam ser tratadas em todas as disciplinas do currículo. Contudo, ao longo do tempo, diversos trabalhos têm indicado que mesmo havendo uma recomendação de uma abordagem transversal para o tema, na prática escolar presente no contexto nacional, a saúde continua centrada nas disciplinas de Ciências e Biologia (MOHR, 2009; ASSIS, 2012; PINHÃO e MARTINS, 2013; ASSIS e ARAÚJO-JORGE, 2014a).

Soma-se a isso o fato de que, na atualidade, busca-se o desenvolvimento de ações sobre a saúde que transponham o nível curativo. Almeja-se desta forma que na escola as práticas possam contribuir para o desenvolvimento da autonomia e do senso crítico dos alunos, cooperando, de tal modo, para a formação de sujeitos capazes de agir sob sua condição de vida e, conseqüentemente, aptos a preservar a saúde individual e coletiva. Essa concepção concorre com a perspectiva do letramento científico que prevê uma integração dos conteúdos e não sua fragmentação (SANTOS, 2007). Neste sentido, Krasilchik (1987) alerta para o fato da falta de vínculo entre os conteúdos escolares e a realidade dos alunos. Segundo a autora, essa limitação faz com que a disciplina se torne irrelevante e sem significado à medida que não se baseia no conhecimento dos alunos e não parte do universo de interesse. Considerar que as doenças negligenciadas consistem em um grupo de agravos presente na vida dos brasileiros e advogar que o tema deva estar presente nas salas de aulas é o mesmo que buscar a superação deste modelo de ensino descontextualizado da realidade.

No Brasil e no mundo têm sido realizados diversos trabalhos relacionando o espaço escolar e as doenças negligenciadas. Estes se referem, principalmente, a inquéritos parasitológicos envolvendo o público escolar, administração de tratamento medicamentoso e ainda ações em torno do levantamento de conhecimentos, atitudes e práticas com a finalidade de subsidiar os programas de prevenção e controle de agravos voltados às populações específicas (BIRGIT *et al.*, 2015; FAVRE *et al.*, 2009; HAN *et al.*, 2014; LESLEY *et al.*, 2015). Os estudos concordam sobre a importância da abordagem do tema das doenças negligenciadas no espaço escolar, visto que além de se ter na escola uma parcela representativa da população de dada localidade, há também o envolvimento da família no processo. Deste modo, a escola se torna um local de multiplicação/construção de saberes e para a materialização de políticas com a finalidade de promoção da saúde em conjunto com a prevenção e controle de agravos.

Assis e Araújo-Jorge (2014a) refletiram sobre o tema das doenças negligenciadas em propostas curriculares de cinco estados brasileiros. Segundo as autoras, a abordagem do tema parece incipiente e indicam a importância da análise das propostas curriculares com a finalidade de elucidar como essa importante questão tem sido incluída no espaço escolar. Já em outro trabalho, elaborado pelas mesmas autoras, foi proposto o cotejamento entre as propostas curriculares de ciências e documentos oficiais do Programa Saúde na Escola (PSE). A finalidade do estudo foi confrontar as contribuições de campo, a convergência, bem como a divergência de ideias sobre as doenças negligenciadas. Por fim, concluiu-se que as diretrizes do PSE são construídas sem que se considere as propostas curriculares e que estes dois eixos possuem pouca articulação entre si no que se refere à temática em questão (ASSIS e ARAÚJO-JORGE, 2014b).

Ressaltamos que o caráter atribuído às doenças negligenciadas e até o espaço destinado ao tema no espaço escolar relaciona-se com a visão de saúde incorporada nas propostas curriculares e a importância creditada à questão. Estes documentos se caracterizam como um produto onde é expresso uma cadeia de conhecimentos socialmente valorizados. Ele pode ser concebido ainda como um artefato social e cultural, fruto de demandas sociais. Implica relações de poder, reproduz visões de mundo, produz identidades individuais e sociais (BRITO e FREITAS, 2009; GOODSON, 1995).

Dada a emergência da temática das doenças negligenciadas no contexto nacional e sua relevância no âmbito escolar, este trabalho pretende expandir o debate já travado. Assim sendo, propõem-se uma análise do tema das doenças negligenciadas e a perspectiva de saúde apresentada nas propostas curriculares dos estados brasileiros destinados à disciplina de Ciências do 6º ao 9º ano do ensino fundamental.

METODOLOGIA

O trabalho contemplou a metodologia qualitativa, com base na análise documental. A técnica foi eleita por possibilitar um olhar exploratório em relação a um problema de pesquisa que visa ser aprofundado. A análise documental permite que sejam evidenciados fatos novos a respeito do objeto de pesquisa e que se complementem as informações já existentes (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998; BOGDAN e BIKLEN, 1994).

Realizou-se o levantamento das propostas curriculares por meio do acesso ao site das secretarias estaduais de educação. Quando o documento não foi localizado na versão eletrônica realizou-se o contato via e-mail, correspondência impressa dirigida as secretarias de educação e contato telefônico. Ao todo, foram reunidos 24 documentos (quadro 1).

Quadro 1: Região, estado e ano de produção das propostas curriculares analisadas.

REGIÃO	ESTADO	ANO DE PRODUÇÃO
Norte	Acre	2010
	Rondônia	2013
	Tocantins	2009
	Amapá	s/d
	Roraima	2010
NORDESTE	Pernambuco	2013
	Alagoas	2010
	Bahia	s/d
	Piauí	2013
	Ceará	s/d
	Paraíba	2014
	Sergipe	2011
	Maranhão	2014
CENTRO-OESTE	Distrito Federal	s/d
	Goiás	s/d
	Mato Grosso	2010
	Mato Grosso do Sul	2012
SUDESTE	Rio de Janeiro	2012
	São Paulo	2011
	Minas Gerais	s/d
	Espírito Santo	2009
SUL	Santa Catarina	2014
	Paraná	2008
	Rio Grande do Sul	2009

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Não foi possível ter acesso aos documentos de três estados (Amazonas, Pará e Rio Grande do Norte) por ausência de resposta das respectivas secretárias ou por indicarem que o documento se encontrava em fase de reformulação, não havendo prazo para finalização do processo. Os documentos foram coletados no período de dezembro de 2013 a maio de 2015 e todos foram indicados como utilizados no ano letivo de 2014.

Após a coleta, o material foi submetido à leitura exaustiva e perguntou-se: Qual/quais perspectiva (s) de saúde considerada no documento? O documento abordou as doenças negligenciadas em algum momento? Se sim, qual delas e de que forma? Quais conteúdos relacionados à saúde são indicados? Qual a abordagem proposta?

A análise realizada foi delimitada seguindo uma perspectiva interpretativa em que possibilita ao pesquisador explorar o sentido que nem sempre está explícito no texto (DEMO, 1995). O exercício de análise se centra no esforço de interpretação do pesquisador (MINAYO, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1) Abordagens da saúde e promoção da saúde

A localização e a indicação de como o tema saúde deve ser abordado revela importantes pistas sobre como o tema tem sido encarado nas propostas curriculares do Brasil. As matrizes curriculares explicitam em seu texto que a temática deve ser considerada, principalmente, junto aos 7º e 8º ano do ensino fundamental.

Nestas classes, o tema se mostra alinhado com tópicos voltados aos seres vivos e corpo humano. Nesse sentido, poucas exceções podem ser encontradas. Uma delas é o documento do estado de Rondônia que não relaciona a temática a uma série específica, mas reproduz seu caráter interdisciplinar. Contudo, ao reportar os temas transversais e citá-la no tópico sobre educação ambiental, é na seção nomeada “Orientação Sexual/Prevenção e Promoção à Saúde” que ela ganha destaque. Apesar de ambos serem temas transversais distintos eles são colocados em conjunto.

De modo geral, os currículos de Ciências ao tratar da saúde como componente curricular enfatizam os tópicos de saúde sexual, reprodutiva e corpo humano. Ou seja, outras questões também relevantes ao cotidiano acabam sendo relegadas. Além disso, pouca é a relação estabelecida do tema saúde com outras disciplinas do currículo. Tratando-se de um tema transversal é evidente a potencialidade deste para que haja uma abordagem integrada com as demais disciplinas e também com outros temas transversais como, por exemplo, meio ambiente. Pelo contrário, a relação mais proeminente incorporada é do tema saúde com a sexualidade.

Há uma dicotomia em relação à abordagem da saúde e à promoção da saúde. A linha conservadora em relação à promoção da saúde se encarrega de responsabilizar o indivíduo e isentar o Estado no que diz respeito a saúde e seus determinantes. Já o viés progressista sinaliza para uma perspectiva de saúde muito mais ampla que aquela abarcada somente pelo setor da saúde. Nesse sentido, a saúde não é dependente unicamente do condicionante biológico (CZERESNIA, 2009). A análise das propostas curriculares revelou que estes documentos tendem a propor um olhar sobre a saúde com a dimensão conservadora.

Além disso, Moreira et al. (2009) sucinta as três principais concepções que são creditadas à saúde, a saber: 1) ausência de doença; 2) higienista/sanitarista e; 3) biopsicossocial. O primeiro modelo é atribuído a uma visão de compreensão do corpo humano como estruturado por partes e que seu funcionamento é semelhante ao de uma máquina. A vertente higienista busca amparo nas descobertas do final do século XIX e início do século XX, quando se acreditava que a doença era devida à presença de microrganismos e visava-se uma higienização massiva. Em contrapartida no modelo biopsicossocial sinalizado pela OMS, a partir da reunião realizada no período após segunda guerra mundial, a saúde é compreendida como produto de múltiplos determinantes (sociais, ambientais, genéticos, psicológicos, etc.). Nas propostas curriculares analisadas, predomina o modelo de saúde como oposto ao de doença e/ou uma visão higienista a este respeito.

Os estados do Acre, Pernambuco e Paraná ao tratarem da saúde manifestam a intenção de formação de sujeitos capazes de interferir sobre agravos que atingem as respectivas regiões. Entretanto, o ideal de formação de indivíduos para a mitigação de agravos deve ser encarado não como algo despropositado. Pelo contrário, historicamente verifica-se nas políticas de prevenção e controle de agravos a materialização do fenômeno denominado culpabilização da vítima. Nesse sentido, o indivíduo é responsabilizado e a ele é delegada a responsabilidade sobre o controle e prevenção de doenças de forma pragmática. Não se consideram os agravos de saúde de forma holística e o Estado acaba por ser isento de suas responsabilidades (STOTZ, 1993).

Historicamente, os materiais educativos impressos apresentam essa visão. Em estudos realizados no Brasil sobre materiais impressos sobre dengue e leishmanioses, verificou-se a presença de um discurso que pouco contribui para uma formação autônoma dos cidadãos (LUZ *et al.*, 2003; ASSIS, PIMENTA e SCHALL, 2013). Assim, a escola, ao agregar essa mesma linha em seu currículo, deixa de ser uma instituição que participa para a construção da cidadania.

Siatras e Koumaras (2013), ao analisarem os currículos de ciências de dois países europeus em relação a temas sociocientíficos que integram o eixo saúde e ambiente, concluíram que é necessário pensar em uma formação que conjugue conhecimentos científicos e competências capazes de favorecer a reflexão sobre problemas cotidianos. Desta forma, se favorece a construção de uma sociedade mais equânime (SIATRAS e KOUMARAS, 2013). Ou seja, o modelo de ensino voltado somente ao conhecimento

acadêmico ou a difusão de práticas de forma acrítica não atende mais as necessidades da sociedade atual. Ao lançar os olhos sobre os currículos de Ciências, reforça-se a importância de que se pense não só sobre o conteúdo expresso, mas também sobre as indicações relacionadas e as ideologias que possivelmente podem estar vinculadas.

As recomendações reportadas pelas propostas curriculares, além de ideologias, apresentam implicações diretas para a prática. Como exemplo disso, os documentos dos estados de Rondônia e Alagoas indicam que sejam realizadas palestras com profissionais de saúde. Segundo as matrizes curriculares, esses profissionais seriam capazes de informar a população sobre agravos e contribuir, assim, diretamente para a promoção da saúde. Contudo, esta é uma questão controversa. Na forma como é indicado nos textos analisados se expressa a ideia da “educação para saúde” difundida em meados do século XX. Segundo a perspectiva para que o indivíduo alcançasse o estado pleno de bem-estar físico, mental e social era necessário que este fosse educado para a saúde (GAZZINELLI *et. al.* 2005). Ou seja, nesta linha, a ausência de saúde envolveria ou falta de informação ou um déficit cognitivo.

Alertamos para a necessidade de que a saúde seja percebida e tenha sua enunciação nos currículos escolares como um aspecto mais amplo e determinado por múltiplos fatores e não seja considerada com um bem de caráter puramente biológico. Além disso, advogar a favor deste conceito de saúde pressupõe fortalecer práticas educativas que visem à promoção da saúde e não simplesmente à prevenção de doenças.

2) Doenças negligenciadas

Em 2011, foi divulgada Nota Técnica do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) em que se reportava a emergência de se colocar em pauta no Plano Brasil sem Miséria a questão das doenças negligenciadas. Dentre outras recomendações, o documento destacava a necessidade de inclusão do tema nos currículos do ensino básico (ARAÚJO-JORGE, 2011). Contudo, somente nove dos 24 documentos (37,5%) recomendam que as doenças negligenciadas devam ser abordadas.

A AIDS é o agravo mais retratado nos documentos (n=6). A presença identificada em maior número pode ser atribuída à expansão do debate em torno do tema motivado pela epidemia a partir dos anos 1990 (PEREIRA e MONTEIRO, 2015). Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 2007 a junho de 2015 foram registrados 93.260 casos de infecção de HIV no Brasil. (BRASIL, 2015a). O número elevado indica a necessidade de reforço das políticas públicas específicas. Portanto, ao trazer para a sala de aula questões presentes na sociedade contribui-se para minimizar esta situação e para a construção da cidadania.

Dos 24 currículos analisados, quatro reportam a dengue como tema a ser considerado. O Brasil é um país onde o agravo é endêmico. Documentos de organismos internacionais como a OMS e OPAS tem indicado a importância da temática no espaço escolar. Contudo, é necessário que transcenda a visão da escola como um local voltado ao controle social e ao invés disso para a formação cidadã. No Brasil, o boletim epidemiológico mais recente de 2015, nº 44, indica 1.587.080 possíveis casos de dengue no território nacional. Ao mesmo tempo, o principal vetor da dengue no Brasil, o mosquito *Aedes aegypti* é associado a duas outras doenças que se expandem largamente sobre o país, a Febre de chikungunya e a Febre pelo vírus Zika (BRASIL, 2015b). Esses dados indicam a necessidade de que os currículos sejam atualizados frequentemente, sejam flexíveis e que incentivem os docentes a recorrer a fontes de informação confiáveis para embasar suas práticas.

Embora as doenças negligenciadas constituam um tema de relevância para o contexto brasileiro, verificamos que a grande maioria dos currículos de Ciências não aborda a questão. A saúde, bem como as doenças não são produzidas e perpetuadas somente por questões biológicas. Assim sendo, seu domínio ultrapassa o setor da saúde e sua discussão deve permear outras áreas do conhecimento de modo interdisciplinar (BARATA, 2009). Dentre os currículos analisados, e que omitem o tema, chama a atenção o documento do estado de Pernambuco. O estado é o único que possui um programa específico para controle de sete doenças negligenciadas de interesse local (tracoma, doença de Chagas, hanseníase, filariose, esquistossomose, helmintíase e tuberculose). Nenhuma dessas doenças foi mencionada no documento e tampouco a parceria estratégica da disciplina de Ciências com profissionais do programa. O projeto SANAR foi implantado em 2011 em 108 municípios definidos como prioritários (PERNAMBUCO, 2015). Evidencia-se, deste modo, o descompasso entre as políticas públicas e a expressão mesmo que velada de que os “problemas de saúde” são de domínio do setor da saúde.

Outras doenças negligenciadas de importância no contexto nacional são lembradas em menor proporção. A Doença de Chagas e as Leishmanioses, por exemplo, foram reportadas somente em três matrizes curriculares (Sergipe, Mato Grosso do Sul e São Paulo). Já a leptospirose é apontada nos documentos de Mato Grosso do Sul e São Paulo. Ascaridíase, Filariose, Esquistossomose Malária e Hepatite A são mencionadas em apenas um currículo.

As doenças negligenciadas e a perspectiva de saúde presente nas propostas curriculares são sumarizadas no quadro abaixo. Cabe destacar que muitos documentos relacionam mais de uma perspectiva de saúde. Desta forma, reporta-se o hibridismo destes documentos.

Quadro 2: Doenças negligenciadas citadas e a perspectiva de saúde apontada nas propostas curriculares analisadas.

Região	Estado Selecionado	Doenças Negligenciadas abordadas	Perspectiva de saúde presente
Norte	Acre	Nenhuma	Fenômeno biopsicossocial
	Rondônia	Nenhuma	Fenômeno biopsicossocial e higienista.
	Tocantins	Nenhuma	Fenômeno biopsicossocial e higienista
	Amapá	Nenhuma	Fenômeno Biopsicossocial como produto da ausência de doença, com ênfase na orientação à questão biológica e ambiental.
	Roraima	Nenhuma	Fenômeno resultante da ausência de doença.
Nordeste	Pernambuco	Nenhuma	Fenômeno biológico com destaque a compreensão do corpo humano e seu funcionamento.
	Alagoas	Nenhuma	Fenômeno biopsicossocial. Ênfase no bem-estar social.
	Bahia	Nenhuma	Fenômeno visto como ausência de doenças.
	Piauí	AIDS	Fenômeno biopsicossocial.
	Ceará	AIDS	Fenômeno resultante da ausência de doenças
	Paraíba	Indica o termo “doenças negligenciadas de forma genérica”.	Fenômeno resultante da ausência de doença
	Sergipe	Hepatite A, Leptospirose, Dengue; AIDS, Doença de Chagas, Malária e Leishmaniose	Fenômeno resultante da ausência de doença e higienista.
	Maranhão	Nenhuma	Fenômeno resultante da ausência de doença.
Centro-oeste	Distrito Federal	Nenhuma	Fenômeno resultante da ausência de doença e sanitário.
	Goiás	Nenhuma	Fenômeno resultante da ausência de doença.
	Mato Grosso	Nenhuma	Fenômeno biopsicossocial.
	Mato Grosso do Sul	AIDS, Dengue, Doença de Chagas, Leishmanioses e Leptospirose	Fenômeno resultante da ausência de doença.
Sudeste	Rio de Janeiro	Dengue e Cólera	Fenômeno resultante da ausência de doença.
	Espírito Santo	Nenhuma	Fenômeno resultante da ausência de doença e biopsicossocial.
	Minas Gerais	Nenhuma	Fenômeno resultante da ausência de doença e biopsicossocial.

	São Paulo	Leishmaniose, Doença de Chagas e Malária, Esquistossomose, Filariose e Ascaridíase	Fenômeno resultante da ausência de doença.
Sul	Paraná	Nenhuma	Fenômeno resultante da ausência de doença.
	Santa Catarina	AIDS	Fenômeno resultante da ausência de doença.
	Rio Grande do Sul	AIDS e Dengue,	Fenômeno resultante da ausência de doença.

Adaptado a partir de ASSIS e ARAÚJO-JORGE, 2014b.

Em uma revisão bibliográfica sistemática que relacionou a ocorrência das doenças negligenciadas a desigualdades socioeconômicas, os autores reportam a indicação de quanto maior a escolarização menor a ocorrência das doenças negligenciadas. Segundos os autores, devido a maior escolarização os indivíduos teriam maior autonomia na tomada de decisão em prol das ações de controle e prevenção às doenças negligenciadas, ciência dos seus direitos e deveres para a construção de uma sociedade mais equânime (HOUWELING *et al.*; 2016). Assim, a escola tem reconhecida importância para a redução de desigualdades e conseqüentemente mitigação das doenças negligenciadas. Contudo, cabe destacar que as práticas educativas e as orientações contidas nas propostas curriculares devem estimular as ações de promoção de saúde e não somente a prevenção de agravos balizados no binômio orientação/ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os currículos de Ciências quanto à abordagem da promoção da saúde e das doenças negligenciadas emergem importantes contribuições. Observa-se que prevalece o modelo em que se considera a saúde como algo estritamente biológico ou centrado no conceito de saúde como ausência de doença, higienista, em que as práticas educativas visam ao repasse de informações. Não se objetiva nesse modelo uma educação promotora da autonomia e cidadania, mas sim a inculcação de hábitos e comportamentos.

Em relação às doenças negligenciadas, uma pequena parcela dos documentos analisados considera a temática como ponto relevante. Dentre os agravos, uns são mais negligenciados que outros. Enquanto que a AIDS é reportada na maior parte dos textos que mencionam o tema das doenças negligenciadas outros agravos como as geohelmintoses, por exemplo, são poucos difundidos embora apresentem relevância no território nacional, principalmente em regiões com baixo acesso ao serviço de saneamento básico.

Por fim, sugere-se a ampliação do debate sobre a presença do tema das doenças negligenciadas no ensino básico, a nível nacional, e que sejam incentivadas atividades de reconhecimento dos agravos à saúde de maior ou menor relevância para abordagem nos diferentes territórios. É preciso também haver sensibilização para a percepção de que a saúde é um fenômeno multicausal e como tal requer práticas integradas para sua promoção. Ainda em tempo, reporta-se que a construção das propostas curriculares deve ser produto de múltiplos debates que envolvam principalmente a sociedade e educadores. Somente por esta via será possível superar o modelo de ensino baseado em temas desconexos com a realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARAÚJO-JORGE, T. C. **Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das Doenças da Pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil**. Nota técnica institucional 1/2011/IOC/Fiocruz/Diretoria – quarta versão revisada, 2011.

ASSIS, S. S. **Análise de livros didáticos, materiais impressos e das percepções e práticas dos professores e profissionais de saúde: subsídios para a estratégia integrada de prevenção e controle da dengue**. 2012. 239f. Dissertação (mestrado em Ensino em Biociências e Saúde). Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

_____ ; ARAÚJO-JORGE, T. Doenças negligenciadas e o ensino de ciências: reflexões elaboradas a partir das propostas curriculares. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 7, n. 1, 2014a.

_____ ; ARAÚJO-JORGE, T. As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). **Revista da SBEnBio**, n. 7, 2014b.

_____ ; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. Materiais impressos sobre dengue: análise e percepções de profissionais de saúde e educação. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2013.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Ed Fiocruz: Rio de Janeiro. 2009.

BIRGIT, N. *et al.* Understanding Heterogeneity in the Impact of National Neglected Tropical Disease Control Programmes: Evidence from School-Based Deworming in Kenya. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 9, n. 9, 2015.

BOGDAN, R., BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação** – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Editora Porto, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV e AIDS**, v. IV, n. 1, 2015a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso realizado em: 30 de dezembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** - Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 48, v. 46, n. 44, 2015b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/23/2015-049---Dengue-SE-48---para-publica---o-21.12.15.pdf>>. Acesso realizado em: 30 de dezembro de 2015.

BRITO, L. D.; FREITAS, D. O ensino de Biologia e as possibilidades de construções curriculares pela comunidade escolar: o caso da disciplina Biologia Aplicada. In: Teixeira, P. M. M.; Razera, J. C. C. (Org.). **Ensino de Ciências: pesquisas e pontos em discussão**. Campinas: Komedi, 2009. p. 191-226.

BRICEÑO-LEÓN, R. **To prevent diseases of poverty or to overcome poverty?** When equity matters in research. Poverty, social determinants and health research. Geneva: Global Forum Update on Research for Health Volume 2, 2005.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

FAVRE, T. *et al.* A Rationale for Schistosomiasis Control in Elementary Schools of the Rainforest Zone of Pernambuco, Brazil. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 3, n. 3, 2009.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em Saúde: conhecimentos, representações e experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, 2005.

GOODSON, I. F. **Currículo, teoria e história**. Petrópolis: Vozes, 1995.

HAN, X. *et al.* Protection Motivation Theory in Predicting Intention to Engage in Protective Behaviors against Schistosomiasis among Middle School Students in Rural China. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 8, n. 10, 2014.

HOUWELING, T. A. J. *et al.* **Socioeconomic Inequalities in Neglected Tropical Diseases: A Systematic Review**. PLOS Neglected Tropical Diseases, v. 10, n. 5, 2016.

KRASILCHIK, M. **O professor e o currículo das ciências**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1987.

_____. Reformas e realidade o caso do ensino das ciências. **São Paulo em perspectiva**, v.14: 85-93, 2000.

LESLEY, J. D. *et al.* Bihar's Pioneering School-Based Deworming Programme: Lessons Learned in Deworming over 17 Million Indian School-Age Children in One Sustainable Campaign. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 9, n. 11, 2015.

LUZ, Z. M. P. *et al.* Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 561-9, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOHR, A. A educação em saúde na escola: panorama e questionamentos a partir de depoimentos de professores de Ciências de Florianópolis. In: Selles, S. E.; Ferreira, M. S.; Barzano, M. A. L.; Silva, E. P. Q. **Ensino de Biologia: histórias, saberes e práticas formativas**. Uberlândia: EDUFU, 2009. p. 107 – 126.

MOREIRA, M. C. A. *et al.* A saúde no livro didático de ciências: um exercício de análise. In: ENCONTRO NACIONAL EM PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 2009, Florianópolis. **Anais do VII Encontro Nacional em Pesquisa em Educação em Ciências**. Florianópolis: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. 2009.

PARDO, C. M. L. Concepto y medición de la pobreza. **Revista Cubana Salud Pública**, v.33, n.4, 2007.

PEREIRA, Z. M.; MONTEIRO, S. S. Gênero e Sexualidade no Ensino de Ciências no Brasil: Análise da Produção Científica. **Contexto e Educação**, Santa Catarina, v. 30, n. 95, 2015.

PERNAMBUCO. **Secretária Estadual de Saúde**. Programa SANAR –Doenças Negligenciadas. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/programa-sanar-doencas-negligenciadas>>. Acesso realizado em: 31 de dezembro de 2015.

PINHÃO, F.; MARTINS, I. O discurso sobre saúde e ambiente no livro didático de ciências brasileiro. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, v. 11, n 2, 2012. Disponível em: http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen11/REEC_11_2_5_ex595.pdf. Acesso realizado em: 12 de dezembro de 2012.

SANTOS, W. L. P. Educação científica na perspectiva de letramento como prática social: funções, princípios e desafios. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 36, 2007.

SIATRAS, A.; KOUMARAS, P. Science Education as Public and Social Wealth: The Notion of Citizenship from a European Perspective. **Annual Meeting of the American Educational Research Association**, São Francisco, 2013. Disponível em: <<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED543244.pdf>>. Acesso realizado em: 28 de novembro de 2015.

STOTZ, E. Enfoques sobre educação e Saúde. In: Valla, V.; Stotz, E. (Org). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relumê - Dumará; 1993. p. 11-22.

TDR – WHO. SPECIAL PROGRAMME FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES (TDR/OMS). **Report of the Scientific Working Group Meeting on Dengue**. Geneva: TDR/SWG/08 Publication, 2007.

THE LANCET. Neglected tropical diseases: becoming less neglected (Editorial). **The Lancet**, v. 383, 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Generic framework for control, elimination and eradication of neglected tropical diseases**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: http://www.who.int/neglected_diseases/resources/NTD_Generic_Framework_2015.pdf. Acesso realizado em: 28 de novembro de 2015.

_____. **Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report on neglected diseases**. Geneva: WHO Publication, 2012.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, n. 110, 2012.

III.1.1.5 MANUSCRITO 3 (submetido): Programa Saúde na Escola (PSE), promoção da saúde e as doenças negligenciadas: articulações possíveis? A visão dos representantes da gestão municipal sobre a questão.

Contexto: O manuscrito é resultante da interlocução junto aos gestores municipais do PSE de Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ). Ao todo, seis profissionais, vinculados à gestão do PSE, foram entrevistados. Buscou-se conhecer a visão dos gestores sobre a promoção da saúde e a abordagem das doenças negligenciadas no âmbito do programa. Os resultados indicam a necessidade de maior integração entre os atores que compõem o programa, bem como indícios de aspectos a serem aperfeiçoados e aqueles que aparecem como resolutos segundo os profissionais entrevistados.

Referência:

ASSIS, S. S.; ARAÚJO-JORGE, T. **Programa Saúde na Escola (PSE), promoção da saúde e as doenças negligenciadas:** Articulações possíveis? A visão dos representantes da gestão municipal sobre a questão. Submetido em 2016.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE), PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS? A VISÃO DOS REPRESENTANTES DA GESTÃO MUNICIPAL SOBRE A QUESTÃO¹⁴

HEALTH PROGRAM IN SCHOOL (PSE), HEALTH PROMOTION AND NEGLECTED DISEASES: JOINTS POSSIBLE? PERCEPTIONS OF MANAGEMENT OF MUNICIPAL REPRESENTATIVES ON THE QUESTION

Sheila Soares de Assis

Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde. E-mail: sheila.assisbiouff@gmail.com

Tania Cremonini Araujo-Jorge

Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. Pesquisadora titular e chefe do Laboratório de Inovações, Terapias, Ensino e Bioprodutos. E-mail:

taniaajorge@ioc.fiocruz.br.¹⁵

Resumo

Caracterizado como uma estratégia intersetorial oriunda da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE) possui como suas premissas a promoção da saúde, o controle, prevenção e detecção de agravos. Em contrapartida, as doenças negligenciadas afetam a vida de cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo e tem exigindo esforços integrados para sua superação. Assim, o PSE possui o potencial de contribuição para a diminuição deste cenário. Objetivou-se, analisar a visão dos representantes da gestão municipal do PSE sobre a promoção da saúde e a abordagem das doenças negligenciadas no âmbito do programa. Para tal, fez-se uso de entrevistas semiestruturadas que foram examinadas por meio da análise de conteúdo, categorização temática. Ao todo, seis representantes da gestão municipal do PSE foram entrevistados. Emergiram como pontos críticos a alternância de temas a serem trabalhados no PSE, verticalização do diálogo entre as três esferas governamentais, ausência de recursos educativos e a necessidade de maior abordagem sobre a tuberculose, hanseníase e verminoses. A integração viabilizada pela intersetorialidade, a melhoria da assistência aos estudantes e estratégias educativas dialógicas se caracterizaram como aspectos resolutos dentro da proposta.

Palavras-Chave: Programa Saúde na Escola; Doenças Negligenciadas; Promoção da saúde; Intersetorialidade; Integralidade.

¹⁴ Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

¹⁵ Endereço: Av. Brasil, 4.365 – Manguinhos. Rio de Janeiro. CEP: 21045-900.

Abstract

Characterized as an intersectoral strategy derived from a partnership between the Ministries of Health and Education, the Programa Saúde na Escola (PSE) has as its premises to promote health, control, detection and prevention of diseases. In contrast, neglected diseases affect the lives of about 1 billion people worldwide and demands integrated efforts to overcome them. Thus, the PSE has the potential to contribute to the reduction of this scenario. This study aimed to analyze the PSE municipal administration representative's points of views about health promotion and approaches made on neglected diseases within the program. To this end, semi-structured interviews were applied and examined through content analysis, thematic categorization. In all, six municipal management representatives were interviewed. Emerged as critical subjects the alternating themes to be worked on PSE, a vertical dialogue between the three government spheres, lack of educational resources and the need for greater approach on tuberculosis, leprosy and worm's infestation. The integration made possible by the intersectoral approach to improving assistance to students and dialogic educational strategies are characterized as resolute aspects in the proposal.

Keywords: Programa Saúde na Escola; Neglected Diseases; Health Promotion; Intersectoral. Integrality.

Introdução

O termo intersetorialidade possui caráter polissêmico. No âmbito das políticas públicas, as ações intersetoriais são constituídas com base na interação entre dois ou mais setores por meio de atividades estruturadas, planejadas e programadas, que de modo diferenciado trabalham em prol de um objetivo em comum (Adeleye e Ofili, 2010; Junqueira, 2004; Teixeira e Paim, 2000). Elas são estabelecidas essencialmente pelo compartilhamento de poder e de articulação dos interesses, saberes e ações das instituições participantes (Teixeira e Paim, 2000).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia intersetorial iniciada em 2007. O programa é fruto da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Dentre as finalidades do PSE está o aprofundamento dos objetivos do SUS voltados para a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral, aperfeiçoando ações de promoção da saúde e da intersetorialidade (Brasil, 2007).

Segundo o escopo do PSE, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ficam responsáveis pelas escolas vinculadas ao programa e que se encontram em sua área de abrangência. As equipes de saúde são responsáveis por realizar monitoramento, avaliação das condições de saúde dos alunos, bem como a realização de atividades educativas em conjunto com a equipe de profissionais da escola (Brasil, 2007). As equipes de saúde devem ainda participar da construção do Plano Político Pedagógico das escolas no que se refere aos temas relacionados à saúde e estes devem considerar a realidade social e escolar dos alunos (Brasil, 2007).

A proposição de políticas intersetoriais visando a superação de questões com implicações diretas ao setor da saúde vincula-se ao conceito de integralidade. Nessa perspectiva, o sujeito é percebido com um ser complexo e, entrelaçado a isso, considera-se a saúde como um fenômeno multifacetado (Dubois, ST-Pierre e Veras, 2015). Ou seja, o fenômeno saúde-doença não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde e deste modo deve ser tratado por múltiplas dimensões como o viés social, econômico, educativo, entre outros.

Tradicionalmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza as doenças em como (i) globais quando atingem toda a população, (ii) doenças negligenciadas e (iii) mais negligenciadas. As doenças negligenciadas e mais negligenciadas têm maior ocorrência e persistência em condições de pobreza (WHO, 2012). Dengue, leishmanioses, doença de Chagas e hanseníase são alguns exemplos de doenças negligenciadas que persistem no Brasil e que seu controle requer mais que o envolvimento do setor da saúde. Nas Américas, o Brasil é o país com a maior carga em relação às doenças negligenciadas.

Tal cenário requer atenção devido a propriedade multidimensional da pobreza que interfere diretamente no contexto das doenças negligenciadas. Assim, para a contenção de uma questão complexa como a das doenças negligenciadas são necessárias iniciativas que transcendam o setor da saúde. Deste modo, as ações intersetoriais são essenciais para o controle desses agravos.

Promoção da saúde como eixo norteador de políticas públicas para controle das doenças negligenciadas

A Promoção da Saúde foi denominada pela primeira vez no início do século XX. Inicialmente o termo era relacionado às ações de educação em saúde para a prevenção de doenças e ações estruturais promovidas pelo Estado (Westphal, 2015). Já o termo como difundido hoje é respaldado a partir de uma perspectiva de saúde que não se restringe a “ausência de doença” e considera os múltiplos determinantes como fundamentais para que se alcance a saúde em sua plenitude, o conceito de Promoção da Saúde como tal é proposto a partir de 1970 (Buss e Pellegrine Filho, 2007).

Na década de 1980, é agregada a expressão promoção da saúde perspectivas como autonomia e emancipação com a finalidade de superar os modelos verticalizados nas ações de saúde pública (Westphal, 2015). Logo, o foco no âmbito da Promoção da Saúde é mais amplo do que a prevenção de doenças, embora este seja um componente. A Promoção da Saúde é dotada de complexidade tanto na sua conceituação quanto na sua operacionalização. Contrapondo-se à uma visão higienista e de culpabilização individual, a conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, incorporou a ideia de que é necessário considerar o contexto social na constituição da promoção da saúde (Alma-Ata, 1978).

Esse conceito se apoia no referencial médico social do século XIX que relaciona a saúde à condição de vida. Essa perspectiva segue a lógica de que os “problemas” de saúde não se restringem ao setor da saúde, mas se constituem como uma questão social (Czeresnia, 2009). Em uma visão progressista da Promoção da Saúde almeja-se a melhoria da qualidade de vida da população por meio de políticas intersetoriais (Czeresnia, 2009).

A Promoção da Saúde surge também como eixo orientador do PSE. Nesse sentido, o PSE se caracteriza como uma importante estratégia na medida em que associa em suas ações o diagnóstico, o tratamento e a articulação das equipes de saúde junto com a comunidade escolar. Seu objetivo não se restringe ao ato de evitar determinada doença, mas transcende esse papel por atuar sobre as condições de vida da comunidade pactuada. O objetivo deste trabalho é analisar a visão dos representantes da gestão municipal do PSE sobre a Promoção da Saúde e a abordagem das doenças negligenciadas no âmbito do programa.

METODOLOGIA

Características da pesquisa, delimitação do estudo e aspectos éticos

O estudo faz parte de uma tese de doutorado em que foi investigada as articulações entre o PSE, prevenção e controle das doenças negligenciadas e o Plano Brasil sem Miséria. Devido à possibilidade de aproximação do pesquisador com o objeto de estudo e atores que compõe o seu universo elegeu-se a pesquisa com enfoque qualitativo (Minayo, 2010).

Delimitou-se como território para o estudo os municípios de Rio Branco e Rio de Janeiro. A cidade de Rio Branco foi selecionada por compor o campo de realização da terceira edição das Expedições Fiocruz pelo Brasil sem Miséria, realizada em julho de 2014. Já a cidade do Rio de Janeiro foi contemplada pela acessibilidade da pesquisadora e pela receptividade da equipe de gestão à investigação. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP/IOC-FIOCRUZ) sob o número de protocolo 114.584.

Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Essa técnica foi escolhida em detrimento de outras por ser um processo dinâmico em que a principal finalidade é coletar informações de interesse ao estudo em execução e esclarecer como os elementos sobre aquele tópico estão narrativamente construídos (Britten, 2005). A técnica possibilita que o entrevistador tenha maior grau de liberdade no decorrer do processo (Alves-Mazzotti e Gewandsznajder, 1998). O roteiro utilizado foi subdividido em dois eixos: 1) Políticas públicas e o PSE e; 2) Situação local e as doenças negligenciadas. As questões abordadas foram elaboradas após a análise de documentos de referência do PSE e de doenças negligenciadas e do Plano Brasil sem Miséria (BSM), fase anterior da pesquisa. O instrumento foi validado previamente com um indivíduo.

As entrevistas foram individuais e tiveram duração de 35 minutos a 1 hora e 45 minutos e foram realizadas em julho de 2014 em Rio Branco e em julho de 2015 no Rio de Janeiro. Ao todo, seis profissionais participaram da pesquisa, todos participantes do grupo de trabalho intersetorial (GTI) municipal que coordena o PSE local.

Além das entrevistas, fizemos uso de um caderno de campo onde foram anotadas informações importantes sobre o contexto de realização das entrevistas e os atores participantes. Após a explicação da finalidade da pesquisa todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As interlocuções foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas com auxílio de sistema MP4 e as falas transcritas posteriormente. Os fragmentos de falas apresentadas neste artigo foram selecionados para indicar o tema que queremos discutir, e as partes em negrito foram assim marcadas para apresentar um determinado destaque segundo nossa análise de conteúdo.

Para exame dos dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, categorização temática (Bardin, 2009). Essa modalidade de análise é estruturada em três etapas, a saber: 1) pró-análise; 2) exploração do material e; 3) tratamento dos resultados e interpretação. A primeira fase consiste em uma organização inicial dos dados composto por uma leitura flutuante e escolha do material a ser trabalhado. Já a segunda etapa é o desenvolvimento das categorias de análise e identificação das unidades correspondentes. Por fim, a terceira fase compreende a inferência e interpretação dos resultados. Exige-se nessa etapa, a análise reflexiva e crítica (Bardin, 2009). Após a realização da segunda etapa de análise foram estabelecidas três categorias (Quadro 1):

Quadro 1: Categorias de análise das entrevistas e aspectos abordados.

CATEGORIA	ASPECTOS ABORDADOS
Estrutura e funcionamento do PSE	Questões técnicas sobre a estrutura e a dinâmica de funcionamento do programa, bem como definição da agenda de prioridades do programa.
Recursos humanos, materiais, financeiros e processos formativos	Definição e descrição dos recursos humanos envolvidos no funcionamento do programa, suporte material, financeiro e formativo disponibilizado para a operacionalização do PSE.
Promoção da Saúde, as doenças negligenciadas e outros temas abordados	Refere-se as percepções creditadas a promoção da saúde nas ações desenvolvidas pelo PSE e o lugar ocupado pelas doenças negligenciadas nas pautas do programa, bem como outras situações de saúde ou agravos citados.

Fonte: Produzido pelas autoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados, contexto das entrevistas e apresentação dos resultados

As características dos profissionais entrevistados estão sumarizadas no Quadro 2. Para preservar a identidade dos profissionais entrevistados na descrição não é reportada a cidade de atuação dos respectivos participantes.

Quadro 2: Características dos representantes da gestão municipal entrevistados.

Gestor*,**	Escolaridade	Idade	Tempo de atuação na gestão do PSE
Gestor 1 - Saúde/Educação ***	Especialista em Promoção da Saúde. Graduada em geografia e pedagogia.	34 anos	2 anos.
Gestor 2 - Saúde	Graduada em medicina, com especialização em pediatria.	51 anos	8 anos.
Gestor 3 - Saúde	Mestre em Ciências, especialista em Informação e Comunicação em Saúde e pediatria. Graduada em medicina	65 anos	3 anos
Gestor 4 - Saúde	Mestre em Saúde da Família e graduada em Psicologia.	62 anos	2 anos
Gestor 5 – Assistência Social	Mestre e graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Pública.	54 anos	7 meses
Gestor 6 - Educação	Graduada em pedagogia	52 anos	1 ano

* Vínculo dos gestores às Secretarias de Saúde, Educação ou Assistência Social.

** Todos do gênero feminino

*** Entrevista de validação do roteiro semiestruturado; havia trabalhado previamente na Secretaria de Educação.

Fonte: Produzido pelos autores.

Todos os profissionais vinculados às Secretárias Estaduais de Saúde entrevistados haviam sido lotados anteriormente em setores relacionados à promoção da saúde, o que denota uma preocupação marcada em relação ao PSE ao assimilar o programa com um viés mais holístico sobre a saúde. No período de realização das entrevistas em Rio Branco, a Secretária Estadual de Saúde era dividida em dois prédios e as equipes atuavam separadas fisicamente. Tal divisão dificultava a interação entre os diferentes profissionais, principalmente no que se refere à equipe do PSE e à de vigilância em saúde. Já no Rio de Janeiro, por se encontrarem fisicamente no mesmo prédio, a possibilidade de diálogo era maior entre os profissionais que são gestores do PSE e outros possíveis colaboradores.

Estrutura e funcionamento do PSE

Percebemos diferenças em relação a estrutura de gestão do PSE entre o município do Rio de Janeiro e de Rio Branco. Enquanto que o PSE de Rio Branco o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) era composto por membros das Secretarias de Saúde e de Educação, o GTI da cidade do Rio de Janeiro englobava também um gestor da Secretária de Desenvolvimento Social. Essa formatação onde se conta com atores de diferentes núcleos de atuação atende a uma demanda indicada nos documentos de referência do PSE.

A literatura recomenda que os GTI englobem obrigatoriamente profissionais das Secretarias de Saúde e Educação, enquanto que os profissionais de outras secretarias podem ter participação facultativa, desde que atendam às demandas locais de forma coletiva (Brasil, 2011). Além disso, a incorporação de outros setores na coordenação do PSE pressupõe a percepção da saúde como algo que transcende a um único setor. A compreensão de uma política para dar conta dessa dimensão deve aliar diversos setores visando a uma atenção integral (Mattos, 2009). Garantida na constituição brasileira, a saúde é assegurada como um direito universal e se caracteriza como dever do Estado fornecer subsídios para sua oferta, sejam esses econômicos, sociais, ambientais e advindos de outras esferas (Costa et al., 2009; Mattos, 2009). Portanto, o PSE caminha para uma prática de materialização de um dispositivo constitucional.

Em relação às linhas de ação do PSE, no relato dos gestores, elas aparecem como inconstantes e como um fator que dificulta o trabalho da gestão e dos atores incumbidos da execução das ações do programa. Tal questão é referenciada na fala do gestor 1:

*Com o PSE a gente vem aprendendo a trabalhar a cada ano, porque mudam as diretrizes. **Um item que é essencial em um e no outro ano ele sai, e eles** [refere-se a gestão do PSE nacional] **vão acrescentando novas diretrizes de acordo com que eles vão achando necessário.** (...) às vezes a gente ainda está encaminhando num processo aí muda e a gente tem que fazer outro direcionamento (Gestor 1).*

Esta alternância referida se deve ao destaque atribuído à determinados temas nos documentos que norteiam o programa. Essa mudança abrupta é interpretada como um fator negativo entre os representantes entrevistados, pois exige uma reestruturação da atuação da equipe. Por outro lado, tradicionalmente o setor da saúde tem sido responsabilizado quando há grandes demandas de atendimento às doenças ou epidemias, exigindo uma resposta relativamente rápida (Lefevre e Lefevre, 2004). O PSE como uma política que viabiliza o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde torna-se uma estratégia importante nesse processo de atendimento à demanda, embora, na prática, para os atores envolvidos, possa ser algo conflituoso a se lidar.

Dentre os objetivos do PSE é descrito:

(...) articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis (Brasil, 2007).

De acordo com os relatos dos gestores essa orientação tem sido alcançada. Quando indagados sobre os pontos positivos do PSE, todos destacaram a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do atendimento destinado aos estudantes.

Além disso, a integração promovida pela proposta intersetorial do programa tem se destacado não somente pelo caráter de prevenção de agravos, mas também em um melhor reconhecimento do território e um atendimento à promoção da saúde, como exemplificado nos relatos:

*A intersetorialidade, a gente tem que integrar políticas públicas. Então, a saúde, educação e assistência, esse tripé ele tem **funcionado bem dentro do PSE** e a gente agora tenta integrar também outros programas e ações que essas secretarias desenvolvem, mas de uma forma isolada. Então tudo agora tem já um espaço no PSE, então vamos para esse espaço intersetorial (Gestor 5).*

*(...) eu acho que o destaque é a gente conseguir trabalhar intersetorialmente, eu acho que a gente está avançando, porque isso é muito difícil. Então, **eu acho que a gente está conseguindo ter uma boa relação com a Secretaria de Educação, com a secretaria de Desenvolvimento Social, com a Casa Civil que agora entra e passa a ter um espaço respeitoso, de poder ser transparente, de poder dizer o que acha; eu acho que a gente avançou bastante nisso, tem sido um ponto positivo** (Gestor 4).*

A operacionalização do PSE é viabilizada por meio de uma gestão compartilhada, intersetorial. A intersetorialidade pressupõe um diálogo e mesmo que em alguns momentos, haja embates de ideias devido à formação e origem diversificada dos profissionais, isso tem sido superado no cotidiano do programa. A finalidade da intersetorialidade é responder de forma eficaz gerando solução ou compreensão de determinados problemas em sua plenitude (Junqueira, 2004).

Um fator que emergiu como insatisfação foi o período de adesão e pactuação ao programa. Atualmente, o processo acontece entre o final do primeiro semestre e o início do segundo. Segundo os gestores entrevistados, esse período de adesão é prejudicial para as dinâmicas desenvolvidas.

(...) a pactuação chega agora no meio do ano. Então, isso é muito prejudicial porque o aluno não entra na escola no meio do ano. Então, é um trabalho que nunca fica completo. Eu acho que isso prejudicou o trabalho. A gente tem que seguir o calendário da escola. Além de tudo a gente perde muito tempo. Em dezembro, por exemplo, a gente praticamente não pode entrar nas escolas porque as crianças estão fazendo prova e recuperação. Então, e existe a rotina escolar que não pode ser partida. Aí em janeiro já tem recesso. A gente não entra em janeiro na escola. Aí em fevereiro a gente já entra no final do mês. Então, a gente perde praticamente dois meses e meio de realização de atividade. Por conta dessa quebra. Por conta dessa pactuação que acontece em agosto está prejudicando o trabalho (Gestor 1).

Além dos aspectos destacados os profissionais sinalizam ainda para uma sobrecarga dos profissionais de saúde por serem responsabilizados unicamente pela saúde da população e a indicam a necessidade de espaços de escuta para que se considerem os temas a serem abordados no PSE. Ou seja, na percepção do profissional há verticalização dos eixos do PSE e não acontece no programa um espaço de diálogo amplo.

Eu acho que a gente tem que escutar a própria população sobre quais são os problemas que são relevantes para aquele grupo, como é que está essas estatísticas [se refere à incidência de doenças no território], se a gente está tendo ações relevantes. O que a gente não está valorizando? Mas isso não acontece, o que acontece é que você tem ali algumas coisas que você é obrigado a fazer. Tem que fazer isso e aquilo. Então, eu acho que os espaços de encontro com a população são muito rápidos (Gestor 3).

Os gestores também indicaram a falta de integração entre a gestão do PSE nacional, a gestão e atores que compõem o PSE municipal. Tal falta de integração reforça o problema da excessiva verticalização do programa.

Desde que eu cheguei no PSE do município a gente tem essa integração com a equipe daqui, mas eu mesma não tive nenhum contato com o PSE nacional direto. Eu não participei de nenhum movimento. Eu até gostaria, mas não tive a oportunidade de participar de algum movimento nacional sobre a estrutura do Saúde na Escola (Gestor 6).

Como verificado na fala dos entrevistados neste bloco, a alternância de temas que são enfatizados a cada ano, o período de adesão ao PSE, bem como a verticalização e ausência de diálogo são percebidos como conflituosos para a viabilização das ações do PSE e a atuação dos profissionais de saúde. Já a intersetorialidade, a melhoria da assistência ofertada aos estudantes e o viés da promoção da saúde dentro das atividades executadas se caracterizam como aspectos positivos do programa.

Recursos humanos, materiais e processos formativos

No relato dos entrevistados, é atribuído o papel que cabe a cada setor dentro das ações do PSE. Enquanto o setor da saúde aparece como responsável pela elaboração e execução das ações, o setor da educação aparece como gerador de demandas a serem trabalhadas e agente mobilizador de público. Nesse sentido, o PSE, em sua prática, materializa uma perspectiva de intersetorialidade restrita, como já apontado previamente na literatura (Papoula, 2006). Além disso, o relato dos gestores converge para a indicação de um protagonismo do setor da saúde no que se refere à estruturação do PSE (Ferreira et al., 2012):

Além das demandas já impostas pelo PSE nacional que tem no Ministério da Saúde e da Educação, a gente tem que atender... A gente quer atender as demandas do território. Então, tem muitas ações que não estão nos componentes do PSE, mas o território tem necessidade de agir. São ações solicitadas pelas escolas. Então, nós construímos ações (Gestor 2).

Primeiro a gente faz a visita na escola e às vezes a gente está levando outra coisa... A gente fala para a diretora, por exemplo: 'A gente está fazendo a antropometria das crianças'. Aí a diretora já fala: 'Ah, vocês poderiam trazer outra coisa?' Aí eles já vão pedindo outra coisa que eles querem. A gente articula com a unidade de saúde porque quase tudo que a escola precisa de emergencial a gente tem como articular com a unidade de saúde (Gestor 1).

(...) a escola tem uma agenda muito grande e as vezes também aquilo que a escola está te mandando não é aquilo que a saúde está oferecendo, existem conflitos, tem escolas que: 'Não, eu não quero isso agora. Eu estou precisando de outra coisa nesse momento'' (Gestor 4).

Em relação aos materiais educativos empregados nas ações do PSE quando disponibilizados acabam sendo repassados diretamente para o setor da saúde. Além disso, a equipe de gestão reporta dificuldades sobre o repasse financeiro como percebemos nas falas abaixo:

Normalmente quando a saúde recebe algum material educativo ela passa para a gente passar para as escolas. Normalmente esse material, quando chega, vai direto para o pessoal da saúde. Quando a Secretaria Estadual manda ou o ministério manda alguma coisa, não manda direto para gente, manda pra saúde e ela manda pra gente e a gente faz a distribuição de acordo... Mas desde que cheguei não recebemos nada (Gestor 6).

(...) nós estamos abandonados no PSE Nacional, não recebemos recursos nenhum de 2013, para não dizer que nenhum, nós recebemos oito mil reais da semana de Saúde na Escola e só. Então, não veio nada (Gestor 4).

Embora estes materiais sejam valorizados na prática educativa realizada por profissionais de saúde e professores no espaço escolar, a sua distribuição é deficiente (Assis, Pimenta e Schall, 2013; Vargas e Monteiro, 2006). Contudo, aponta-se também a controvérsia que envolve o uso desses recursos nas práticas de educação em saúde. Em trabalhos anteriores, foi reportado o caráter verticalizado dos materiais educativos. Além disso, somam-se críticas por estes desconsiderarem a realidade para a qual são utilizados, os atores envolvidos nas práticas educativas e o uso constante de imagens e linguagem inadequadas (Assis, Pimenta e Schall, 2013; Kelly–Santos; Monteiro; Rosemberg, 2009; Rosemberg, Silva, Vasconcellos–Silva, 2002).

Também foi relatada a ausência de estratégias de formação específica direta para os gestores e/ou os atores envolvidos na realização das atividades do PSE.

Mensalmente a gente se encontra, toda última terça feira do mês com os representantes da saúde, da educação e do desenvolvimento social. Todos os membros do GTI se reúnem aonde tem os informes e alguém, normalmente da saúde, estuda um tema e apresenta para os demais (Gestor 6).

Então assim, eu acho que é essa dificuldade, a dificuldade... Nossa maior questão é essa, de como é que a gente vai qualificar os nossos profissionais para atender mais e melhor, então esse é um desafio nosso, é um ponto desafiador” (Gestor 4).

A formação dos profissionais de saúde e educação envolvidos nas ações do PSE está proposta no componente III das diretrizes do PSE. Além da formação destes atores deve ser considerado no contexto a construção de materiais didáticos-pedagógicos para serem empregados nas ações do programa (Brasil, 2011a). Para o alcance desse objetivo uma série de ações são estabelecidas como, por exemplo, o curso de especialização “Formação em Educação e Saúde”. Todavia, em levantamento realizado nos documentos do PSE, no período de agosto de 2013 a maio de 2015, não foram encontradas indicações sobre o referido curso. Além disso, os entrevistados também relataram a inexistência de formações específicas para atuação no PSE, seja a oferta destinada aos gestores ou para os profissionais de saúde e educação que atuam diretamente no intermédio junto ao público escolar.

É imperativo que se tenha atenção a este fato, pois, na atualidade, a formação específica para os profissionais do PSE não é oferecida. Percebemos a falta de um processo de educação permanente em saúde, que deveria ser proposta para os trabalhadores da saúde a fim de se construir um Sistema Único de Saúde (SUS) humanizado e alinhado com os fundamentos estabelecidos para seu funcionamento e consolidação. Assim, tendo em vista que o PSE almeja ampliar o acesso da comunidade escolar ao serviço de saúde, a formação dos profissionais envolvidos nessas ações não pode ser negligenciada.

É importante salientar que o PSE foi incluído no Plano Brasil sem Miséria (BSM) estabelecido pelo governo federal em 2011. O BSM prevê o enfrentamento de situações de pobreza por meio de uma série de ações que possuem como finalidade a construção de um cenário de justiça social (Brasil, 2011b). Cabe ao PSE, neste contexto, o eixo de acesso aos serviços. Reforça-se dessa forma a necessidade de estratégias de formação para os profissionais de saúde e educação a fim de que estes possam explorar a parceria em sua totalidade.

Na fala dos gestores foram destacados os papéis atribuídos ao setor da saúde e educação no âmbito do PSE, e foi denunciada a escassez de materiais educativos repassados às secretarias municipais para a execução das atividades educativas. Quando o repasse acontece, ele ocorre prioritariamente ao setor da saúde, caracterizando, assim, o papel coadjuvante da área da educação dentro do PSE. Identificamos também carência de processos que visem à formação específica para atuar no programa. Segundo a fala dos entrevistados o que acontecem são reuniões periódicas onde são discutidas questões referentes ao programa, incluindo a partilha de saberes técnicos dos profissionais da área da saúde.

Promoção da Saúde e as doenças negligenciadas

A promoção da saúde objetivada no PSE remete diretamente à intersetorialidade. Segundo Junqueira (2004), este modelo de gestão intersetorial envolve a noção de integração do território, equidade e de direitos sociais. Embora ainda haja muitos desafios a serem enfrentados pelo PSE, no relato dos entrevistados indica-se o avanço do programa no sentido de se ocupar, atualmente, não somente do diagnóstico, mas de atuar no atendimento integral dos estudantes ao considerar a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

No passado eu acho que a saúde, fora do PSE, fazia muito mais diagnósticos, eu fazia, e colocava como relacionando a questão do fracasso ao sucesso escolar as questões de saúde e da doença. Então, eu acho que hoje a gente tem um enfoque mais na questão da prevenção, o PSE é mais a atuação na questão da prevenção e promoção à saúde, não na doença, isso tem mudado bastante com as ações intersetoriais. Então, eu penso que hoje mais do que o diagnóstico de doenças, a gente consegue fazer um trabalho, por exemplo, sobre as relações familiares dentro de uma escola, você está trabalhando a saúde emocional dessa criança, desse adolescente e de suas famílias. Então, a gente com essa visão ampliada a gente acaba melhorando as condições de saúde na questão da prevenção e da promoção, e não focando somente nos diagnósticos de doenças como o PSE em anos anteriores fazia, fazia levantamento de acuidade visual em todos os alunos e o que se fazia com isso? (Gestor 5).

Essa atuação privilegia também uma visão integral sobre a saúde da comunidade escolar. Segundo Buss (2009), a promoção da saúde privilegia uma atuação participativa, multidimensional e se considera o ambiente do indivíduo em sua totalidade. Assim sendo, o PSE, segundo a fala dos entrevistados, parece atender a essa perspectiva. As práticas envolvendo a promoção da saúde são relativamente recentes quando comparadas a ações de cunho curativo. A inclusão da perspectiva da promoção da saúde em programas de atenção à comunidade escolar como, por exemplo, o PSE, representa um avanço no sentido de construção de um cenário mais equânime (Buss, 2009; Casemiro, Fonseca e Secco, 2014).

Essa visão é essencial quando tratamos das doenças negligenciadas. Embora o diagnóstico e o tratamento sejam elementos essenciais para que esses agravos sejam sanados, é imprescindível que se considere o contexto no qual os indivíduos estão imersos. Em sua maioria, os programas de controle de doenças infecciosas e parasitárias, mesmo dotados de tecnologia eficazes, são implementados ignorando os determinantes sociais, culturais e os conhecimentos das populações atingidas (Barbosa e Coimbra Junior, 2000). Atualmente, o Ministério da Saúde busca a superação do modelo centrado na doença, no que se refere às estratégias envolvendo as doenças negligenciadas. Para tal se propõe um modelo integrado (Brasil, 2016a).

Quando indagados sobre as doenças negligenciadas, os gestores reportam a emergência quanto a necessidade de abordagem da questão na pauta do PSE.

Eu acho que a tuberculose precisa ter um investimento ainda em cima dela e a hanseníase idem. Tem uma coisa, por exemplo, que não existe mais... Ou seja, não se fala mais. Os vermes não existem mais. As parasitoses parecem que não existem mais. Quando você vai ver as estatísticas, milhões de pessoas no mundo ou trilhões estão com o parasita, mas toda vez que vai ver em texto base de referência isso não existe. Não se fala mais nisso. A gente tem a giárdia como um número expressivo em crianças e a doença vai alterando a vida delas, e percebe-se que não se dá muita importância, dá um remedinho e tal que passa. Não é nada efetivo. O tema nem é tratado como se deve (Gestor 3).

Há alguns meses uma escola ligou para a gente tirar urgente do banco daqui da secretaria algum profissional e enviar para lá, porque tinha uma professora com suspeita de estar com tuberculose. Aí eu acionei a equipe, acalmamos ela e a gente foi lá. Falamos que não é assim também e a gente fez um levantamento da carteira de vacinação das crianças também para saber se todos tomaram a BCG, as crianças que tinham contato com a professora. Fizemos esse levantamento, fizemos a atividade educativa com a escola toda e a professora nem estava com tuberculose. Então, ainda tem um tabu só com a suspeita (Gestor 1).

Segundo a indicação contida na fala do entrevistado, a tuberculose e a hanseníase se caracterizam como agravos emergenciais a serem abordados na escola. Atualmente, o Brasil é o 20º entre os 30 países com alta carga de tuberculose no mundo (Brasil, 2016b). Já em relação à hanseníase, foram detectados 25.738 casos detectados positivos em 2014 (Brasil, 2014). Ou seja, as duas doenças apresentam números elevados e exigem esforços contínuos para sua redução. Tanto a tuberculose quanto a hanseníase são doenças negligenciadas cercadas de estigmas principalmente pelas manifestações físicas que ambas proporcionam, acarretando preconceito, estigma e vergonha ao afetado (Pôrto, 2007; Hotez, 2008; Salazar, 2000). Logo, é imprescindível o emprego de estratégias que possam dialogar com as crenças presentes na população e sejam adequadas à realidade do PSE.

Outra questão abordada na fala dos entrevistados refere-se às geohelminthoses. A Organização Mundial da Saúde recomenda a terapia medicamentosa preventiva associada ao saneamento básico e à educação em saúde (WHO, 2004). Contudo, em 2013 e 2014 o Ministério da Saúde realizou ação integrada para o controle de hanseníase, verminoses e tracoma. Ao longo das campanhas administrou-se terapia medicamentosa preventiva para crianças e adolescentes em idade escolar (Brasil, 2016). No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PNAD), realizada entre 2009 a 2011, indicou que aproximadamente 48% dos domicílios brasileiros não possuem esgotamento sanitário (IBGE, 2014). Portanto, arriscam-se a falhar as políticas baseadas em medidas isoladas de administração de medicamentos sem que haja um plano consistente visando à ampliação do saneamento básico e estratégias educativas associadas à prevenção e ao controle das verminoses.

Segundo os entrevistados, a realização de oficinas e a produção de materiais educativos próprios é estimulada pela escassez de repasse dos recursos prontos sobre temas específicos tratados no contexto do PSE.

Em relação à hanseníase a gente até fez durante um tempo a produção de um material do próprio grupo. A construção foi junto com a gerência de dermatologia sanitária. A gente fez um material para ser levado para as escolas. É um livreto que depois a gente levou para várias escolas, testou, e foi bem legal. Então, a gente tem esse material, mas no geral a gente, por exemplo, quando faz uma oficina, a gente constrói junto com as pessoas o material, a gente faz muita oficina, tem muita oficina interativa e a gente pega muito o que as pessoas já sabem e trabalha em cima do que elas já sabem e de questões para o futuro. A gente não tem muito material não (Gestor 3).

As oficinas se constituem como espaços dialógicos de negociação de sentidos, discussão e interação. Constituem em ações não verticalizadas, com troca de saberes (Spink, Menegon e Medrado, 2014). Além disso, a produção de materiais educativos que os próprios profissionais de saúde farão uso em seu cotidiano remete ao processo de autoria coletiva na medida que a construção é compartilhada (Vasconcelos, 2001). Nesse sentido, o profissional de saúde não é apenas alguém que decora uma série de procedimentos e os “repassa” para a população, mas sim alguém que interage e caminha junto a ela em prol de ampliação da visão sobre determinado problema enfrentado (Vasconcelos, 2001).

Discutimos então a interface com a promoção da saúde e a prática do PSE. Os relatos dos entrevistados revelaram a emergência da abordagem do tema das doenças negligenciadas. Na visão dos representantes da gestão do PSE, destacam-se como questões urgentes a serem tratadas a tuberculose, a hanseníase e as geohelmintoses. A realização de oficinas e a produção de materiais educativos próprios mostraram-se como importantes estratégias para promover o diálogo entre os diversos atores do programa, profissionais e escolares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a visão dos representantes da gestão municipal do PSE sobre o programa, a promoção da saúde e as doenças negligenciadas é um esforço necessário para que sejam evidenciados como estes temas estão sendo apropriados pela gerência do programa.

A partir das categorias de análise apresentadas foi possível verificar que a alternância de temas em destaque no programa, a verticalização, bem como a ausência de diálogo entre as esferas municipal, estadual e federal, ausência de formação específica para atuação no programa são questões que merecem atenção. A Organização Mundial da Saúde aponta a necessidade das ações intersetoriais e das ações educativas para que as doenças negligenciadas sejam superadas em sua totalidade (WHO, 2015). Deste modo, é emergencial que as fragilidades reportadas pelos representantes da gestão municipal do PSE sejam consideradas na execução das políticas públicas.

Além disso, a tuberculose, a hanseníase e as geohelmintoses foram consideradas as doenças negligenciadas que merecem mais atenção devido à abordagem inexistente ou insuficiente. Já a promoção da saúde parece despontar nas práticas do programa, atendendo assim a um de seus pressupostos. Há então uma mudança de paradigma importante no que concerne às ações, historicamente consolidadas, de saúde no espaço escolar.

À guisa de concluir, perguntamo-nos: O que é necessário para superar as fragilidades identificadas? Quais as dificuldades para a implementação de estratégias educativas voltadas aos profissionais do PSE tanto em relação aos temas sobre sua operacionalização quanto às questões específicas das doenças negligenciadas? É emergencial pensar em uma estrutura mais interativa entre as três esferas governamentais potencializando de fato as finalidades do PSE propostas a nível documental. Nesse sentido, cabe ressaltar a proposta de Means et al. (2016) que destaca a necessidade de uma integração estrutural no âmbito dos programas que tratam das doenças negligenciadas. A integração a este nível se refere à coordenação dos dispositivos que envolvem recursos organizacionais e humanos voltados ao controle e prevenção das doenças negligenciadas. O PSE como uma política intersetorial que agrega diferentes atores não pode se limitar a atribuir a estes profissionais um caráter simplista de complementariedade, mas é sim necessária uma integração que se processe de forma mais holística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADELEYE, O. A.; OFILI, A. N. Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles? **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2010, 2010.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ASSIS, S. S.; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. Materiais impressos sobre dengue: análise e percepções de profissionais de saúde e educação. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2013.

BARBOSA, C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Construção cultural da esquistossomose em comunidade agrícola de Pernambuco. In: Barata, R. B.; Briceño-León, R. (org). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

BRASIL. Presidência da república. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578:programa-saude-nas-escolas&catid=194:secad-educacao-continuada> Acesso realizado em: 26 de março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a passo PSE – Tecendo caminhos para a Intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso realizado em: 25 de janeiro de 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 7.492, DE 02/06/2011 - DOU 03/06/2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria/legislacao-2/decreto-no-7492.pdf>. Acesso realizado em: 21 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2014**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/27/Dados-2014---final.pdf>. Acesso realizado em: 29 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase, verminoses e tracoma têm cura: a experiência de uma campanha integrada**. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 47, n. 21, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/28/APRES_PADRAO_OUT_2016-REDUZIDA.pdf. Acesso realizado em: 23 de janeiro de 2017.

- BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope, C.; Mays, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 21 – 31.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (org) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e desafios**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-42.
- BUSS, P. M.; PELEGRINE FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2014.
- CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43-57.
- COSTA, M. F. B. N. A. et al. La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. **Atención Primaria**, v. 41, n. 7, 2009.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978**. Alma – Ata:OMS, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso realizado em: 15 de junho de 2016.
- DUBOIS, A.; ST-PIERRE, L.; VERAS, M. a scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 10, 2015.
- FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS TI. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.12, 2012.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; **Promoção da Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
- HOTEZ, P. J. Stigma: The Stealth Weapon of the NTD. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 2, n. 4, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PNAD)**, 2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/sintese_defaultxls.shtm>. Acesso realizado em: 29 de junho de 2016.

- JUNQUIERA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, 2004.
- KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S. S.; ROSEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.857-67, 2009.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. p. 43-68.
- MEANS, A. R. et al. Qualitative Research Approach to Identifying and Harmonizing Perspectives of Integrated Neglected Tropical Disease Programs. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 10, 2016.
- PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e facilitadores. 2006. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, supl. 1, 2007.
- ROSEMBERG, B.; SILVA, A. P. P.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1685-94, 2002.
- SALAZAR, A. R. La invisibilidad de la lepra y la permanencia del estigma. In: Barata, R. B.; Briceño-León, R. (org). **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégias de pesquisa: articulações teórico metodológicas e aplicações ético políticas. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, 2014.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.6, 2000.
- VARGAS, E. P.; MONTEIRO, S. S. Banco de materiais: desenvolvimento e estímulo a novas pesquisas. In: VARGAS, E. P.; MONTEIRO, S. S.(Org.). **Educação, comunicação**

e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006. p.143-154.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 5, n. 8, 2001.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. In: Campos, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2012. p.681-713.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report of the third global meeting of the partners for parasite control Deworming for Health and Development**. Genebra: OMS, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Accelerating progress on HIV, tuberculosis, malaria, hepatitis and neglected tropical diseases: A new agenda for 2016 - 2030**. Genebra: WHO, 2015.

III.1.1.6 OFICINAS DIALÓGICAS

Para complementar nosso objetivo geral e propor uma estratégia educativa sobre as doenças negligenciadas em áreas trabalhadas pelo BSM, desenvolvemos oficinas dialógicas que foram posteriormente sintetizadas como materiais educacionais específicos.

Conforme descrito no capítulo II (Metodologia), para realizar atividades de campo que experimentassem novas estratégias para a abordagem de doenças negligenciadas em situação de educação continuada de profissionais de saúde e de educação, com vistas à uma futura aplicação no PSE, lançamos mão da oportunidade oferecida pelas Expedições Fiocruz para um Brasil sem Miséria para a realização de oficinas dialógicas. Neste trabalho foram consideradas três experiências diferentes de aplicação de oficinas, todas com o mesmo mote: comunicação, ciência, saúde e doenças negligenciadas.

A escolha do uso de matérias impressas e televisionadas que abordassem o tema no contexto local em que se realizava a oficina foi intencional. Para isso buscou-se preferencialmente emissoras que tivesse uma cobertura local. As buscas foram realizadas nos sites das emissoras ou canais específicos destas disponíveis no You Tube. No quadro a seguir são apresentados os links dos vídeos utilizados nas oficinas.

Quadro III-1: Vídeos empregados nas rodas de discussão sobre doenças negligenciadas e os locais de realização das oficinas.

Doença Negligenciada	Link	Local de realização da oficina
Malária	http://www.youtube.com/watch?v=qleRup0lp4c	Rio Branco (AC)
Dengue	https://www.youtube.com/watch?v=EpzMA7p068I	
	https://www.youtube.com/watch?v=6org5IL2NLs	
	https://www.youtube.com/watch?v=ASUIPbk8NX0	Rio de Janeiro
	https://www.youtube.com/watch?v=N4CEXytwQTQ	
	http://tv.r7.com/record-play/rio-de-janeiro/cidade-alerta-rj/videos/forcas-armadas-vao-ajudar-no-combate-ao-aedes-aegypti-12022016	
Leishmanioses	http://globo.tv.globo.com/rede-amazonica-am/bom-dia-amazonia/v/estado-do-acre-esta-na-terceira-posicao-do-ranking-nacional-de-portadores-de-leishmaniose/2079164	Rio Branco (AC)
	https://www.youtube.com/watch?v=jS4rHsEFmnl	

Fonte: Produzido pela autora.

As etapas delineadas para a realização da oficina e as adaptações realizadas nos três momentos de execução são sumarizados no quadro a seguir.

Quadro III-2: Etapas e descrição da oficina “Comunicação, Ciência e Saúde”.

Etapa da oficina	Descrição
Apresentação	O mediador da oficina apresenta-se e a motivação para a realização da oficina. Neste momento, o mediador deve buscar conhecer também um pouco mais dos interesses e atuação profissional dos participantes da atividade.
Dinâmica de ambientação	Os participantes da oficina são primeiro convidados a se reunirem e escreverem duas características boas do trabalho em grupo e outras duas ruins. Preparam assim placas de papel com tais palavras escolhidas. Em seguida, o mediador da oficina dispõe as placas nas mesas, cadeiras e demais objetos que estejam no espaço. Propõe-se então que os participantes se agrupem em um extremo do local onde estão, e atravessem juntos, de mãos dadas, para o outro lado do ambiente. No entanto, mesas e outros objetos do local aparecem como “obstáculos” ao percurso e cada “barreira” terá recebido uma placa preparada por eles próprios, com as características boas e ruins apontadas anteriormente pelo grupo. As placas com características boas devem ser recolhidas no percurso e aquelas que fazem menção a coisas ruins devem ser abandonadas. Todos os integrantes precisam chegar ao outro lado da sala juntos, e ao mesmo tempo. Após a realização da atividade, em um clima de descontração, pode ser discutida com os participantes a finalidade da atividade, pois terá sido vencida a dificuldade de trabalhar em grupo.
Roda de discussão e exposição de reportagens	A roda de discussão foi orientada por perguntas pré estruturadas que eram apresentadas após a exibição de uma reportagem (inteira ou trecho). Os vídeos escolhidos versaram sobre doenças negligenciadas de destaque nas localidades em que as oficinas foram realizadas. Através da roda de discussão, os participantes puderam expor o seu ponto de vista em relação aos determinantes sociais, contexto epidemiológico das doenças negligenciadas, papel exercido pela mídia e potencial de colaboração para as estratégias educativas.
Produção de recurso educativo	Os participantes da oficina prepararam um roteiro sobre o tema ou a situação que retrataram. Duas estratégias foram empregadas: 1) produção de um telejornal educativo e; 2) produção de animações do tipo <i>stopmotion</i> . Ambas as estratégias proporcionaram a reconstrução do cotidiano e a exposição das ideias que circundam a questão das doenças negligenciadas. Tanto o telejornal quanto as animações foram gravadas e o material posteriormente editado pela mediadora da oficina.
Avaliação da oficina	A avaliação ocorreu logo após a realização da oficina. Os participantes foram indagados sobre os pontos positivos da experiência e o que poderia melhorar para as próximas edições da atividade. O momento foi descontraído e as falas foram voluntárias e se deram

em um ambiente de conversa informal.

Fonte: Produzido pela autora.

A primeira oficina realizada no Acre teve como participantes os doutorandos da parceria IFAC-Fiocruz e profissionais do ensino básico (professores e alunos de licenciatura). Na ocasião todas as etapas previstas da oficina e destacadas no quadro anterior foram realizadas, ocorrendo em duas tardes, cada uma com duração de 4 horas. Como produto da primeira oficina, os participantes produziram um telejornal com notícias fictícias.

A segunda oficina realizada em Rio Branco ocorreu durante o curso de formação ofertado aos Agentes de Endemias, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Assistência Social. O curso teve carga horária total de 8 horas (realizado em um único dia e subdividido em dois períodos – manhã e tarde). Na ocasião, no período da manhã houve a apresentação dos vídeos, também exibidos na oficina com professores. O espaço foi compartilhado com uma exposição oral sobre a tuberculose mediada por uma médica infectologista (Dra Anna Calçada) e uma apresentação realizada pela coordenadora da expedição (Dra Tania Araújo-Jorge) sobre a estratégia de Ciência e Arte, por meio da música popular brasileira, para a promoção da Saúde e a abordagem das doenças negligenciadas. No período da tarde, os participantes do curso foram divididos em dois grupos, parte participando de uma atividade de produção de cordel e parte seguindo com a produção de sequências de imagens com a finalidade de confecção de uma animação tipo *stopmotion*. Ao fim, foi realizada a apresentação dos trabalhos e a avaliação do curso. As duas oficinas realizadas no Acre aconteceram em julho de 2014.

A terceira oficina “Comunicação, Ciência e Saúde” foi realizada em Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, em fevereiro de 2015, no período de uma tarde, durante o curso de “Formação de agentes populares de saúde e vigilância: Ciência e Arte no controle do Aedes com saúde comunitária. Na ocasião, foi realizada a apresentação da mediadora da oficina (a autora), exibição de duas reportagens sobre o tema, seguida por uma roda de discussão. Além disso, na oportunidade fez-se uso de uma reportagem impressa datada da década de 1980 que abordou a epidemia de dengue no período e a questão da responsabilidade governamental¹⁶.

¹⁶ Disponível em: <http://img.estadao.com.br/resources/jpg/8/0/1432337842008.jpg>.

A iniciativa de incorporar um recurso impresso na oficina se deu devido a convergência de situações que oportunizam as epidemias de doenças negligenciadas e que se perpetuam ao longo do tempo. Além do mais, a reponsabilidade do poder público no contexto das doenças negligenciadas foi um tema recorrente nas duas edições anteriores das oficinas realizadas no Acre, bem como em trabalhos anteriores conduzidos pela autora. Após a roda de discussão, os participantes foram convidados a produzir um telejornal. Eles próprios foram responsáveis pelo roteiro e elaboração das reportagens que foram filmadas. Após a realização da oficina houve a avaliação da atividade.

e apresentado aos participantes no último dia de curso.

A edição do material produzido na oficina foi realizada pela mediadora. Foi adicionada uma animação acompanhada de um fundo musical, livre de direitos autorais, na abertura do vídeo. As cenas foram organizadas em sequência e os créditos foram adicionados ao fim. O material foi editado com auxílio do *software Windows Movie Maker* e o material finalizado foi apresentado aos participantes no último dia de curso.

A oficina “Comunicação, Ciência e Saúde” originou dois fascículos da série “Com Ciência e Arte no Ensino” que compõem a seção de resultados dessa tese e serão disponibilizados *online*. Já os resultados parciais das oficinas realizadas em Rio Branco e no Rio de Janeiro estão disponíveis no portal “Comunidade de Práticas”¹⁷ que se refere a uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa integrar relatos de experiências bem-sucedidas que contribuem para o Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁷ Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/9286> e <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/11420>.



Figura III-1: Oficinas realizadas em Rio Branco (AC).



Figura III-2: Oficina realizada em Manguinhos (RJ).

III.1.1.7 MATERIAL EDUCATIVO 1 (protótipo a ser publicado on line):

Comunicação, Ciência e Saúde 1- Doenças Negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses.

Contexto: O protótipo apresentado refere-se ao material educativo que integra a série “Com Ciência e Arte no Ensino”. Nele são apresentados o conjunto de vídeos utilizados na roda de discussão da oficina “Comunicação, Ciência e Saúde” realizada em julho de 2014, na cidade de Rio Branco (AC). Compõem também o exemplar a descrição e orientações para a realização da dinâmica de ambientação empregada na ocasião. Os vídeos sugeridos podem ser acessados na fonte original, ou através de um *link* gerado por um *software* de sincronização de arquivos ao qual o material empregado nas oficinas foi armazenado com o propósito de disponibilizá-los para o seu *download* como passo preparatório nas oficinas propostas.

Referência:

ASSIS, S. S.; ARAUJO-JORGE, T. C. **Comunicação, Ciência e Saúde 1-** Doenças Negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses. Com Ciência e Arte no Ensino LITEB/IOC/Fiocruz, Rio de Janeiro, 10p, 2017.

Com Ciência e Arte no Ensino

1

Brasil, 2011 - Plano Brasil
sem Miséria – logomarca



**Comunicação,
Ciência e Saúde**

**Doenças
negligenciadas:
malária, dengue e
leishmanioses**

Sheila Soares de Assis
Tania C. de Araújo-Jorge

ATIVIDADES

Atividade 1:

Dinâmica de ambientação "Do outro lado: colhendo coisas boas e vencendo os obstáculos".

Atividade 2:

As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – malária em pauta

Atividade 3:

As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – dengue em pauta

Atividade 4:

As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – as leishmanioses em pauta



Apresentação

Um convite → Essa proposta envolve o uso de **material telejornalístico** para abordar as doenças negligenciadas e atividades de ciência e arte para expressar a realidade dos participantes em relação aos temas discutidos. Doenças como dengue, leishmanioses, malária, tuberculose, hanseníase, parasitoses intestinais, anemias carenciais, febre reumática, esquistossomose, doença de Chagas e leptospirose acometem predominantemente populações de regiões pobres e extremamente pobres, perpetuando o ciclo da pobreza. No Brasil, os programas sociais recentes retiraram 28 milhões de pessoas da situação de pobreza, por meio de ações do Plano Brasil sem Miséria ao longo de três anos de atuação. No entanto, esforços ainda são necessários para a construção de um cenário de equidade. Esse fascículo apresenta atividades realizadas e que foram bem sucedidas, ao longo de duas edições das *Expedições Fiocruz por um Brasil sem Miséria*.

A proposta → o material compreende um conjunto de 4 atividades que compõem uma **oficina onde se discutem diversos aspectos da realidade**. Oficinas possibilitam transformações em todos os participantes. Podem ser realizadas em escolas, unidades de saúde e outros espaços de encontro. O formato de oficina dialógica em grupos de 25 a 50 pessoas é adequado, mas variações são possíveis.

Oficina Dialógica é a estratégia utilizada para poder conversar → com foco nas perguntas, e no protagonismo dos participantes nas conversas, possibilitando surpresas e descobertas.

Com Ciência e Arte, no Ensino → a série "*Com Ciência na escola*" já existe desde 1998, e os cursos de Ciência e Arte do LITEB-IOC existem desde 2000. Em 2014 iniciamos a série "*Com Ciência e Arte na escola*", ampliada agora para "*Com Ciência e Arte no ensino*", para atingir também espaços não formais de ensino, como são as unidades básicas de saúde, as associações comunitárias e outros espaços do movimento social. Desejamos a todos bastante aprendizado, de forma lúdica, divertida, sempre acompanhada da precisão e correção que a ciência nos pede!

Preparativos: materiais e equipamentos

1- Para realizar as 4 atividades propostas será necessário preparar previamente o material para trabalhar com os participantes. O mediador da oficina poderá organizar diretamente o material ou orientar as pessoas a preparem e trazerem para a sala. As atividades também podem ser realizadas de modo separado, independente, segundo a necessidade do tipo de oficina.

2- Papel A4, canetas coloridas, cola, fita adesiva, mesas, cadeiras e objetos que possam ser usados como obstáculos.

3- Computador, notebook ou tablet ou sistema de projeção de filme (áudio e vídeo) a partir de computador (com ou sem conexão internet, a depender da disponibilidade do local). Na página de "Dicas", apresentamos fontes para a obtenção dos vídeos a serem usados nas oficinas.

4- Os vídeos selecionados, em pen drive ou outro tipos de áudio-mídia □ propomos aqui um conjunto de vídeos para cada tema e caminhos para ampliação dessa coleção.

5- Aparelho de telefone celular com câmara e gravador: sistema para registro do trabalho na oficina: fotos e/ou gravador de áudio e/ou gravador de vídeo e/ou registro escrito em papel ou computador.

6- Relógio/cronômetro para controle do tempo pelo mediador, de modo a assegurar que todas as atividades possam ser realizadas.

2 Doenças negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses

○ **Dinâmica/Roteiro da oficina Comunicação, Ciência e Saúde
- Doenças Negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses**

3 horas totais, no máximo 50 pessoas

Passo 1 – 60 minutos: Atividade 1- Dinâmica de ambientação - Do outro lado: colhendo coisas boas e vencendo os obstáculos.

○ **Passo 2 – 40 minutos:** Atividade 2- As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – malária em pauta

Passo 3 - 40 minutos: As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – dengue em pauta

Passo 4 - 40 minutos: As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – as leishmanioses em pauta



Doenças negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses 3

Atividade 1**Dinâmica de ambientação - Do outro lado: colhendo coisas boas e vencendo os obstáculos.**

1- Dinâmica de ambientação. A ideia desta atividade é criar uma noção de grupo e chamar a atenção dos participantes sobre o fato de que nem sempre esse processo de se **trabalhar coletivamente** é fácil, mas deve ser valorizado com a finalidade de se alcançar um objetivo em comum. Pode ser realizada numa sala, pátio ou outro ambiente.

Para isso, os participantes da oficina são primeiro convidados a se reunirem e escreverem duas características boas do trabalho em grupo e outras duas ruins. Preparam assim "placas" de papel com tais as palavras escolhidas.

Em seguida o mediador da oficina dispõe as placas nas mesas, cadeiras e demais objetos que estejam no espaço. Propõe-se então que os participantes se agrupem em um extremo do local onde estão, e atravessem juntos, de mãos dadas, para o outro lado do ambiente. No entanto, mesas e outros objetos do local aparecem como "obstáculos" ao percurso e cada "barreira" terá recebido uma placa preparada por eles próprios, com as características boas e ruins apontadas anteriormente pelo grupo. As placas com características boas devem ser recolhidas no percurso e aquelas que fazem menção a coisas ruins devem ser abandonadas. Todos os integrantes precisam chegar ao outro lado da sala juntos, e ao mesmo tempo. Após a realização da atividade, em um clima de descontração, pode ser discutida com os participantes a finalidade da atividade, pois terá sido vencida a dificuldade de trabalhar em grupo.

Sugestões para ampliar o debate:

1. Que tal resgatar no final da atividade as experiências e expectativas dos profissionais em relação ao trabalho em grupo ?
2. Quais os problemas mais frequentes quando se busca um trabalho coletivo?
Vamos fazer uma composição em colagem com as placas de cada tipo, como uma nuvem de palavras construída sobre uma base?
3. Quais são as vantagens do trabalho em grupo?

4 Doenças negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses

Atividade 2**As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – malária em pauta**

Vídeo para debate: uma reportagem previamente escolhida pelo mediador → exibição para os participantes seguida de roda de discussão

Sugestão de vídeo:

<http://www.youtube.com/watch?v=qleRup0lp4c> ou clicando [aqui](#).

Duração : 11 minutos e 13 segundos.

Sobre a malária...

Consiste em uma doença infecciosa febril aguda e causada por protozoários, transmitidos pela fêmea infectada do mosquito *Anopheles*. Apresenta cura se for tratada em tempo oportuno e adequadamente. No Brasil, a maioria dos casos de malária se concentram na região Amazônica (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), área endêmica para a doença. Nas demais regiões, apesar das poucas notificações, a doença não pode ser negligenciada. As medidas de prevenção e controle envolvem desde a utilização de repelentes até a adoção de telas mosquiteiros nas residências. No Brasil, somente em 2014 foram registrados 143.586 casos de malária. Não há vacina disponível, mas há tratamento específico para os casos quando são diagnosticados.



Fonte: <http://portal.saude.sa.gov.br/images/jpg/2015/junho/24/Mapa-de-risco-2014.jpg>

Algumas questões propostas para discussão:

- 1) Como esse tema tem se apresentado na sua região?
- 2) Ele é tratado no seu local de trabalho? Se sim, de que forma?

OBS: O vídeo sugerido pode ser substituído por qualquer outro, local ou nacional, que aborde o tema.

**Atividade 3:****As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – Dengue em pauta**

Vídeo para debate: duas reportagens previamente escolhidas pelo mediador → exibição para os participantes seguida de roda de discussão

Sugestão de vídeo 1

<https://www.youtube.com/watch?v=EpzMA7p068I> ou clicando [aqui](#)

Duração: 2 minutos e 17 segundos.

Sugestão de vídeo 2

<https://www.youtube.com/watch?v=6org5IL2NLs> ou acesse [aqui](#).

Duração: 1 minutos e 22 segundos

Algumas questões propostas para discussão:

- 1) Como percebe a dengue no Brasil? E no seu Estado? E no seu município?
- 2) Como caracteriza o local mostrado na reportagem do segundo vídeo? Ele se assemelha de alguma forma com a região em que você trabalha?
- 3) Identifica alguma informação equivocada ou capaz de provocar confusão no telespectador?

Sobre a dengue ...

Em anos de epidemias, foram registrados mais de 1 milhão e meio de casos de dengue no Brasil. A dengue é considerada atualmente a mais importante arbovirose do mundo. A transmissão do vírus da dengue se dá pela picada da fêmea do mosquito do gênero *Aedes*. No Brasil o principal vetor do vírus é o *Aedes aegypti*. A taxa de mortalidade da doença está em torno de 4% a 5%. Dentre as principais medidas de controle e prevenção encontram-se a redução e vedação de reservatórios capazes de acumular água e conseqüentemente servir de criadouros para o vetor. Embora ações que envolvem a utilização de inseticidas tragam uma sensação de “segurança”, elas devem ser utilizadas com parcimônia, pois são capazes de viabilizar a sobrevivência de populações resistentes e agem assim como medidas paliativas e que a longo prazo agravam a situação. Deste modo, as ações educativas são fundamentais, por construir conhecimento para a tomada de decisão e proporcionarem um ponto de reflexão sobre a situação local e emergir uma série de ações que podem ser tomadas em conjunto com o poder público para a contenção do agravo.

Atividade 4**As doenças negligenciadas e a mídia: roda de discussão – as leishmanioses em pauta****Sugestão de vídeo 1:**

<http://globotv.globo.com/rede-amazonica-am/bom-dia-amazonia/v/estado-do-acre-esta-na-terceira-posicao-do-ranking-nacional-de-portadores-de-leishmaniose/2079164/> ou clicando [aqui](#).
Duração: 2 minutos e 18 segundos.

Sugestão de vídeo 2:

<https://www.youtube.com/watch?v=iS4rHsEFmnl> ou acessando [aqui](#).
Duração: 1 minutos e 50 segundos.



Flebotomíneo, vetor das leishmanioses, se alimentando de sangue

Sobre as leishmanioses ...

São doenças causadas por protozoários que são transmitidas aos seres humanos pela picada de fêmeas de flebotomíneos infectadas.

No Brasil, o vetor é conhecido como mosquito-palha, biriguis, tatuquiras. As três principais formas da doença são: cutânea, visceral e mucocutânea que representam respectivamente a leishmaniose cutânea, leishmaniose visceral ou calazar e leishmaniose tegumentar americana.

Estima-se que dos mais de 50 mil casos de leishmaniose tegumentar registrado no mundo (ano de 2012), mais de 80% estejam concentrados no Brasil. Já em relação a leishmaniose visceral o país apresenta 96,5% dos mais de 3 mil casos mundiais. O cão é um importante reservatório do protozoário e o controle da doença por eliminação de cães acaba sendo controverso.

Algumas questões propostas para discussão:

- 1) Qual sua opinião sobre as informações sobre leishmanioses mostrada nos vídeos?
- 2) Como percebe a abordagem do tema em seu município? E na escola que atua? E na mídia?
- 3) Há arte nas reportagens exibidas?



Outras possibilidades

Caminhos e possibilidades de expansão da estratégia dialógicas com comunicação Ciência e Saúde

Outras possibilidades de vídeos no tema “Comunicação, Ciências e Saúde – Doenças negligenciadas”: malária, dengue e leishmanioses”

- Leishmaniose preocupa a população de Barra Mansa - <https://www.youtube.com/watch?v=S7lyxLkGGfI>
- Ligado em Saúde – Leishmaniose - <https://www.youtube.com/watch?v=YWvbB32-wbk>
- Malária ainda é preocupação para a saúde no país - Jornal Futura - Canal Futura - <https://youtu.be/A2TLoZTnVcE>
- Brasil começa a testar vacina contra a dengue este mês - https://youtu.be/ze1L8mvuh_E
- Dengue já matou 35 pessoas no estado de São Paulo em 2015 - <https://youtu.be/VYTy7itcHoU>

Agora é você quem sugere os vídeos:

➤

➤

➤

DICAS

Pode ser divertido e interessante procurar vídeos jornalísticos com o tema de seu interesse direto. Isso pode se tornar uma atividade específica a ser realizada pelos participantes da oficina para posterior apresentação e discussão em grupo.

Vídeos de emissoras locais podem ser valiosos para a roda de discussão. Esta é uma forma de valorizar os saberes dos participantes da oficina e estimular a reflexão sobre as doenças negligenciadas de importância local e seu contexto.

Nestes canais do You Tube podem ser encontrados mais vídeos jornalísticos, que podem ser localizado com busca por meio de palavras-chave:

<https://www.youtube.com/user/TVNBR>

<https://www.youtube.com/user/canalfutura>

<https://www.youtube.com/user/SBOnline>

<https://www.youtube.com/user/band/videos>



Para concluir

A série de fascículos “Com Ciência e Arte no Ensino[®]” é uma publicação do Setor de Inovações Educacionais do Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB) do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

Este fascículo inaugura a coletânea de propostas “Comunicação. Ciência e Saúde”, desenvolvida na tese de Doutorado de Sheila Soares de Assis, em 2017. **A linha de pesquisa em Ciência e Arte se articula com formação continuada de professores nos Cursos de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde do IOC (mestrado, doutorado e especialização) e com uma disciplina específica anual.**

Destinados a professores e educadores em geral, os fascículos se dispõem a auxiliar o desenvolvimento de oficinas e experimentos participativos e interativos em salas de aula, ateliês e laboratórios nas escolas e outros ambientes de ensino não formal. Apresentamos sugestões de atividades que trabalhem com as ferramentas de estímulo à criatividade comuns ao desenvolvimento da comunicação e da ciência: **observar, imaginar, abstrair, reconhecer e formar padrões, fazer analogias, pensar com o corpo, ter empatia, pensar de modo dimensional, criar modelos, brincar, transformar, sintetizar** conhecer e reconhecer o ambiente que nos cerca. **A série busca promover o diálogo entre a ciência e a arte, reforçando o conceito de “cienciarte”.** Convidamos alunos e professores a participar desse diálogo para descobrir e compreender, de maneira simples e lúdica, maravilhas da cultura e da natureza. Os fascículos poderão servir como guia para atividades; porém, mais importante do que segui-los à risca, é criar condições para que a pesquisa científica aconteça de maneira agradável, livre e criativa.

Imagens: todas as imagens utilizadas nesta coleção são de acesso legal e gratuito e foram reproduzidas com seus respectivos créditos associados em sua lateral.


fale conosco: email: comciencia@ioc.fiocruz.br

Expediente:

*Editores: Tania C. Araújo-Jorge, Claudia M.L. Coutinho e Marcus Vinicius C. Matraca;
Projeto gráfico: Heloisa Diniz – Serviço de produção e Tratamento de Imagem/IOC;
Gráfica: WalPrint Grafica e Editora Ltda., Rio de Janeiro, Tiragem: 1000 exemplares*

Esse material poderá ser reproduzido para fins educativos assegurando-se a citação:
ASSIS, S. S.; ARAUJO-JORGE, T. C. Comunicação, Ciência e Saúde 1- Doenças Negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses. Com Ciência e Arte no Ensino[®] LITEB/IOC/Fiocruz, Rio de Janeiro, 10p, 2017.

Instituto Oswaldo Cruz
Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

10 Doenças negligenciadas: malária, dengue e leishmanioses

III.1.1.8 MATERIAL EDUCATIVO 2 (protótipo a ser publicado *on line*):

Comunicação, Ciência e Saúde 2 - Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento.

Contexto: O protótipo retrata o processo de construção de animações do tipo *stop-motion* e telejornal local. Por meio de oficinas dialógicas buscou-se o desenvolvimento de estratégias proporcionassem a abordagem das doenças negligenciadas e seu contexto de modo reflexivo. No material é retratado o processo de desenvolvimento das atividades das oficinas realizadas no Acre e no Rio de Janeiro.

Referência:

ASSIS, S. S.; BADARÓ, J.; MENDES, M.; ARAUJO-JORGE, T. C. **Comunicação, Ciência e Saúde 2 - Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento.** Com Ciência e Arte no Ensino LITEB/IOC/Fiocruz, Rio de Janeiro, 8p, 2017.

Com Ciência e Arte no ensino

2

Comunicação,
Ciência e Saúde

Doenças
negligenciadas em
oficinas de Imagem
em movimento

Sheila Soares de Assis
Juraniir Badaró
Marcelo Mendes
Tania C. de Araújo-Jorge

ATIVIDADES

Atividade 1:

Produzindo o roteiro

Atividade 2:

Fotografia em movimento: desenvolvendo o *stop-motion*

Atividade 3:

Proposta de um telejornal local

Apresentação

Um convite → para que você educador experimente realizar atividades para tratar do tema **das doenças negligenciadas**. Esse é um tema de grande importância no mundo inteiro, inclusive no Brasil. Doenças como dengue, leishmanioses, malária, tuberculose, hanseníase, parasitoses intestinais, anemias carenciais, febre reumática, esquistossomose, doença de Chagas e leptospirose acometem predominantemente populações de regiões pobres e extremamente pobres, perpetuando o ciclo da pobreza. A contenção das doenças negligenciadas está entre as ações envolvidas em diversos planos governamentais. Nesse sentido, o componente educativo precisa estar presente.

A proposta → este material reúne três atividades que envolvem **arte e ciência** para abordar o tema das doenças negligenciadas. Por meio de oficinas buscamos a interação entre as pessoas em grupos de 25 a 50 pessoas que são subdivididos, mas variações são possíveis.

Oficinas Dialógicas, para poder conversar → com foco nas perguntas, e protagonismos dos participantes nas conversas, possibilitando surpresas e descobertas

Com Ciência e Arte, no Ensino → a série "Com Ciência na escola" já existe desde 1998, e os cursos de Ciência e Arte do LITEB-IOC existem desde 2000. Em 2014 iniciamos a série "Com Ciência e Arte na escola", ampliada agora para "Com Ciência e Arte no ensino", para atingir também espaços não formais de ensino, como são as unidades básicas de saúde, as associações comunitárias e outros espaços do movimento social. Desejamos a todos bastante aprendizado, de forma lúdica, divertida, sempre acompanhada da precisão e correção que a ciência nos pede!

Preparativos

1- Para realizar as 3 atividades propostas será necessário preparar previamente o material para trabalhar com os participantes. O mediador da oficina poderá preparar diretamente o material, ou orientar as pessoas a prepararem e trazerem para a sala.

2- Canetas coloridas, lápis de cor, tesoura, folha A4.

3- Câmera fotográfica ou celular para registro das cenas – para fotografia.

4- Webcam, câmera fotográfica ou celular com câmera – para filmagem

5- Relógio/cronômetro para controle do tempo pelo mediador

○ **Dinâmica/roteiro da Oficina: Comunicação, Ciência e Saúde**
Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento

Três horas totais, é desejável que se tenha no máximo 5 grupos de até 10 pessoas por grupo.

Passo 1 - 60 minutos: Atividade 1: Produzindo o roteiro

○ **Passo 2 – 60 minutos:** Atividade 2: Fotografia em movimento: desenvolvendo o *stop-motion*

Passo 3 - 60 minutos: Atividade 3: Proposta de um telejornal local



Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento 3

Atividade 1 – Produzindo o roteiro

Sugestão de como fazer:

1- A turma precisa ser subdividida em grupos de 5 a 10 pessoas.

2- Para a construção do roteiro recomendamos que sejam considerados os seguintes passos:

✓ **Sobre o que vamos falar?**

Nesta fase indicamos que cada grupo determine o tema que trabalhará.

✓ **O que vamos apresentar?**

Nesta etapa o grupo decidirá o enredo que o roteiro terá. A forma de apresentação. Se terá personagens. Se sim, quais serão? Haverá mais de um cenário?

✓ **O que vamos precisar?**

Sugerimos que nessa fase o grupo avalie o que será necessário para a construção do projeto. É desejável planejar se será preciso dividir as tarefas na para a execução da atividade planejada.

O que é um roteiro?

É um guia para orientar a história que será contada.



Fonte: <https://pixabay.com/pt/d%C3%A1rio-nota-caderno-%C3%A1pis-o%C3%A1gina-1974724/>

Atividade 2 – Fotografia em movimento: produzindo stop-motion

- 1- A turma precisa ser subdividida em grupos de 5 a 10 pessoas.
- 2- Sugerimos que cada grupo escolha um tema para tratar e desenvolva seu roteiro específico.
- 3- Recomendamos que sejam desenhadas uma sequencia de figuras ilustrando o conteúdo do roteiro. As imagens podem ser coloridas e ilustrar situações, movimentos demonstrar relações. É importante que se tenha diversas imagens para determinar as cenas e que as imagens não estejam todas alocadas na mesma folha. Uma folha de fundo, como "cenário", pode ajudar, permitindo o deslocamento de personagens na cena.
- 4- De posse das imagens é preciso colocá-las em um local plano como, por exemplo, uma mesa para que se fotografe cada cena. Quanto maior o número de cenas, melhor para a animação. Indicamos que se tenha no mínimo 18 imagens.
- 5- Após fotografar as imagens é importante colocá-las em ordem. Através de um programa de produção de vídeo como, por exemplo, o Movie Maker é interessante editar o vídeo de animação.

Dica: Ao invés de fazer desenhos sequenciais é possível também montar a animação a partir de objetos como bonecos e através de modelos obtidos a partir de recorte e colagem. O importante é manter uma sequencia de cenas que expressem a noção de movimento.

Dica: Ajustar o período de transição das imagens para que seja possível compreender a imagem/plano, e também que a passagem alcancem o menor tempo possível. É importante que o vídeo seja dinâmico. Nesta fase, pode-se adicionar som, se desejar.



5 Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento

Atividade 3 - Proposta de um telejornal local

1- A turma precisa ser subdividida em grupos de 5 a 10 pessoas.

2- Sugerimos que cada grupo escolha um tema do qual tratará e desenvolva um roteiro para sua reportagem. Nesta proposta os temas devem abordar questões referentes as doenças negligenciadas, ao contexto social, de saúde ou outro tema de interesse do grupo participante.

3- É importante que o grupo eleja coletivamente um apresentador para o telejornal.

4- Aconselhamos que em um papel cada grupo registre uma chamada (título) para sua reportagem. O apresentador do telejornal utilizará estes tópicos para fazer a chamada das reportagens ao longo da gravação. As reportagens podem ser gravadas como esquetes.

4- O mediador deverá se encarregar da gravação do telejornal. O apresentador deve se posicionar, se apresentar e chamar as reportagens que serão conduzidas pelos grupos.

5- Após a gravação de todas as reportagens é possível editá-las através de um programa de produção de vídeo como, por exemplo, o Movie Maker. Nesta fase, pode-se adicionar som e os créditos se desejar.

Acesso rápido pelo YouTube do vídeo produzido no Acre

https://youtu.be/J_Ui37vvBcY

Acesso rápido pelo YouTube do vídeo produzido no Rio de Janeiro

<https://youtu.be/99lafFI-cQk>



Algumas questões propostas para discussão:

1. Há arte nas produções jornalísticas? E no desenvolvimento de animações?
2. É possível discutir a realidade através das imagens?



Outras possibilidades

Caminhos e possibilidades de expansão da estratégia de ensino com oficinas dialógicas

Outras possibilidades para a produção de vídeos:

- Para editar os vídeos sugerimos:
 - Edição de vídeos pelo YouTube;
 - Virtual Dub
 - Wax
- Para do download de áudios a serem utilizados nos vídeos recomendamos:
 - Music for creators:
<https://www.youtube.com/channel/UCfwXVYfPFiMlzadS4ow80GA>
 - Audio Library – No Copyright Music:
<https://www.youtube.com/channel/UChT8qITGkBVXKsR1ByIn-wA>

Agora é você quem sugere as ferramentas:

-
-
-

Dicas:

Procurar letras de músicas de seu interesse para edição de vídeos pode ser muito divertido e se tornar uma atividade específica a ser realizada pelos participantes da oficina para posterior apresentação ao grupo.

É importante buscar sempre canais que disponibilizam sons livres de direitos autorais.

Preparando cada oficina

Para desenvolver essa experiência será necessário ter no espaço educativo:

- 1- **Papel, canetas, tesoura e lápis de cor** → indicamos aqui uma proposta de animação e caminhos para ampliação dessa coleção.
- 2- As **câmera fotográfica, celular ou webcam**: são utilizadas para o registro das atividades..
- 3- Para a edição dos vídeos: **computador, smartphone ou tablet**.

Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento 7

Para concluir

A série de fascículos “Com Ciência e Arte no Ensino[®]” é uma publicação do Setor de Inovações Educacionais do Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB) do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

Dá continuidade à coleção “Com Ciência na Escola[®]”, e inaugura a coletânea de propostas “Comunicação, Ciência e Saúde”, desenvolvida na tese de Doutorado de Sheila Soares de Assis, em 2017. A linha de pesquisa em Ciência e Arte se articula com formação continuada de professores nos Cursos de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde do IOC (mestrado, doutorado e especialização) e com uma disciplina específica anual.

Destinados a professores e educadores em geral, os fascículos se dispõem a auxiliar o desenvolvimento de oficinas e experimentos participativos e interativos em salas de aula, ateliês e laboratórios nas escolas e outros ambientes de ensino não formal. Apresentamos sugestões de atividades que trabalhem com as ferramentas de estímulo à criatividade comuns ao desenvolvimento da comunicação e da ciência: observar, imaginar, abstrair, reconhecer e formar padrões, fazer analogias, pensar com o corpo, ter empatia, pensar de modo dimensional, criar modelos, brincar, transformar, sintetizar conhecer e reconhecer o ambiente que nos cerca. A série busca promover o diálogo entre a ciência e a arte, reforçando o conceito “cienciarte”. Convidamos alunos e professores a participar desse diálogo para descobrir e compreender, de maneira simples e lúdica, maravilhas da cultura e da natureza. Os fascículos poderão servir como guia para atividades; porém, mais importante do que segui-los à risca, é criar condições para que a pesquisa científica aconteça de maneira agradável, livre e criativa.

Imagens: todas as imagens utilizadas nesta coleção são de acesso legal e gratuito no site www.publicdomainpictures.net, ou foram produzidas por profissionais e estudantes da Fiocruz, quando associamos o respectivo crédito em sua lateral.


fale conosco: email: comciencia@ioc.fiocruz.br

Expediente:

Editores: Tania C. Araújo-Jorge, Cláudia M.L. Coutinho e Marcus Vinicius C. Matraca;
Projeto gráfico: Heloisa Diniz – Serviço de produção e Tratamento de Imagem/IOC;
Gráfica: WalPrint Gráfica e Editora Ltda., Rio de Janeiro, **Tiragem:** 1000 exemplares

Esse material poderá ser reproduzido para fins educativos assegurando-se a citação:
 ASSIS, S. S.; BADARÓ, J.; MENDES, M.; ARAUJO-JORGE, T. C. Comunicação, Ciência e Saúde 2 - Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento . Com Ciência e Arte no Ensino[®] LITEB/IOC/Fiocruz, Rio de Janeiro, 8p, 2017

Instituto Oswaldo Cruz
 Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

8 Doenças negligenciadas em oficinas de Imagem em movimento

III.1.1.9 NOTA TÉCNICA: Nota Técnica – LITEB IOC 01/2017
Recomendações para a abordagem das doenças negligenciadas no Ensino:
Base Curricular Nacional Comum e Programa Saúde na Escola (PSE)

Contexto: O documento foi produzido a partir da leitura das propostas curriculares estaduais e documentos referentes as doenças negligenciadas no cenário nacional. A partir da análise documental são propostas iniciativas e recomendações a serem empregadas em diversos níveis, incluindo o âmbito do ensino, a fim de minimizar o cenário das doenças negligenciadas. O documento integra um dos requisitos exigidos aos projetos inclusos na parceria estratégica entre a Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O documento foi encaminhado à direção do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) e aguarda publicação.

Referência:

ASSIS, S. S.; ARAUJO-JORGE, T. C. Nota Técnica – LITEB IOC 01/2017
Recomendações para a abordagem das doenças negligenciadas no Ensino:
Base Curricular Nacional Comum e Programa Saúde na Escola (PSE)
(aguardando publicação).

Nota Técnica

Recomendações para a abordagem das doenças negligenciadas no Ensino: Base Nacional Curricular Comum e Programa Saúde na Escola (PSE)

Sheila Soares de Assis¹; Tania Cremonini de Araújo-Jorge¹

1- Laboratório de Inovações, Terapias, Ensino e Bioprodutos, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz / RJ

APRESENTAÇÃO

Esta nota técnica apresenta recomendações direcionadas ao Ministério da Educação, ao Ministério da Saúde, ao Ministério do Desenvolvimento Social e às diversas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, em relação ao tema das doenças negligenciadas no âmbito do ensino e no Programa Saúde na Escola (PSE). As recomendações surgem naturalmente a partir da análise de documentos oficiais recolhidos em sítios internet dos governos federal e estaduais, realizadas no âmbito de uma Tese de Doutorado da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A Fiocruz é uma instituição que historicamente empreende esforços para mitigação de agravos que assolam a população brasileira e na construção de ações que consolidem os pressupostos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011 a Fiocruz firmou uma parceria estratégica com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), para delinear soluções ou reduzir os efeitos dos temas pautados pelo Plano Brasil sem Miséria (BSM) por meio de conhecimento gerado em teses de doutorado e projetos de pós-doutorado. Esta nota técnica se insere neste contexto.

SITUAÇÃO DAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NO BRASIL E SUA RELAÇÃO COM A DISCUSSÃO CURRICULAR DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Segundo relatório recentemente publicado pelo Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o cenário social e econômico atual do Brasil e no mundo é de transformação. Cerca de 70 milhões de pessoas saíram da situação de pobreza na região da América Latina e do Caribe. Tal redução da desigualdade é devido aos esforços coordenados que visam à ampliação das políticas sociais (VAKIS, RIGOLINI e LUCCHETTI, 2015). Contudo, uma parcela da população continua imersa em uma situação de vulnerabilidade que as deixa suscetíveis às doenças associadas à estas condições, O Quadro 1 sumariza o contexto das doenças negligenciadas no Brasil.

Quadro 1: Doenças negligenciadas e sua situação no Brasil (janeiro de 2016).

Doença (fonte/referência)	Situação (número de casos, distribuição e observações)
Dengue ⁽⁶⁾	1.587.080 casos prováveis em 2015. Presente em todo o país
Febre pelo vírus Zika ^(3;6)	1,5 milhões de pessoas foram afetadas e 3.500 casos de microcefalia relacionados (estimativas). Presente em 19 estados brasileiros.
Febre Chikungunya ⁽⁶⁾	17.765 casos notificados em 2015
Doença de Chagas ⁽¹⁷⁾	1.156.821 pessoas no Brasil afetadas pela doença de Chagas, nas formas aguda e crônica (dados de 2010)
Malária ⁽¹³⁾	143.910 casos confirmados em 2014
Esquistossomose ⁽⁷⁾	25 milhões de pessoas vivem em área de risco
Leishmanioses ^(8;9;10)	18.226 de Leishmaniose tegumentar e 3.253 casos de Leishmaniose visceral em 2013, sendo 231 óbitos relacionados à esta última.
Tuberculose ⁽¹⁴⁾	67.790 novos casos confirmados em 2015.
Hanseníase ⁽¹⁵⁾	28.761 casos detectados positivos em 2015, sendo 2.113 referente a jovens com menos de 15 anos.
Sífilis ⁽¹⁶⁾	33.365 casos confirmados em gestantes e 19.928 de sífilis congênita, somente em 2015.
Febre reumática ⁽²⁾	30.000 novos casos/ano são estimados, sendo que 15.000 podem evoluir para o acometimento cardíaco. Responsável por alta incidência de morbidade e internações, principalmente de crianças e jovens, sobretudo no Nordeste
Oncocercose ⁽¹²⁾	Encontra-se em fase de pré-eliminação. Não há registro de casos novos no país entre os anos de 2000 a 2012, mas há uma proporção de portadores assintomáticos de microfilárias na pele (4% em 2012).
Filariose ⁽⁴⁾	30.000 infectados no ano de 2007 (estimativas)
Tracoma ⁽¹²⁾	Prevalência média de 5%, equivalente a 8.420 casos, entre os anos de 2002 a 2008 em todas as regiões do país. Em populações indígenas dos estados de Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Roraima e Amazonas verificou-se 3.637 casos de Tracoma, entre os anos de 2000 a 2008.
Geohelmintoses ⁽¹²⁾	Prevalência de 2 a 36% em municípios de IDH baixos. Registro de uma média de 563 óbitos no período de 1996 a 2009.
Parasitoses intestinais ⁽¹⁹⁾	9 milhões de crianças em idade escolar devem estar infectadas segundo as estimativas disponíveis.
Anemias carenciais ⁽²⁰⁾	Prevalência da anemia ferropriva de 50% em crianças, 20% em adolescentes e de 15% a 30% em gestantes.

Embora tenham sido empregados esforços pelo governo federal visando minimizar as desigualdades e ampliar a qualidade de vida da população nos últimos anos, as doenças negligenciadas permanecem a desafiar as políticas de saúde no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reporta que aproximadamente um bilhão de pessoas são acometidas por doenças consideradas negligenciadas em todo mundo. Devido à suas condições de surgimento e perpetuação, o enfrentamento do cenário de desigualdade promove de forma direta a redução da incidência dessas doenças (OMS, 2015).

SITUAÇÃO DAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NOS DOCUMENTOS OFICIAIS CURRICULARES E DO PSE

No contexto escolar brasileiro os temas relacionados à saúde têm maior interface com a(s) disciplina(s) relativa(s) às Ciências da Natureza. Analisamos 24 propostas curriculares estaduais de Ciências obtidas diretamente dos sítios internet das Secretarias Estaduais de Educação ou enviadas por seus gestores após contato e busca ativa, de agosto de 2013 a março de 2015. O documento mais antigo datava de 2008 e os três mais recentes de 2014. De 2009 foram colhidos 3 documentos, 4 de 2010, 1 de 2011, 2 de 2012 e 4 de 2013. Seis documentos não apresentavam data de produção do documento, não permitindo, assim, inferir se as demandas indicadas ao professor e as informações que as acompanha são atuais ou não.

Apenas uma única matriz curricular mencionava o PSE como a possibilidade de articulação de uma estratégia intersetorial, do estado da Paraíba, 2014. Tal inserção é de extrema importância, pois deixa claro para a equipe pedagógica (docentes e corpo administrativo) a existência do Programa, seus princípios e possibilidades de colaboração entre o conteúdo curricular e as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Além de apresentar o PSE, este documento indicava o desenvolvimento de ações articuladas no espaço escolar considerando as doenças negligenciadas.

Ao tratar da saúde como componente curricular, de modo geral as propostas curriculares dão ênfase à saúde sexual e reprodutiva, corpo humano e/ou indicam concepções contraditórias, ao citar que o conteúdo deve se relacionar com o contexto social dos alunos e da comunidade escolar. Porém, *mencionam a promoção da saúde como sinônimo de prevenção de doenças.* Somente oito das 24 propostas curriculares analisadas abordavam as doenças negligenciadas (Quadro 2), seja especificando os agravos ou reportando de forma genérica o termo “doenças negligenciadas”. Isso indica que *a temática das doenças da pobreza não é indicada de forma ampla* e, quando isso ocorre, comumente percebe-se a tendência para uma abordagem que se restringe aos condicionantes biológicos, excluindo-se outros determinantes.

Dada a emergência do tema e seu lugar dentro das prioridades do Plano Brasil sem Miséria (BSM), neste documento fazemos recomendações com o objetivo de fortalecer as práticas educativas sobre o tema das doenças negligenciadas no contexto escolar, resultando no fortalecimento das ações para sua mitigação.

Quadro 2: Doenças Negligenciadas reportadas nas propostas curriculares analisadas.

Doenças abordadas*	Região	Estado
Nenhuma	Norte	Acre, Amapá, Rondônia, Roraima Tocantins,
Nenhuma	Nordeste	Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco,
AIDS*		Piauí
Indica o termo “doenças negligenciadas de forma genérica”.		Paraíba
Leptospirose, Dengue; Doença de Chagas, Malária e Leishmaniose; AIDS*, Hepatite A*		Sergipe
Nenhuma	Centro-oeste	Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso
Dengue, Doença de Chagas, Leishmanioses, Leptospirose*, AIDS *		Mato Grosso do Sul
Dengue e Cólera	Sudeste	Rio de Janeiro
Nenhuma		Espírito Santo, Minas Gerais
Leishmaniose, Doença de Chagas e Malária, Esquistossomose, Filariose e Ascariidíase		São Paulo
Nenhuma	Sul	Paraná
AIDS*		Santa Catarina
Dengue e AIDS*		Rio Grande do Sul

* Algumas doenças citadas não são consideradas doenças negligenciadas, mas infecciosas também afetadas pelas condições de pobreza (AIDS, Hepatite A, Leptospirose). Hanseníase e Tuberculose não foram citadas.

Atualmente, foi aprovado no Brasil a versão final da base nacional comum curricular (BNCC). Após a aprovação da BNCC pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), o documento orientará a elaboração das propostas curriculares que serão utilizadas nas 190 mil escolas da Educação Básica do país. Na versão final divulgada, é reforçado um ideal manifesto nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). É expresso como um de seus objetivos o fomento da autonomia na preservação da saúde individual, coletiva e ambiental (BRASIL, 2017). Ao mesmo tempo, é reportada a preocupação de que os conteúdos formais sejam cada vez mais contextualizados com a realidade dos alunos, e se estruturarem de maneira interdisciplinar (BRASIL, 2017).

Em suma, (i) o tema das doenças negligenciadas não é encontrado de forma ampla nas propostas curriculares, (ii) o conceito de saúde-doença é tratado de forma restrita aos fatores biológicos, (iii) há pouca ou nenhuma articulação dos conteúdos escolares dentro de uma mesma disciplina e entre as diferentes matérias que compõem o ensino fundamental e (iv) não há relação e possibilidade de articulação do ensino de Ciências com ações intersetoriais que seriam complementares aos seus conteúdos.

O presente estudo também analisou 59 documentos relativos ao PSE, coletados no mesmo período. A coleta se deu através da consulta direta aos sites do Ministério da Saúde (29 documentos coletados), Ministério da Educação (13 documentos coletados), Ministério do Desenvolvimento Social (4 documentos coletados), Portal do Departamento de Assistência Básica (11 documentos coletados) e Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (2 documentos coletados). Através do levantamento foi possível realizar um diagnóstico documental sobre o que tem sido produzido e divulgado no meio digital em relação ao PSE.

No que diz respeito ao material coletado, 26 dos 59 arquivos se referiam a documentos técnicos. Neles estavam apresentadas orientações para gestores municipais e estaduais sobre questões orçamentárias e burocráticas do PSE ou para indicar aos profissionais executores das ações do programa os procedimentos a serem adotados a fim de satisfazer os objetivos propostos. *A partir do ano de 2014 as doenças negligenciadas passaram oficialmente a integrar os componentes do PSE* (BRASIL, 2014). Isso correspondeu à uma demanda a nível internacional que ressalta a importância das estratégias intersetoriais envolvendo o espaço escolar para a abordagem do tema (OPAS, 2009; OMS, 2015).

As ações do PSE são desenvolvidas sob dois eixos de componentes: (I) avaliação clínica e psicossocial e (II) a promoção e prevenção da saúde. As doenças negligenciadas passaram a integrar o eixo I do PSE, *como se não fossem prioritárias as ações de prevenção e promoção da saúde*. O importante documento de 2014 reporta que as ações envolvendo o tema devem ser dirigidas ao ensino fundamental, ensino médio e EJA e suas atividades não são essenciais (BRASIL, 2014). Pela indicação contida no documento, o PSE deveria se centrar no monitoramento de possíveis sinais de doenças negligenciadas mais prevalentes na região de atuação da equipe de saúde, sendo as operações restritas a periodicidade de uma vez por ano. Em suma, *o componente educativo é suprimido*. Uma observação importante refere-se ao fato de que *o conceito sobre doenças negligenciadas*

não é apresentado no documento, o que leva a incompreensões já verificadas em entrevistas realizadas com gestores municipais do programa.

Em síntese, (i) são ausentes iniciativas de formação permanente dos profissionais de saúde do PSE, educadores e gestores do PSE; (ii) há limitação do tema das doenças negligenciadas ao eixo I do PSE; (iii) há ausência de materiais educativos abordando as doenças negligenciadas no contexto do PSE; (iv) há ausência de integração dos programas de controle das diferentes doenças negligenciadas.

RECOMENDAÇÕES AOS ÓRGÃOS PÚBLICOS RELACIONADOS À EDUCAÇÃO, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

- a) **Incluir o tema das doenças negligenciadas nos currículos de Ciências, e preferencialmente na Base Nacional Curricular Comum:** torna-se emergencial a inclusão das doenças negligenciadas de maior ocorrência no Brasil na base nacional curricular comum. É relevante sinalizar a necessidade quanto à discussão deste grupo de doenças e seu contexto é um passo importante para a superação do cenário atual. *Essa nova dimensão da negligência reside essencialmente na ausência dessas doenças na agenda que converge os campos da saúde, educação, comunicação, desenvolvimento tecnológico, econômico, entre outros. Deste modo, é urgente essa discussão, crucial para alteração deste contexto e para o fortalecimento de um dos grandes pilares do ensino de Ciências, o exercício da cidadania de forma autônoma.*

b) Intensificar a presença do conceito ampliado de saúde-doença que permeia a

problemática das doenças negligenciadas: Tradicionalmente o ensino de Ciências tem baseado os conceitos de saúde e doença como um fenômeno puramente biológico. Mesmo quando em seus referenciais dizem o contrário, em suas indicações práticas sobre saúde e doença, incluindo as negligenciadas, indicam uma abordagem curricular que focaliza unicamente aspectos técnicos sobre o corpo, ciclos de vida e fatores biológicos sem que haja preocupação sobre a articulação dos temas da disciplina de Ciências com outras que compõem o ensino básico. Assim, os agravos à saúde, sobretudo aqueles negligenciados, acabam sendo atribuídos de forma irrestrita a fatores puramente biológicos. *É necessária a indicação de abordagem ampla que contemple também os determinantes socioeconômicos destas doenças (renda, moradia, educação, ambiente, saneamento entre outros) e que estimulem a valorização da cultura local sobre estes temas.* É importante buscar um diálogo do saber científico escolar com popular. Sinalizamos, nesse sentido, a necessidade de difusão de práticas baseadas na educação popular em saúde e práticas educativas baseadas na construção compartilhada de saberes, a fim de se valorizar a cultura local e buscar soluções plausíveis para problemas encontrados nos diversos territórios.

c) Promover a articulação entre os conteúdos escolares e a interdisciplinaridade: a

inserção de novos tópicos em saúde deve buscar se articular com pontos similares abordados anteriormente no percurso curricular, para demonstrar a interdependência dos condicionantes que envolvem a promoção da saúde, a ocorrência e perpetuação das doenças negligenciadas, e a autonomia para a tomada de decisões, bem como outros que compõem o ensino de Ciências. Esses condicionantes não ocorrem ao acaso. Para tal, indicamos o estímulo à produção e divulgação de materiais educativos que proponham uma discussão interdisciplinar sobre o tema das doenças negligenciadas.

d) Promover o ensino de Ciências como espaço de fortalecimento das estratégias

intersetoriais: A reversão da atual conjuntura das doenças negligenciadas exige a estruturação e fortalecimento das ações intersetoriais que abordem suas vertentes. Dentre as políticas que atuam no âmbito escolar, o Programa Saúde na Escola tem se sobressaído. O programa passou a ser universal (mas não obrigatório) desde 2013. Ou seja, todos os municípios brasileiros *podem aderir*, bem como os diversos níveis da Educação Básica. Contudo, o setor da Saúde tem detido quase que unicamente a responsabilidade por sua execução e a Educação tem atuado como coadjuvante no processo. Tendo as Ciências da Natureza como principal ator na abordagem dos processos de saúde-doença e de promoção da saúde na escola, este espaço se caracteriza como figura essencial para o fortalecimento das ações do PSE e sensibilização dos demais campos do currículo para a parceria, em especial as Artes e as Ciências Humanas. Portanto, é importante *reforçar o indicativo de colaboração com o PSE na abordagem do tema das doenças negligenciadas, promoção da saúde, processo saúde-doença e de outros temas de interesse para a comunidade local.*

e) Promover ações estratégicas de formação permanente para os profissionais de

saúde, educadores e gestores do PSE: a Política de Educação Permanente em Saúde, com ações em serviço, constitui em um marco de extrema relevância para a consolidação dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a construção de um serviço equânime. Assim sendo, no que se refere às doenças negligenciadas, é essencial que sejam ofertadas ações constantes que visem à formação dos profissionais nos temas relativos às doenças negligenciadas mais prevalentes em seus territórios de atuação, especialmente aos profissionais com potencial de atuação no PSE. O objetivo deve se centrar principalmente no reconhecimento da territorialidade, intersetorialidade, objetivos e finalidades que constituem o PSE, promoção de ações participativas e doenças negligenciadas. Para tal recomendamos *o desenvolvimento de ações com este fim no âmbito da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e seus parceiros, bem como a adoção da estratégia de oficinas dialógicas envolvendo profissionais de saúde, educação e desenvolvimento social em cursos presenciais.* É necessário destacar a importância da abordagem sobre as doenças negligenciadas em seus conteúdos técnicos e também no componente pedagógico, para sustentar estratégias educativas que superem a verticalização frequentemente encontrada nessas ações.

f) Alterar a política do PSE incluindo o tema das doenças negligenciadas no seu “eixo

II - promoção da saúde e prevenção de agravos”: As estratégias educativas são reconhecidamente ações importantes para o controle e prevenção de agravos, e no âmbito das doenças negligenciadas isso não é diferente. Tendo em vista o caráter intersetorial do PSE e a emergência de se tratar a questão no nível educativo destaca-se a *necessidade de que as doenças negligenciadas sejam incluídas também no eixo II dos componentes do programa*. Para o enfrentamento efetivo das doenças negligenciadas, organismos internacionais e pesquisas acadêmicas têm apontado que é necessário se priorizar não somente o diagnóstico e a terapia medicamentosa associada ao tratamento dos agravos. *É fundamental oferecer subsídios para que o público, incluindo aqueles integrantes do PSE, possa fazer escolhas condizentes com a preservação da saúde individual e coletiva*. Além do mais, as ações educativas são de suma importância para que os indivíduos tenham ciência sobre os procedimentos e tratamentos a que são submetidos e que as medidas indicadas não se estabelecem no vácuo, mas apresentam uma justificativa, que, por sua vez, estas podem dialogar com o seu cotidiano.

g) Produzir materiais educativos para o PSE abordando as doenças negligenciadas:

os materiais educativos, impressos ou audiovisuais, são importantes componentes nos processos educativos. Esses recursos possuem o potencial de auxiliar os profissionais de educação e saúde nas estratégias junto ao público do PSE. Dada sua escassez no contexto atual, torna-se emergencial a *necessidade de produção de materiais com enfoque nas doenças negligenciadas e seu contexto*. Além disso, é imperativo que sejam *disseminadas estratégias para sua produção de forma compartilhada com profissionais de saúde, educação e público do PSE, observando a produção de processos comunicativos horizontais, respeito ao saber local, reconhecimento da heterogeneidade do público, atualização dos conteúdos técnicos e descentralização da produção*.

h) Promover a integração do controle das doenças negligenciadas por meio do PSE:

diversas doenças negligenciadas coexistem em determinadas regiões. Contudo, muitas possuem agendas específicas e isoladas. *Visando maximização do controle e prevenção desses agravos recomendamos a integração das ações desses programas por meio do PSE.* Além disso, essa conexão é capaz de promover o fortalecimento das atividades, bem como proporcionar subsídios para a identificação de agravos cujas informações sejam escassas e dificultem, assim, o delineamento de um plano de ação intersetorial eficiente para sua prevenção e controle.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO-JORGE, T. C. **Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das Doenças da Pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil.** Nota técnica institucional 1/2011/IOC/Fiocruz/Diretoria – quarta versão revisada, 2011.
2. BARBOSA, J. P. et al. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n3 (supl. 4), 2009.
3. BELLUZ, J.; ZARRACINA, J.; MOORE, M. Zika virus, explained in 6 charts and maps. **Vox Science & Health**, 2016. Disponível em: <http://www.vox.com/2016/1/20/10795562/zika-virus-cdc-mosquitoes-birth-defects>. Acesso realizado em: 21 de janeiro de 2016.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_filariose_linfatica.pdf. Acesso realizado em: 04 de novembro de 2015.
5. BRASIL. Departamento de Assistência Básica. **Componente 1: PSE.** Brasília: DAB, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/concurso_pse_tabela_componente1.pdf. Acesso realizado em: 24 de fevereiro de 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** - Monitoramento dos casos de dengue, febre de Chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016. em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/15/svs2016-be003-dengue-se52.pdf>. Acesso realizado em: 21 de janeiro de 2016.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Esquistossomose**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/656-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/esquistossomose/11244-situacao-epidemiologica-dados>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2013**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LT-Casos.pdf>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Casos confirmados de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2013**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LV-Casos.pdf>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 2000-2013**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LV---bitos.pdf>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Oncocercose- situação epidemiológica – dados**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/732-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/oncocercose/11407-situacao-epidemiologica-dados>. Acesso realizado em: 29 de setembro de 2015.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf. Acesso realizado em: 29 de setembro de 2015.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Malária. Resumo epidemiológico nacional mensal – Ano 2014**. Disponível em: <http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb?evt=2048001&documentID=AC2B0F5041CEE8C671FA39D5337A697&server=srvbipdf03&project=DMMalaria&uid=convidado&pwd=datusus&hiddensections=header,path,dockTop,dockLeft,footer>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Série histórica do número de casos novos de tuberculose: Brasil, regiões e unidades federadas de residência por ano diagnóstico (1990 a 2015)**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Casos-novos-tuberculose-1990-2015-base-MAIO-2016.pdf>. Acesso realizado em: 12 de janeiro de 2017.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase-Brasil 2000 - 2015**, Brasil, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/Indicadores-epidemiol--gicos-e-operacionais-de-hansen--ase-2000-a-2015.pdf>. Acesso realizado em: 12 de janeiro de 2017.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Sífilis 2016**. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/31/2016_030_Sifilis-publicacao2.pdf. Acesso realizado em: 12 de janeiro de 2017.
17. II CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. especial, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v25nspe./2237-9622-ress-25-esp-00007.pdf>. Acesso realizado em: 12 de janeiro de 2017.
18. BRASIL, Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília: Ministério da Educação, 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_publicacao.pdf. Acesso realizado em 25 de abril de 2017.
19. CHAMMARTIN, F. *et al.* Spatio-temporal distribution of soil-transmitted helminth infections in Brazil. **Parasites & Vectors**, v. 7, n. 440, 2014.
20. FABIAN, C. *et al.* Prevalência de anemia e fatores associados em mulheres adultas residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, 2007.
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases: third WHO report on neglected tropical diseases**. Genebra: WHO, 2015.
22. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza**. 2009. Disponível em:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=900&Itemid=828. Acesso realizado em: 11 de abril de 2015.

23.VAKIS, R., RIGOLINI, J., LUCCHETTI, L. **Los Olvidados, Pobreza crónica en América Latina y el Caribe**. Washington, DC: BIRD. 2015.

IV. CAPÍTULO IV

Nesta seção será apresentada uma discussão integrada dos resultados apresentados no capítulo anterior. Inicialmente, tecemos considerações gerais do trabalho; em seguida, refletimos sobre as estratégias educativas desenvolvidas ao longo da execução do trabalho de pesquisa que originou esta tese; logo após explanamos a relevância da Nota Técnica no atual contexto desta produção acadêmica; e por fim, apresentamos as perspectivas futuras e desdobramentos do estudo.

IV.1.1 DISCUSSÃO

IV.1.1.1 Considerações gerais sobre o trabalho

O desafio a que nos propusemos nesta tese foi refletir sobre a interseção entre o Programa Saúde na Escola, o plano Brasil sem Miséria e o contexto das doenças negligenciadas no âmbito de um programa de pós-graduação localizado em um dos maiores centros de pesquisa sobre saúde do Brasil e do mundo. A emergência produzida pelos agravos endêmicos que afetam a população mundial tem demandado estudos locais que possam ampliar a compreensão dos motivos sobre a incidência crescente de uma série de agravos e dos fatores, sociais, econômicos e culturais envolvidos em sua permanência.

Nesse sentido, as estratégias voltadas para a contenção dos agravos conhecidos como “doenças negligenciadas” precisam ser ressaltadas. É nesse contexto que a presente tese se insere ao propor o estabelecimento de um panorama geral sobre as políticas públicas PSE e BSM, e como estas se inter cruzam com as propostas de controle e prevenção das doenças negligenciadas. Além disso, dada a importância do espaço escolar, em especial da disciplina de Ciências, no que se refere à abordagem da saúde e ao processo saúde-doença, as propostas curriculares foram valorizadas em nossa análise. O exame deste material estabeleceu considerações relevantes sobre como o tema das doenças negligenciadas está sendo abordado nas salas de aulas das escolas públicas estaduais de diferentes estados brasileiros.

Uma primeira dificuldade enfrentada foi a falta de referência direta a estudos que inter cruzassem as três dimensões tratadas no estudo: PSE, BSM e doenças negligenciadas.

Dada as características multidimensionais das doenças negligenciadas, alguns estudos desenvolvidos ao redor do mundo convergem quanto à questão destes agravos em termos da relevância de se tratar também os diversos determinantes sociais em saúde.

Gazzinelli *et al* (2012), ao traçarem uma agenda de pesquisa para a abordagem de doenças infecciosas provenientes de helmintos estabeleceram a relação entre a incidência desses agravos com os determinantes sociais (pobreza, política, estigma, cultura e migração) e ambientais (ambiente doméstico, desenvolvimento de recursos hídricos e mudanças climáticas). Os autores alertam para a incidência e prevalência das doenças helmínticas junto a populações pobres e para o fato de que, embora a redução da desigualdade social esteja diretamente ligada às políticas públicas eficientes, há uma escassez de estudos que se centram em avaliar as políticas governamentais sobre as desigualdades sociais.

Alerta semelhante sobre a relação “pobreza *versus* doença negligenciada” é realizado por Perera *et al.* (2007) no estudo em que buscaram compreender, qualitativamente, como a filariose linfática impacta a vida de pessoas afetadas por este agravo. Os autores ressaltam o ciclo da pobreza que retroalimenta o contexto das doenças negligenciadas. Entretanto, é importante retomar a amplitude que cerca o conceito de pobreza já discutido no capítulo 1 desta tese.

Acrescentamos aos argumentos já apresentados a noção indicada por Franco-Paredes e Preciado-Santos (2011) de que a pobreza transcende o aspecto econômico e é um fator que aniquila as oportunidades e liberdades de escolha. Assim, caracterizada sua natureza como multifacetada, sua superação só se dará por meio de estratégias que visem à equidade social. Nesse sentido, políticas de saneamento básico, urbanização e educação são fundamentais para superação do cenário das doenças negligenciadas (MENDES, LOPES e TOYOSHIMA, 2011).

Houweling *et al.* (2016) e Yadav *et al.* (2014) indicam que poucos estudos empíricos tratam de fato sobre a relação entre as doenças negligenciadas e os determinantes sociais e econômicos. Nesse sentido, Houweling *et al.* (2016) realizaram uma revisão bibliográfica que revelou que a baixa escolarização, associada a condições econômicas desfavoráveis, convergem para maiores números de incidência e prevalência das doenças negligenciadas.

Já o estudo realizado por Yadav *et al.* (2014) não demonstrou uma relação direta entre a ocorrência da malária e nível de escolaridade. Assim, evidencia-se que a incidência e a prevalência das doenças negligenciadas estejam relacionadas aos mais diversos fatores. Embora o componente educativo figure como elemento essencial para a tomada de decisão em prol da saúde individual e coletiva, outros aspectos devem ser observados, inclusive elementos simbólicos (WHO, 2005). Ou seja, a translação do conhecimento apresenta-se como um desafio frente às questões de saúde (WHO, 2005).

Outro fator a ser ponderado é a produção acadêmica voltada a traçar o paralelo “doenças negligenciadas- determinantes sociais e econômicos”. Estes parecem ainda escassos nas bases de artigos científicos. Assim, para se obter resultados mais conclusivos sobre o impacto direto dos determinantes sociais, políticas públicas e doenças negligenciadas é necessária uma sensibilização maior da comunidade acadêmica para a questão e consequente aumento das investigações que considerem estes aspectos (HOUWELING *et al.*, 2016).

Através da análise documental realizada nesta tese, com base em documentos de diversas fontes, identificamos os pontos que merecem atenção para que as estratégias em prol de um cenário mais equânime socialmente se tornem efetivas de fato, tendo em vista que os documentos analisados balizam as práticas executadas no âmbito das políticas públicas analisadas: (1) necessidade de integração entre os profissionais (2) clareza na concepção das funções do espaço escolar.; (3) caráter de integralidade nas ações sobre a saúde; (4) valorização na formação e experiência dos profissionais na ponta (professores, profissionais de saúde e de gestão); (5) ausência de componentes educativos nas propostas e práticas de saúde estudadas; (6) currículos dissociados de propostas de ação práticas integradas, com foco ainda “biologicista”; (7) dissociação entre as demandas verticalizadas federais e estaduais e a capacidade executiva dos gestores, com ausência de canais de diálogos e de formação adequada;

Dentre os resultados do trabalho, destaca-se a necessidade de integração entre os profissionais de ambas as áreas, profissionais de saúde e professores. Deste modo, é urgente que haja maior envolvimento dos professores nas ações do PSE e que os documentos do programa estejam alinhados com aqueles da área da educação. É imperativo que o espaço escolar não seja visto apenas como um local para intervenções médicas, mas sim um local para exercício da cidadania, desenvolvimento da autonomia e prática social.

A partir das análises dos documentos constatamos que as ações desenvolvidas no âmbito do PSE se apresentam como híbridas, por vezes abordando os sujeitos de modo integral, e outras vezes com ações centradas ao nível biomédico, ou mesmo fazendo uso do modelo de campanhas. O cunho campanhista adotado pelo PSE é apontado em alguns momentos da análise dos documentos e é coerente com os achados de Nakagawa (2013) que investigou as ações de controle da dengue em escolas de Ceilândia-DF. Segundo a autora, as ações de controle da dengue são disseminadas pelo PSE com transmissão massiva de informações e de forma periódica. Outra característica que contribui para um distanciamento do PSE de uma política que se aproxima da promoção da saúde é a responsabilização dos indivíduos por sua condição de saúde, identificado em trechos de materiais da área da saúde que visam o engajamento popular.

Outro estudo interessante foi produzido por Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015) que sinaliza para a culpabilização dos profissionais de saúde sobre o sucesso ou insucesso da estratégia. Segundo os autores, ao invés de se colocar em cheque os profissionais é necessário levar em conta a sua conjuntura de trabalho. É importante ressaltar que mesmo havendo falhas identificáveis, o PSE representa um avanço nas ações de promoção da saúde ao buscar uma abordagem da saúde mais próxima com uma visão holística, conforme nossos presentes resultados corroboram. Tal como verificamos na análise documental, a universalização do programa, bem como a acessibilidade assegurada pela estratégia, são pontos valiosos do PSE e que contribuem para o fortalecimento de uma política equânime no que se refere à saúde e sua promoção (CARVALHO, 2012).

Já as propostas do BSM buscam integração com diferentes programas e estratégias governamentais. Contudo, os documentos parecem partir do pressuposto de que os diferentes profissionais que viabilizariam as ações do programa já estariam naturalmente aptos para o exercício da intersetorialidade. As propostas em sua maioria são superficiais e não orientam a fundo o desenvolvimento dos processos que envolvem parcerias entre os setores. Em relação às doenças negligenciadas, chama a atenção a gama de documentos técnicos tais como manuais. Estes documentos, quando observados isoladamente, centram-se exclusivamente no repasse de informações e procedimentos técnicos a serem adotados deixando um vácuo no que se refere às práticas educativas e à compreensão da saúde como algo mais amplo que o aspecto biológico.

Nos currículos de Ciências, em sua maioria, há prevalência do modelo que credita a saúde como sendo condicionada exclusivamente a fatores biológicos. O tema das doenças negligenciadas apresentou-se como relevante em poucos exemplares analisados e observou-se o centralismo de algumas doenças em relação a outras como a AIDS.

A interlocução com os gestores do PSE reportou os aspectos que ampliam a complexidade do gerenciamento do programa. É imprescindível que seja dada atenção à formação específica dos profissionais que atuam no âmbito do PSE, tanto a nível de gestão quanto da execução das ações. É necessária cautela na alternância de temas propostos para o programa e a ausência de diálogo entre as diferentes esferas governamentais. Embora os documentos do PSE se caracterizassem como contraditórios no que se refere à questão da promoção da saúde e à perspectiva de saúde, na prática, os profissionais parecem se esforçar para transcender a questão estritamente biomédica e destinar as ações para uma atenção integral aos estudantes.

IV.1.1.2 Considerações sobre as estratégias educativas ensaiadas no trabalho: oficinas dialógicas e materiais educativos

Em estudos anteriores, foi discutida a relevância de materiais jornalísticos junto às estratégias educativas realizada por professores e profissionais de saúde. Tais materiais exercem até um papel formativo para os docentes na ausência de recursos destinados a este fim (ASSIS, PIMENTA e SCHALL, 2013; FRANÇA, 2011). Soma-se a este fato, a ausência de relatos no que se refere às estratégias que busquem uma reflexão crítica sobre o tema das doenças negligenciadas. É relevante ainda ressaltar o indicativo presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais de Ciência Naturais para a utilização de diferentes gêneros textuais e recursos diversificados no âmbito do ensino formal, inclusive para a abordagem de doenças de relevância nacional (BRASIL, 1998).

Nesse sentido, a estratégia que desenvolvemos e testamos por meio da oficina dialógica fazendo uso de reportagens jornalísticas atende à essa necessidade, ao propor uma discussão mais ampla sobre a saúde e as doenças negligenciadas. A proposta horizontalizada propicia a troca de experiências, fortalece a criticidade e o exercício da cidadania. Segundo os participantes das oficinas, a atividade pode ser replicada em espaços diversificados e é flexível a diversos temas de interesse.

Além disso, cabe-nos ressaltar que o trabalho em grupo propicia o desenvolvimento de processos de formação de normas, estimula o sentimento de pertencimento entre os

indivíduos, aperfeiçoa a comunicação entre os participantes, promove a cooperação e a divisão de tarefas (AFONSO, VIEIRA-SILVA e ABADE, 2009). Atividades realizadas em grupo privilegiam a criação e a reconstrução de significados. Destacamos também que através desse processo questões são vivenciadas e ressignificadas por meio da troca de informações (AFONSO, VIEIRA-SILVA e ABADE, 2009).

Em resumo, ao tratar de questões que mobilizam uma série de sentimentos e envolvem um conjunto de determinantes como o tema das doenças negligenciadas, as atividades promovidas em formato de oficinas dialógicas e estruturadas com participantes em grupos valorizam não somente o conhecimento científico. Os participantes com suas vivências e leitura do mundo figuram como elementos essenciais no processo.

No entanto, não podemos nos omitir ao fato de que estamos na chamada “era da informação” ou “era do conhecimento” (FREIRE FILHO e LEMOS, 2008; LASTRES e ALBAGLI, 1999). A ampliação do acesso às tecnologias da informação e comunicação proporcionaram uma expansão na acessibilidade da população, incluindo profissionais dos mais diversos campos, a informações que lhe sejam úteis. Em decorrência deste fenômeno, na última década, houve aumento do número de pessoas, incluindo profissionais de saúde, que acessam a rede mundial de computadores em busca de informações gerais sobre a saúde, sobre doenças e formas de prevenção (HIGGINS *et al.*, 2011). Contudo, a credibilidade do que está disponível na *web* pode ser questionada e em boa parte desse processo se caracteriza com um trabalho solitário onde não há uma interação direta e presencial do usuário com outros pares.

Frente à dificuldade de credibilidade dos conteúdos disponíveis na *web*, organizações como a Fundação Oswaldo Cruz tem se ocupado na produção e disponibilização de diferentes recursos com a qualidade científica da informação oferecida e ao mesmo tempo disponibilizados com acesso livre. Podem ser citados como exemplo os vídeos “*Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* – Uma Ameaça aos Trópicos” e o “O mundo Macro e Micro do Mosquito *Aedes aegypti*”. Outro exemplo é o conjunto de vídeoaulas ‘*Aedes aegypti* – Introdução aos Aspectos Científicos do Vetor’ (disponível em www.ioc.fiocruz.br/auladengue).

Cabe-nos ressaltar que mesmo com os avanços tecnológicos que permitem o rápido acesso à informação e o constante investimento de organizações públicas na disseminação de informações confiáveis sobre o tema das doenças negligenciadas, estratégias educativas como oficinas não devem ser suprimidas. Pelo contrário é necessário um esforço para que seja extraído o potencial tanto de uma quanto de outra estratégia. Foi nesse sentido que as oficinas realizadas ao longo da pesquisa que culminou nesta tese se centraram. Buscamos conciliar nas oficinas matérias jornalísticas, cujo a população em geral facilmente tem acesso, através da *web* ou da televisão, em conjunto com estratégias de trabalho em grupo. Ou seja, a estratégia educativa estabelecida não visou unicamente ao repasse de informação, mas sim a algo mais profundo e participativo, onde os sujeitos envolvidos são de fato atores ao longo do processo.

Ao longo do período preparatório das oficinas, observamos que há uma escassez de recursos que tratem o componente educativo no contexto das doenças negligenciadas. Em uma busca rápida, realizada no dia 02 de janeiro de 2017, no portal UNASUS¹⁸ encontramos 28 cursos com inscrições abertas destinados aos mais diversos profissionais de saúde. Desses 28 cursos, seis são referentes a agravos que são inclusos no grupo de doenças negligenciadas. São elas: dengue, chikungunya, zika, tuberculose e hanseníase. Porém o componente educativo não é uma pauta presente nos cursos. Esses centram-se principalmente em discutir o diagnóstico e tratamento das doenças. Logo, é possível observar o pouco destaque atribuído às doenças negligenciadas nos processos formativos ofertados aos profissionais dos serviços de saúde. Soma-se a este fato a não identificação de cursos ou qualquer estratégia formativa voltada para profissionais que atuem no âmbito do PSE, grupo ao qual este estudo buscou interlocução.

¹⁸ Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/cursos>.

Diante disso, é urgente a necessidade de difusão de estratégias que busquem o aprimoramento das práticas que visam à formação de profissionais em serviço. A educação à distância tem despontado como uma estratégia crescente na área da educação nas últimas décadas. Contudo, é necessário estar atento a algumas fragilidades já identificadas sobre esta modalidade de ensino. Um dos principais desafios a ser enfrentado nesse contexto é o isolamento dos participantes que resulta em evasão. Uma possível solução para esta questão compreende as propostas semipresenciais, onde os participantes podem contar com a flexibilização dos horários assegurando pela educação à distância, bem como com encontros presenciais que podem ser enriquecidos com atividades dialógicas, semelhantes às que propusemos aqui nesta tese.

Além do mais, é importante considerar que é necessário valorizar as estratégias que se valham de uma produção compartilhada. Portanto, o desenvolvimento dos materiais resultantes das oficinas (animações do tipo *stop motion* e telejornal) valem não só como momento de reflexão sobre a realidade na qual os participantes estão inseridos, mas também como um material produzido por eles e que podem ser empregados nas estratégias educativas que esses conduzem junto à população.

Estratégias educativas envolvendo materiais de origem midiática têm alcançado cada vez mais espaço dentro do campo de Educação em Ciência e Ensino de Ciências. Diório e Rôças (2013) destacam o potencial pedagógico das revistas de divulgação científica para tratar temas diversos na sala de aula promovendo a alfabetização científica. Já Cezar e Vargas (2012), ao fazerem uso de revistas femininas juvenis para discutir questões inerentes à sexualidade e gênero, abordam o potencial de mediação sociocultural que marca estas publicações. As autoras alertam também para a necessidade de formação específica para o professor não somente utilizar estes recursos na sala de aula de forma mais frequente, mas também que este profissional possa tratar sobre temas de interesse do grupo com propriedade (CEZAR e VARGAS, 2012). Deste modo, os recursos midiáticos se caracterizam como um campo fértil e com grande potencial para ampliar discussões sobre temas de interesse, dentre os quais a questão das doenças negligenciadas como fizemos ao longo das oficinas produzidas e descritas nessa tese.

Durante a execução da estratégia identificamos como ponto a ser aperfeiçoado a escolha dos vídeos fomentadores da roda de discussão. Devido à limitação temporal não foi possível integrar os participantes da oficina nesta etapa. Assim, os vídeos que motivaram as discussões foram previamente escolhidos pela mediadora da oficina. Contudo, este indicativo foi reportado no protótipo 1 resultante da oficina, também incluídos em um repositório específico para essa finalidade.

Ao propor estratégias que integrassem os fascículos da série “Com Ciência e Arte no Ensino”, incorporamos o pressuposto de que a associação dos campos Ciência e Arte possui o potencial de promover uma formação holística. Logo, a fusão de Ciência e Arte apresenta-se como campo integrador e fecundo para o surgimento de estratégias que busquem a reflexão sobre doenças negligenciadas e seu contexto. Seguindo esta linha, Barros (2014), em um dos fascículos de “Com Ciência e Arte na Escola” que integra sua tese de doutorado em Ensino em Biociências e Saúde, propõe a reflexão sobre questões sociais de interesse no contexto das “Expedições Fiocruz pelo Brasil Sem Miséria”: Deste modo, as oficinas aqui propostas reforçam o potencial do campo e a possibilidade de seu emprego de forma mais efetiva nas atividades educativas implementadas para controle dos agravos em questão neste trabalho.

Os fascículos produzidos e expostos nessa tese contribuem para a minimização de uma lacuna no que se refere a estratégias educativas participativas sobre o tema das doenças negligenciadas. A proposta não esgota o debate para o assunto, mas incentiva a proposição de estratégias dialógicas e criativas sobre o tema por meio dos dois protótipos produzidos. Das três doenças negligenciadas abordadas no material educativo 1, malária, dengue e leishmanioses, a referência ao controle do *Aedes aegypti* é particularmente importante, uma vez que o vetor pode transmitir quatro arboviroses com potencial letal (dengue, zika, chikungunya e febre amarela) e acomete todos os estados brasileiros, exigindo, assim, estratégias de educação em saúde que possam ser aplicadas nacionalmente.

Em levantamento realizado por Pires (2014), na plataforma “Portal do Professor”¹⁹, em busca de materiais disponibilizados sobre doenças negligenciadas, foram identificados 95 itens referentes à dengue. Contudo, chama-nos a atenção nos resultados reportados pelo autor, sobre a dengue, o fato de ser nulo recursos/materiais que se enquadrassem na categoria “cursos e materiais”. Essa categoria refere-se a endereço de sites sobre os programas de capacitação do MEC entre outras instituições e materiais de estudo como, por exemplo, apostilas, estratégias pedagógicas e outros destinados especificamente ao professor e sua formação (PIRES, 2014).

É preocupante o fato de não haver uma formação específica, sobre o componente educativo, destinada para formadores (profissionais de saúde e professores) em um país como o Brasil, onde várias doenças negligenciadas, por exemplo, a dengue, assolam a população anualmente. Frente às questões ressaltadas nesta seção, reforçamos a necessidade de desenvolvimento de estratégias que associem a tecnologia disponível atualmente em conjunto com atividades presenciais que valorizam o sentimento de pertencimento desperto por meio de atividades em grupo das oficinas dialógicas. Deste modo, as estratégias semipresenciais podem se configurar como um importante recurso para superar a ausência de formação específica destinada aos profissionais de saúde e professores, principalmente em relação ao componente educativo sempre presente em suas práticas, mas negligenciados no âmbito das políticas públicas.

IV.1.1.3 Expectativas de diálogo da Academia com os Serviços através da Nota Técnica

Nota técnica é um documento desenvolvido em um órgão público e que possui como objetivo analisar, constatar e expor de forma técnica determinado assunto. Quando relevante, a nota técnica pode propor soluções ou encaminhamentos para lacunas ou problemas identificados (ANAC, 2011).

¹⁹ O portal do Professor refere-se a um portal desenvolvido em 2007, em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia. Nele são socializados via internet conteúdos e recursos de interesse docente. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/index.html>.

No âmbito do Programa Fiocruz-BSM, a produção de notas técnicas tem papel fundamental no sentido de apresentar orientações e encaminhamentos práticos para questões de relevância para a superação da pobreza e enfrentamento dos diversos cenários que a retroalimentam. Sua produção está prevista no convênio firmado entre a Fiocruz e o MDS.

Nesse sentido, um dos produtos gerados por esta tese referiu-se a uma série de orientações para as estratégias de controle das doenças negligenciadas a serem empregadas no âmbito do ensino formal e do PSE. As orientações foram elaboradas tomando por base a análise documental realizada e são direcionadas às Secretarias de Educação e de Saúde que implementam o PSE e aos Ministério da Educação, Ministério da Saúde e MDS (atual Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário), bem como a outros possíveis órgãos de interesse. A relevância do documento reside no fato de que o tema das doenças negligenciadas não pode ser omitido tanto na esfera de ensino formal quanto nas ações desencadeadas pelo PSE.

IV.1.1.4 Perspectivas e desdobramentos

Os resultados alcançados até aqui elucidam importantes questões a serem consideradas no âmbito do PSE, BSM e das ações que envolvem as doenças negligenciadas. No entanto, estamos longe de esgotar o tema. Deste modo, a presente tese agrega contribuições para uma melhor estruturação das estratégias e atende aos requisitos propostos aos trabalhos que se inserem no Convênio Fiocruz-CAPES – BSM.

A partir deste estudo, novas indagações surgem principalmente no que se refere às percepções e recepção da população das áreas prioritárias atendidas pelo BSM, especialmente o público escolar, sobre as propostas que englobam o tema das doenças negligenciadas em seu escopo e a relevância do PSE para este grupo. Consideramos ainda como possibilidade para estudos futuros o desenvolvimento de estratégias de ensino na modalidade semipresencial envolvendo o uso de tecnologia e encontros presenciais com oficinas dialógicas.

Como proposta relevante a ser considerada em estudos futuros inclui-se a possibilidade de desenvolvimento de estratégias formativas sobre o tema das doenças negligenciadas e a atuação no âmbito do PSE. Cursos de extensão para processos de formação continuada, tratados nas Secretarias de Educação e de Saúde como “capacitações” diversas, poderão derivar de nossos estudos. Além disso, o campo da integração entre Ciência e Arte é promissor, dada a sua potencialidade de agregar processos criativos, cooperativos e reflexivos (BARROS, 2014; CAMPOS, 2009; SAWADA, 2014).

Cabe ainda como perspectiva a avaliação da atividade educativa proposta, em contextos de vulnerabilidade em que as doenças negligenciadas estejam presentes. Desse modo será possível superar uma limitação atual de nosso trabalho que consiste em não incluir a avaliação como objetivo específico, uma vez que o tempo de desenvolvimento do doutorado seria insuficiente para tal.

Em tempo, sinaliza-se a importância de estudos de casos cujo protagonistas sejam municípios pactuados pelo BSM e investigações empíricas que relacionem as doenças negligenciadas, o PSE e estratégias de educação popular desenvolvidas em diferentes espaços de ensino.

IV.1.2 CONCLUSÕES FINAIS

Em síntese, mostramos que:

- A abordagem de doenças negligenciadas nos currículos escolares expressa mais uma dimensão da negligência com que o tema é tratado nas políticas públicas: pouca ou nenhuma visibilidade ou estratégias de apresentação nas ações educacionais
- A intersetorialidade, apesar de proclamada e defendida, ainda é um grande desafio, inclusive no que se refere ao diálogo entre documentos que orientam políticas públicas, como as três que estudamos: PSE, BSM e controle de doenças negligenciadas. Os documentos analisados pouco dialogam entre si, se centram em pontos técnicos e pouco valorizam as orientações sobre os aspectos educativos.
- Os gestores do PSE reforçam a falta de integração entre as áreas e percebem a importância da abordagem das doenças negligenciadas, reconhecendo lacuna nesse aspecto, e compreendem a promoção da saúde como uma premissa importante para as ações realizadas pelo programa.
- Oficinas dialógicas são estratégias importantes para o trabalho educacional intersetorial com temas complexos como as doenças negligenciadas.
- Os materiais educacionais elaborados podem ser aplicados em diferentes contextos e se apresentam de modo aberto, para que educadores nos diferentes campos possam se apropriar das abordagens propostas e desenvolver suas próprias experiências, em seu próprio contexto.
- O diálogo entre a geração de conhecimentos na academia e o setor de serviços públicos precisa ser intensificado por meio de instrumentos de sínteses, proposições e recomendações, objetivos que tentamos alcançar com a produção da Nota Técnica encartada nesta tese.

Por fim, consideramos alcançado o objetivo geral da tese que promoveu um diagnóstico dos documentos de referência sobre o PSE, as doenças negligenciadas e o BSM e propor uma estratégia educativa sobre as doenças negligenciadas em áreas trabalhadas pelo BSM.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS (ABC). **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. Disponível em: <www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>. Acesso realizado em: 14 de outubro de 2011.

ADELEYE, O. A.; OFILI, A. N. Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles? **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2010, 2010.

AFONSO, M. L. M. **Oficinas e dinâmicas de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Campo Social, 2003.

AFONSO, M. L. M. VIEIRA-SILVA, M.; ABADE, F. L. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 4, 2009.

AGENCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL (ANAC). Procedimentos para produção de nota técnica no âmbito da Superintendência de infraestrutura aeroportuária, 2011. Disponível em: <<http://www2.anac.gov.br/biblioteca/MPI/MPR-006.pdf>>. Acesso realizado em: 05 de dezembro de 2016.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n.4, 2006.

ARAÚJO-JORGE, T. C. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. **Expedições de Educação e Ciência para o Brasil sem Miséria: Formação continuada na educação básica para a saúde e cidadania**. Projeto Especial submetido à presidência da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), 2012.

ARAÚJO-JORGE, T. C.; MATRACA, M.; MORAES NETO, A.; TRAJANO, V.; D'ANDREA, P.; FONSECA, A. Doenças Negligenciadas, erradicação da pobreza e o Plano Brasil sem Miséria. In: Campello, T.; Falcão, T.; Costa, P. V. **O Brasil sem Miséria**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014.

ASSIS, S. S. **Análise de livros didáticos, materiais impressos e das percepções e práticas dos professores e profissionais de saúde: subsídios para a estratégia integrada de prevenção e controle da dengue**. 2012. 239f. Dissertação (mestrado em Ensino em Biociências e Saúde). Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

ASSIS, S. S.; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. Conhecimento e práticas educativas sobre dengue: a perspectiva de professores e profissionais de saúde. **Ensaio – Pesquisa em Educação em Ciências**, Belo Horizonte, v. 15, n.1, 2013.

BARBOSA, J. P.; MULLER, R. E.; BRAGA, A. L. L.; ACHUTTI, A. C.; RAMOS, A. I. O.; WEKSLER, C.; MOTA, C. C. C.; SANTOS, C. C. L.; SÁ, D. T. M.; SILVA, D. L. M.; GONÇALVES, H. A. T.; AFIUNE, J. Y.; BARBOSA, M. M.; KISS, M. H. B.; TORRES, R. P. A.; CÂMARA, E. J. N.; COSTA, G. B.; GUILHERME, L.; KUSCHNIR, M. C. C.; MENEZES, M. C.; RAMOS, R. F.; BORGES, F. M. S.; BERTOLETTI, J. C.; SARAIVA, L. C. R.; HILÁRIO, M. O. E.; SOUZA, P. G.; OLIVEIRA, S. K. F. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n3 (supl. 4), 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, I. F.; XIMENES, A. A.; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet** [online], p.47-59, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>. Acesso realizado em: 19 de agosto de 2012.

BARROS, M. D. M. **O uso da música popular brasileira como estratégia para o ensino de Ciências**. 2014. 224f. Tese (Doutorado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em

Ensino em Biociências e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de Saúde. In: Fonseca, A. F.; Corbo, A. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BELLUZ, J.; ZARRACINA, J.; MOORE, M. Zika virus, explained in 6 charts and maps. **Vox Science and Health**, 2016. Disponível em: <http://www.vox.com/2016/1/20/10795562/zika-virus-cdc-mosquitoes-birth-defects>. Acesso realizado em: 21 de janeiro de 2016.

BIRGIT, N.; CHARLES, S.; KIHARA, J. H.; OKOYO, C.; CANO, J.; MWANJE, M. T.; SULTANI, H.; ALUSALA, D.; TURNER, H. C.; TETI, C.; GARN, J.; FREEMAN, M. C.; ALLEN, E.; ANDERSON, R. M.; PULLAN, R. L.; NJENGA, S. M.; BROOKER, S. J. Understanding Heterogeneity in the Impact of National Neglected Tropical Disease Control Programmes: Evidence from School-Based Deworming in Kenya. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 9, n. 9, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Educação, 1974. **Parecer n. 2.264/74 - Ensino (1º e 2º Graus). Educação da Saúde**. Programas de Saúde. Documenta, Brasília, v. 165, p.63-81, 1974.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Ciências Naturais – Terceiro e Quarto ciclos do Ensino Fundamental**. Brasília, 1998.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578:programa-saude-nas-escolas&catid=194:secad-educacao-continuada> Acesso realizado em: 26 de março de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_filariose_linfatica.pdf. Acesso realizado em: 04 de novembro de 2015.

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

BRASIL. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 11, 2010.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011**. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm. Acesso realizado em: 14 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf. Acesso realizado em: 15 de agosto de 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jul/11/portaria-interministerial-no-1-413-de-10-de-julho>>. Acesso realizado em: 26 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola 2013: Passo a passo**. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_adesao_semana_saude_escola.pdf. Acesso realizado em: 19 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Malária. **Resumo epidemiológico nacional mensal** – Ano 2014a. Disponível em: <http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb?evt=2048001&documentID=AC2B0F5041CEE8C671FA39D5337A697&server=srvbipdf03&project=DMMalaria&uid=convidado&pwd=datusus&hiddensections=header,path,dockTop,dockLeft,footer>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2013**, 2014b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LT-Casos.pdf>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Casos confirmados de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2013**, 2014c. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LV-Casos.pdf>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 2000-2013**, 2014d. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LV---bitos.pdf>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro ativo: número e percentual, Casos novos de Hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil**, 2014e. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/27/Dados-2014---final.pdf>. Acesso realizado em: 29 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Plano Brasil sem Miséria**. 2014f. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria>. Acesso realizado em: 15 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). **Brasil sem Miséria: superação da extrema pobreza foi acompanhada de maior acesso a serviços e inclusão produtiva**. 2014g. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2014/junho/brasil->

[sem-miseria-superacao-da-extrema-pobreza-foi-acompanhada-de-maior-acesso-a-servicos-e-inclusao-produtiva](#). Acesso realizado em: 15 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola 2014**: Passo a passo. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2014h. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passopassoadesaoPSE2014.pdf>. Acesso realizado em: 19 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Esquistossomose**, 2015a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/656-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/esquistossomose/11244-situacao-epidemiologica-dados>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série histórica do número de casos novos de tuberculose: Brasil, regiões e unidades federadas de residência por ano diagnóstico (1990 a 2014)**, 2015b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/24/Casos-novos-tuberculose-1990-2014-base-jun-2015.pdf>. Acesso realizado em: 28 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN Web**, 2015c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso realizado em: 29 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** - Monitoramento dos casos de dengue, febre de Chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016a. em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/15/svs2016-be003-dengue-se52.pdf>. Acesso realizado em: 21 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. SVS – Doença de Chagas, 2016b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-de-chagas>. Acesso realizado em: 22 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Institucional. Disponível em: <http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/institucional>>. Acesso realizado em: 20 de novembro de 2016.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope, C.; Mays, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 21 – 31.

BUSS, P. M.; PELEGRINE FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPELLO, T. Bolsa Família – Dez anos de contribuição para as políticas sociais. In: Campello, T.; Neri, M. C. **Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: IPEA, 2013. p. 11 – 25.

CAMPELLO, T. **Desenvolvimento, inclusão social e intersetorialidade**: do orçamento participativo ao Brasil sem Miséria. 2017. 234f. Memorial descritivo (Notório Saber em Políticas Públicas em Saúde) Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2017.

CAMPOS, M. V. **Alegria para a saúde: a arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único de Saúde**. 2009. 167f. Tese (Doutorado em Ciências) Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CARNEIRO, A. C. L. L.; SOUZA, V.; GODINHO, L. K.; FARIA, I. C. M.; SILVA, K. L.; GAZZINELLI, M. F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 2, 2012.

CARVALHO, F. F. B. **A saúde na escola e a Promoção da Saúde**: conhecendo a dinâmica intersetorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu – RJ. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CAVALCANTE, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, 2015.

CEZAR, B. R. R.; VARGAS, E. P. A construção do corpo e da sexualidade nas revistas para adolescentes: possibilidades de uso no ensino. In: Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente, 2012, Niterói. **Anais do III Encontro Nacional de**

Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente. Niterói: Universidade Federal Fluminense. 2012.

CHAMMARTIN, F.; GUIMARÃES, L. H.; SCHOLTER, R. G. C.; BAVIA, M. E.; UTZINGER, J.; VOUNATSOU, P. Spatio-temporal distribution of soil-transmitted helminth infections in Brazil. **Parasites & Vectors** , v. 7, n. 440, 2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências.** 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 43-58.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde;** 6-12 de setembro 1978. Alma-Ata: USSR. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso realizado em: 3 de março de 2016.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DIÓRIO, A. P. I.; RÔÇAS, G. As mídias como ferramenta pedagógica para o Ensino de Ciências: uma experiência na formação de professores de nível médio. **Revista Práxis**, v. 5, nº 10, 2013.

DRUGS FOR NEGLECTED DISEASES INITIATIVE (DNDi). **Drugs for Neglected Diseases initiative** (DNDi) [on line]. Disponível em: <http://www.dndi.org/>. Acesso realizado em: 4 de agosto de 2014.

DRUGS FOR NEGLECTED DISEASES INITIATIVE (DNDi América Latina). **Drugs for Neglected Diseases initiative** (DNDi) [on line]. Disponível em: <http://www.dndial.org/index.php>. Acesso realizado em: 4 de agosto de 2014.

DUBOIS, A.; ST-PIERRE, L.; VERAS, M. a scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 10, 2015.

FABIAN, C.; OLINTO, M. T. A.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; BAIROS, F.; NÁCUL, L. C. Prevalência de anemia e fatores associados em mulheres adultas residentes em São

Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, 2007.

FAVRE, T.; PEREIRA, A. P. B.; GALVÃO, A. F.; ZANI, L. C.; BARBOSA, C. S.; PIERI, O. S. A Rationale for Schistosomiasis Control in Elementary Schools of the Rainforest Zone of Pernambuco, Brazil. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 3, n. 3, 2009.

FERREIRA, I. R. C.; VOSGERAL, D. S. R.; MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS TI. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8359>. Acesso realizado em: 13 de outubro de 2011.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 397- 402, 2010.

FOOT-WHYTE, W. Treinando a observação participante. In: Zaluar, A. (Org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980. p. 77-86.

FRANÇA, V. H. **As Leishmanioses em escolas do ensino básico de Divinópolis, MG**: análise de livros didáticos de ciências e biologia e das representações sociais de professores sobre o tema. 2011. 217f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2011.

FRANCO-PAREDES, C; PRECIADO-SANTOS, J. I. Freedom, Justice, and Neglected Tropical Diseases. **Plos - Neglected Tropical**, v. 5, n. 8, 2011.

FREIRE FILHO, J.; LEMOS, J. F. Imperativos de conduta juvenil no século XXI: a “Geração Digital” na mídia impressa brasileira. **Comunicação, mídia e consumo**, v. 5, n. 13, 2008.

GAZZINELLI, A.; CORREIA-OLIVEIRA, R.; YANG, G. J.; BOATIN, B. A.; KLOOS, H. A Research Agenda for Helminth Diseases of Humans: Social Ecology, Environmental Determinants, and Health Systems. **Plos - Neglected Tropical Diseases**, v. 6, n. 4, 2012.

GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade:** a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. 185f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, n.3, p.410-22, 1997.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201 – 201, 2006.

HAN, X.; PENG, M.; HONG, Y.; GAO, M.; JINGJING, L.; YU, B.; HAMBO, W. LI, S. Protection Motivation Theory in Predicting Intention to Engage in Protective Behaviors against Schistosomiasis among Middle School Students in Rural China. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 8, n. 10, 2014.

HIGGINS, O.; SIXSMITH, J.; BARRY, M. M.; DOMEGAN, C. **A literature review on health information-seeking behaviour on the web:** a health consumer and health professional perspective. Stockholm: ECDC; 2011.

HOUWELING, T. A. J.; KARIM-KOS, H. E.; KULIK, M. C.; STOLK, W. A.; HAAGSMA, J. A.; LENK, E. J.; RICHARDUS, J. H.; VLAS, S. J. Socioeconomic Inequalities in Neglected Tropical Diseases: A Systematic Review. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 5, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 15 de agosto de 2014.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ (IOC/Fiocruz-RJ). **Nota técnica nº 1/2011/IOC-Fiocruz/Diretoria**. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_1_2011_IOCatual.pdf. Acesso realizado em: 4 de junho de 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas públicas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2004.

KAFLE, N. P. Hermeneutic phenomenological research method simplified. **Bodhi: An Interdisciplinary Journal**, Kathmandu, v. 5, n. 1, 2011.

KRASILCHIK, M.; MARANDINO, M. **Ensino de ciências e cidadania**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 2007.

LASTRES, H.; ALBAGLI, S. **Informação e globalização na era do conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

LAVERTY, S. M. Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. **International Journal of Qualitative Methods**, Alberta, v. 3, n. 2, 2003.

LESLEY, J. D. et al. Bihar's Pioneering School-Based Deworming Programme: Lessons Learned in Deworming over 17 Million Indian School-Age Children in One Sustainable Campaign. **Plos – Neglected Tropical Diseases**, v. 9, n. 11, 2015.

MACEDO, E. Currículo e competência. In: Lopes, A. C.; Macedo, E. (org.) **Disciplinas e integração curricular: histórias e políticas**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2002. p. 115-144.

MACEDO, E.; LOPES, A. C. A estabilidade do currículo disciplinar: o caso das ciências. In: Lopes, A. C.; Macedo, E. (org.) **Disciplinas e integração curricular: histórias e políticas**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2002. p. 73-94.

MACEDO, E. Parâmetros Curriculares Nacionais: a falácia de seus temas transversais. In: Moreira, A. F. B. (Org.) **Currículo: políticas e práticas**. São Paulo: Papyrus, 2013. p. 43-58.

MACHADO M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAHONEY, R. T; MOREL, C. M. A. Global Health Innovation System (GHIS). **Innovation Strategy Today**, v. 2, n. 1, 2006. Disponível em:

<<http://www.biodevelopments.org/innovation/index.htm>>. Acesso realizado em: 15 de novembro de 2011.

MARANDINO, M.; SELLES, S. E.; FERREIRA, M. S. **Ensino de Biologia: histórias e práticas em diferentes espaços educativos**. São Paulo: Cortez, 2009.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Fatal Imbalance: The Crisis in Research and Development for Drugs for Neglected Diseases**. Access to Essential Medicines Campaign and the Drugs for Neglected Diseases Working Group. Brussels: Médecins Sans Frontières. Geneva: Médicos Sem Fronteiras, 2001.

MENDES, C. S., LOPES, L. S. TOYOSHIMA, S. H. Determinantes Sociais da Leishmaniose Visceral no norte de Minas Gerais. **Revista de Economia e Agronegócio**, v. 9, n 1, 2011.

MENEZES, F.; SANTARELLI, M. **Da Estratégia Fome Zero ao Plano Brasil sem miséria: elementos da seguridade social no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOHR, A. **A natureza da educação em saúde no ensino fundamental e os professores de ciências**. 2002. 410f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

MOHR, A. A educação em saúde na escola: panorama e questionamentos a partir de depoimentos de professores de Ciências de Florianópolis. In: Selles, S. E.; Ferreira, M. S.; Barzano, M. A. L.; Silva, E. P. Q. **Ensino de Biologia: histórias, saberes e práticas formativas**. Uberlândia: EDUFU, 2009. p. 107 – 126.

MOREL, C. M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006.

NAKAGAWA, C. K. **Promoção da saúde nas ações de controle e combate ao dengue nas escolas de Ceilândia**. 2013. 70f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, 2013.

NASCIMENTO, M. S.; PRATA, R. V. Doenças negligenciadas dos livros didáticos de ciências: uma análise a partir das abordagens de saúde. **Ciência em Tela**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2015.

NOGUEIRA–MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NORRIS, J.; ADELMAN, C.; SPANTCHAK, Y.; MARANO, K. **Social and Economic Impact Review on Neglected Tropical Diseases**. London: Hudson Institute; Global Network-Neglected Tropical Diseases, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Os objectivos de desenvolvimento do milénio**. 2000. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/os_objectivos_de_desenvolvimento_do_milenio.pdf. Acesso realizado em: 14 de março de 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio**. New York: ONU, 2014. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>. Acesso realizado em: 14 de março de 2016.

OSÓRIO, R. G.; SOARES, S. S. D.; SOUZA, P. H. G. F. **Erradicar a pobreza extrema: um objetivo ao alcance do Brasil**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1619.pdf. Acesso realizado em: 21 de março de 2016.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet (online)**, 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960054-8/fulltext>>. Acesso realizado em: 19 de agosto de 2012.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, p.331-48, 2004.

PERERA, M.; WHITEHEAD, M.; MOLYNEUX, D.; WEERASOORIYA, M.; GUNATILLEKE, G. Neglected Patients with a Neglected Disease? A Qualitative Study of Lymphatic Filariasis. **Plos - Neglected Tropical Diseases**, 2007. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0000128>. Acesso realizado em: 5 de dezembro de 2016.

PIMENTA, D. N. **Disseminação de informação sobre dengue: o ergodesign no desenvolvimento e avaliação de material multimídia para educação em saúde**. 2008. 317f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2008.

PINHÃO, F.; MARTINS, I. O discurso sobre saúde e ambiente no livro didático de ciências brasileiro. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, v. 11, n 2, 2012. Disponível em: http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen11/REEC_11_2_5_ex595.pdf. Acesso realizado em: 12 de dezembro de 2012.

PIRES, F. E. S. S. **Inovações educacionais para o desenvolvimento do tema de doenças negligenciadas no ensino médio com jogos e oficinas dialógicas**. 2014. 146f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

PIRES, F. E. S. S.; TRAJANO, V.; ARAÚJO-JORGE, T. Identificação dos saberes relacionados as doenças negligenciadas nos livros aprovados pelo Programa Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio (PNLEM 2012) e de estudantes da educação básica. In: ENCONTRO NACIONAL EM PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 2013, Águas de Lindóia. **Anais do XIV Encontro Nacional em Pesquisa em Educação em Ciências**. Águas de Lindóia: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. 2013.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 11 – 21.

POUPART, J.; DESLAURIERS, JP.; GROULX, LH; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos** (tradução). Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PRATA, P. R. The Epidemiologic Transition in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.168-175, 1992.

REIS, D. C. Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli, M. F.; Reis, D. C.; Marques, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 19-24.

ROCHA, H. H. P. Educação escolar e higienização da infância. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 23, n. 59, 2003.

SÁ, D. M. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, 2009.

SANTIAGO, L. M.; RODRIGUES, M. T. P.; OLIVEIRA JUNIOR, A. D.; MOREIRA, T. M. M. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza - CE: atuação de equipe da estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, 2012.

SANTOS, T. T.; MEIRELLES, R. M. S. A abordagem das doenças negligenciadas na educação em saúde: análise das atas dos ENPECs entre 2009 E 2011. In: ENCONTRO NACIONAL EM PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 2013, Águas de Lindóia. **Anais do IX Encontro Nacional em Pesquisa em Educação em Ciências**. Águas de Lindóia: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. 2013.

SAWADA, A. C. M. B. **A disciplina de Ciência e Arte no IOC e a criatividade dos egressos através de seus trabalhos finais**. 2014. 154f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SCHNEIDER, M. C.; AGUILERA, X. P.; SILVA JUNIOR, J. B.; AULT, S. K.; NAJERA, P.; MARTINEZ, J.; REQUEJO, R.; NICHOLLS, R. S.; YADON, Z.; SILVA, J. C.; LEANES, L. F.; PERIAGO, M. R. Elimination of neglected diseases in Latin America and the Caribbean: a mapping of selected diseases. **Plos Neglected Tropical Diseases**, v. 5, n. 2, 2011.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, N. T. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 0, 2007.

SOARES, S.; SOUZA, L.; SILVA, W.; SILVEIRA, F. G.; CAMPOS, A. **Perfil da pobreza**: Norte e Nordeste rurais. Internacional policy centre for inclusive growth. Brasília: ONU, 2016.

SILVA, E. M. **Participação social no Programa Saúde na Escola**: Possibilidades e limites à efetivação da promoção da saúde e educação para cidadania. 2014. 138f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA JUNIOR, A. J. **Programa Saúde na Escola**: limites e possibilidades intersetoriais. 2014. 160f. Dissertação (mestrado em Educação). Instituto de Educação, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2014.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.6, 2000.

THE LANCET. Neglected tropical diseases: becoming less neglected (Editorial). **The Lancet**, v. 383, 2014.

TUSSET, D.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G.; REZENDE, R. Análise das competências em promoção da saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. **Tempus - actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 9, n. 1, 2015.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. In: Campos, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2012. p.681-713.

WINTER, J. D. How to Make the Research Agenda in the Health Sciences Less Distorted. **Theoria**, V. 73, n.1, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Bridging the “Know–Do” Gap Meeting on Knowledge Translation in Global Health**. Genebra: WHO. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Basic Documents**. Forty-fifth edition, Supplement, 2006. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso realizado em: 27 de novembro de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making a Difference 30 Years of Research and Capacity Building in Tropical Diseases**. Genebra: WHO. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report on neglected diseases**. Geneva: WHO Publication, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; SPECIAL PROGRAMME FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES (WHO/TDR). **Making a difference TDR strategic plan 2012 – 2017**. Genebra: WHO/TDR, 2012. Disponível em: http://www.who.int/tdr/publications/strategic_plan/en/. Acesso realizado em: 23 de fevereiro de 2016.

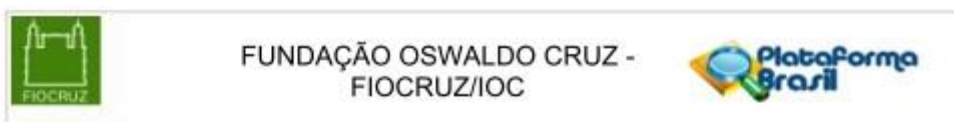
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report on neglected diseases**. Genebra: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ten years in public health 2007-2017**. Genebra:WHO, 2017.

YADAV, K.; DHIMAN, S.; RABHA, B.; SAIKIA, P.; VEER, V. Socio-economic determinants for malária transmission risk in an endemic primary health centre in Assam, India. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 3, n. 19, 2014.

VI. ANEXOS

VI.1.1ANEXO 1: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (IOC/FIOCRUZ)



PROJETO DE PESQUISA

Título: APONTAMENTOS E INTEGRAÇÃO DE CENÁRIOS A PARTIR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): CONTRIBUIÇÕES PARA ESTRATÉGIAS ENVOLVENDO AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E O PLANO BRASIL SEM MISÉRIA.

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 07174612.0.0000.5248

Pesquisador: Sheila Soares de Assis

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/IOC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 114.584

Data da Relatoria: 15/10/2012

Apresentação do Projeto:

Analisar e propor estratégias diferenciadas para as políticas públicas são contribuições fundamentais para a melhoria dos serviços oferecidos a população. A partir da década de 1980 a perspectiva da promoção da saúde tem adquirido cada vez mais espaço. Dentre as políticas públicas que se inserem neste eixo da promoção da saúde encontra-se o Programa Saúde na Escola (PSE), constituído por meio da articulação entre escolas e unidades básicas de saúde. Por sua vez, as chamadas doenças negligenciadas apresentam-se como um desafio, pois ocorrem e prevalecem devido a múltiplos fatores requerendo, assim, ações, inclusive educativas, pautadas na intersectorialidade. Além disso, são fortemente associadas aos determinantes de vulnerabilidade social, especialmente renda, moradia, alimentação, educação e saneamento. O PSE possui o potencial de colaborar para a mitigação destes agravos e foi integrado ao Plano Brasil sem Miséria, no eixo de acesso aos serviços públicos. Contudo, estudos anteriores já evidenciaram algumas lacunas do Programa como, por exemplo, a ausência ou insuficiência de articulação entre os diversos atores. Deste modo, a presente proposta visa responder a seguinte pergunta: É possível elaborar proposta(s) de ensino sobre as doenças negligenciadas, subsidiada(s) pela perspectiva da promoção da saúde, com potencial de favorecer a articulação entre as disciplinas de ciências e biologia e as demais disciplinas do currículo em instituições inclusas no contexto do PSE em localidade priorizada no Plano Brasil sem Miséria? Assim, sob o enfoque qualitativo, a pesquisa se propõe em caracterizar a proposta do PSE com base na perspectiva de promoção da saúde e/ou prevenção indicada em documentos oficiais dos campos da saúde e educação além de promover a articulação entre os diferentes atores constituintes do programa por meio do desenvolvimento compartilhado de estratégias e/ou materiais educativos para a abordagem das doenças negligenciadas. Para a consecução dos objetivos serão empregadas as metodologias de análise de documentos, grupo focal e oficinas em grupos operativos. Espera-se que o estudo contribua para a mitigação da pobreza por meio da prospecção de conhecimentos sobre o PSE e das doenças negligenciadas e também através do desenvolvimento de materiais e/ou estratégias educativas destinadas para a abordagem intersectorial da temática no contexto escolar.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Estratégias educativas elaboradas, por meio de estratégias participativas, em conjunto entre profissionais de saúde e professores do ensino básico embasadas na temática das doenças negligenciadas e na promoção da saúde podem colaborar para a prospecção de conhecimentos sobre

Endereço: Av. Brasil 4036 Sala 705
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 **Fax:** (21)2581-4815 **E-mail:** etica@fiocruz.br



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ -
FIOCRUZ/IOC



a política pública do PSE e a integração dos diversos atores que compõem as esferas da saúde e da educação em regiões acolhidas pelo Plano Brasil sem Miséria.

Objetivo Primário:

Caracterizar a proposta do PSE com base na perspectiva de promoção da saúde e/ou prevenção indicada em documentos oficiais dos campos da saúde e educação além de promover a articulação entre os diferentes atores constituintes do programa por meio do desenvolvimento compartilhado de estratégias e/ou materiais educativos para a abordagem das doenças negligenciadas.

Objetivos específicos:

1) Analisar e caracterizar a perspectiva de Promoção da saúde e/ou Prevenção contida na proposta do PSE e a abordagem das doenças negligenciadas nos documentos oficiais dos campos da Educação, com destaque ao ensino de ciências e biologia, e da Saúde com vistas ao fortalecimento da intersectorialidade e interdisciplinaridade.

2) Investigar a visão dos profissionais de saúde e professores de instituições vinculadas ao PSE em localidades priorizadas no Plano Brasil sem Miséria, sobre a saúde, as ações realizadas pelo programa e as doenças negligenciadas.

3) Elaborar de forma compartilhada, entre profissionais de saúde e professores, estratégias e/ou materiais educativos relacionados à saúde com potencial de emprego nas ações educativas do PSE junto a alunos (6º 9º ano do ensino fundamental e ensino médio) e no ensino formal para abordagem das doenças negligenciadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A execução da proposta não acarretará riscos aos participantes na medida em que as atividades se processarão nas instituições dos envolvidos.

Benefícios:

Espera-se que o desenvolvimento desta proposta contribua para uma melhor compreensão das bases que o PSE vem sendo estruturado, bem a coparticipação do programa para a abordagem das doenças negligenciadas. Além de oferecer subsídios para a estruturação de diretrizes para suas ações que se estabeleçam alinhadas com a proposta curricular das disciplinas do ensino básico. Ao final do projeto almeja-se que o processo de desenvolvimento de materiais e/ou estratégias educativas de modo compartilhado entre profissionais de saúde e professores possa contribuir para uma melhor articulação entre os diferentes atores. A construção de materiais e/ou estratégias educativas de forma compartilhada e após a análise de documentos e explicitação da visão de mundo dos sujeitos investigados será essencial para evitar possíveis distorções entre os recursos educativos e os profissionais que fazem uso destes. Acredita-se que os recursos educativos produzidos ao longo do desenvolvimento do projeto possam ser empregados no ensino formal e em ações do PSE. Assim, após a conclusão da presente proposta esperamos poder redigir uma Nota

Técnica ao MS/MEC-PSE agregando recomendações para nortear a política pública voltada à integração unidades de saúde-escolas. De modo, que a estratégia do PSE não apresente apenas um caráter instrumental para identificação e mitigação de problemas associados à saúde, mas possa de fato por meio da temática central promover a integração entre diferentes cenários. A presente proposta se insere na perspectiva do Plano Brasil Sem

Miséria na medida em que visa contribuir para a prospecção de conhecimentos sobre a política pública do PSE e ao conjunto de doenças consideradas negligenciadas. Resultando na mitigação de agravos que sobrecarregam diversos setores sociais. Propõem-se uma articulação da abordagem de uma temática relacionada à vulnerabilidade social com o PSE que é incluso na agenda de programas do Governo Federal executados a nível municipal.

Endereço: Av. Brasil 4036 Sala 705
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: etica@fiocruz.br



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ -
FIOCRUZ/IOC

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está suficientemente claro em seus propósitos e devidamente fundamentado. É do Grupo III, e, portanto, não necessita de submissão à CONEP antes de ser iniciado. Nessa segunda versão do projeto, a pesquisadora responsável incluiu os documentos solicitados no primeiro parecer.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Protocolo
- Folha de Rosto
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Saúde
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Participante
- Orçamento
- Cronograma
- CV

Recomendações:

Apresentar relatórios parciais (anuais) e relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade indelegável do pesquisador principal.

Qualquer modificação ou emenda ao projeto de pesquisa em pauta deve ser submetida à apreciação do CEP Fiocruz/IOC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP FIOCRUZ/IOC), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer revisado.

Endereço: Av. Brasil 4036 Sala 705
Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: etica@fiocruz.br



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ -
FIOCRUZ/IOC



RIO DE JANEIRO, 03 de Outubro de 2012

Assinado por:
José Henrique da Silva Pilotto
(Coordenador)

Endereço: Av. Brasil 4036 Sala 705
Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: etica@fiocruz.br

VII. APÊNDICES

VII.1.1 APÊNDICE I: CARTA DE SOLICITAÇÃO DOS CURRÍCULOS DE CIÊNCIAS DIRECIONADAS ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS DE EDUCAÇÃO.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Oswaldo Cruz

Lab. de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos - LITEB

Rio de Janeiro, 2 de abril de 2014.

Ilma Sra. Secretária de Educação

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as Doenças infecciosas relacionadas à pobreza acometem mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo anualmente. A tuberculose, dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, geohelmintoses, parasitoses intestinais e anemias carenciais são as principais doenças associadas à pobreza no contexto nacional. A fim de conter este cenário, documentos oficiais tem indicado a importância da abordagem do tema no ensino básico.

No Instituto Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz – RJ) estamos desenvolvendo o projeto intitulado “Apontamentos e integração de cenários a partir do Programa Saúde na Escola (PSE): contribuições para estratégias envolvendo as Doenças Negligenciadas e o Plano Brasil sem Miséria”, para investigar o tema nos currículos do ensino básico e nas ações intersetoriais desenvolvidas pelo PSE. É um projeto de Doutorado associado ao Programa CAPES-Fiocruz Brasil sem Miséria.

Gostaríamos de contar com sua colaboração para o prosseguimento da pesquisa por meio do fornecimento da matriz/proposta curricular da disciplina de Ciências (3º e 4º ciclos do ensino fundamental – 6º ao 9º ano) empregada nas escolas públicas de seu estado.

Se o Senhor(a) tiver dúvidas sobre essa pesquisa, sinta-se à vontade para perguntar no momento em que desejar, antes, durante ou depois do desenvolvimento desse projeto. Para tal basta procurar as pesquisadoras responsáveis através dos contatos abaixo.

Desde já agradecemos,

Atenciosamente


 DOUTORANDA RESPONSÁVEL PELA PESQUISA

MSc. Sheila Soares de Assis – Bióloga - e-mail: sheila.assis@ioc.fiocruz.br

Programa de Pós - Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

Instituto Oswaldo Cruz – IOC/FIOCRUZ

Telefone de contato: 21- 98661 9276


 PESQUISADORA ORIENTADORA

Dra. Tania C. Araújo-Jorge – Médica – e-mail: taniaaj@ioc.fiocruz.br

Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos - LITEB

Instituto Oswaldo Cruz – IOC/FIOCRUZ

Pavilhão Cardoso Fontes Av. Brasil 4365, Manguinhos. CEP: 21045-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

Telefone de contato: 21- 2562-1295, 21- 98841 9471

Tania C. Araújo-Jorge
 Pq. Titular em Saúde Pública
 Matr. 0462859-5 - Chefe do Lab.
 Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos
 Inst. Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

VII.1.2 APÊNDICE II- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DA GESTÃO DO PSE.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO OSWALDO CRUZ / FIOCRUZ- RJ

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em projeto de pesquisa
INFORMAÇÕES AO VOLUNTÁRIO

Você, _____, está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), através de uma entrevista, em uma pesquisa, tendo o direito de estar ciente dos procedimentos que serão realizados durante sua participação neste estudo.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Dr^a: Tania Cremonini de Araújo-Jorge - Médica
Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB/IOC).
Instituto Oswaldo Cruz
Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz.
Endereço: Av. Brasil 4365 - Pav. Cardoso Fontes. Mangueiras 21040-900 - Rio de Janeiro,
RJ - Brasil - Caixa-postal: 926
Telefone: (21) 25903545

MSc. Sheila Soares de Assis – Bióloga
Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB/IOC).
Instituto Oswaldo Cruz
Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz.
Endereço: Av. Brasil 4365 - Pav. Cardoso Fontes. Mangueiras 21040-900 - Rio de Janeiro,
RJ – Brasil.
Telefone: (21) 2562-1365.

Como voluntário, o(a) senhor(a) está sendo solicitado(a) a participar de uma investigação científica, realizada pelo Instituto Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz (RJ), que tem como objetivo é promover a articulação entre os atores do PSE por meio da elaboração de uma estratégia educativa sobre as doenças negligenciadas em áreas prioritárias do Plano Brasil sem Miséria. O(a) Sr(a) poderá recusar-se a participar da pesquisa ou mesmo dela se afastar em qualquer momento,

sem que este fato venha lhe causar qualquer constrangimento ou penalidade por parte da Instituição.

Os investigadores se obrigam a não revelar a sua identidade em qualquer publicação resultante deste estudo.

O senhor receberá um formulário original datado e assinado pela pesquisadora e pelo participante da pesquisa.

As atividades desencadeadas pela proposta serão registradas com auxílio de MP4 e/ou filmadora sendo as mesmas utilizadas para fins puramente científicos. Em momento algum sua identidade será revelada. Assim, está assegurado o sigilo e a confidencialidade quanto ao material obtido.

Antes de assinar este Termo, o (a) Sr (a) deve informar-se plenamente sobre o mesmo, não hesitando em formular perguntas sobre qualquer aspecto que julgar conveniente esclarecer. É importante estar ciente das seguintes informações:

1) Objetivo da investigação: promover a articulação entre os atores do PSE por meio da elaboração de uma estratégia educativa sobre as doenças negligenciadas em áreas prioritárias do Plano Brasil sem Miséria.

2) Benefícios: favorecer a articulação entre as disciplinas de ciências e biologia e as demais disciplinas do currículo e a integração entre profissionais da saúde e da educação em instituições inclusas no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE) em regiões acolhidas pelo Plano Brasil sem Miséria através da elaboração participativa de proposta(s) de ensino sobre as doenças negligenciadas, subsidiada(s) pela perspectiva da promoção da saúde.

Este Termo de Consentimento está de acordo com as Normas da Resolução N°196 do Conselho Nacional de Saúde, de 16 de outubro de 1996.

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do inteiro teor do Termo de Consentimento para participação no Projeto “APONTAMENTOS E INTEGRAÇÃO DE CENÁRIOS A PARTIR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): CONTRIBUIÇÕES PARA ESTRATÉGIAS ENVOLVENDO AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E O PLANO BRASIL SEM MISÉRIA.” decidindo-me a participar da investigação proposta depois de ter formulado perguntas e de ter recebido respostas satisfatórias a todas elas, e ciente de que poderei voltar a fazê-las a qualquer tempo.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante da pesquisa

VII.1.3 APÊNDICE III- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA JUNTO A EQUIPE DE GESTÃO MUNICIPAL DO PSE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Oswaldo Cruz

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA JUNTO AOS GESTORES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Projeto: Apontamentos e integração de cenários a partir do Programa Saúde na Escola (PSE): contribuições para estratégias envolvendo as doenças negligenciadas e o Plano Brasil sem Miséria.

Responsáveis: Sheila Soares de Assis (doutoranda)

Dr^a Tania C. Araújo-Jorge (orientadora)

Endereço: Instituto Oswaldo Cruz – IOC/FIOCRUZ – Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos.

Pavilhão Cardoso Fontes Av. Brasil 4365, Manguinhos. CEP: 21045-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

Código de Identificação da Entrevista: _____

Idade: _____ Sexo: Fem Masc

Escolaridade: _____

Bloco 1: Políticas Públicas e o PSE

- 1) Há quanto tempo está exercendo esta função?
- 2) Por favor, pode contar um pouco sobre seu trabalho?
- 3) Como têm acontecido as ações do PSE no seu estado/município? Por favor, descreva-as. Quais temas têm sido abordados?
- 4) Quem são os atores envolvidos nas ações do PSE? Como tem se dado o envolvimento dos atores envolvidos?
- 5) Utiliza algum recurso educativo? Se sim, qual a origem e de qual tipo? Qual a sua opinião sobre eles?
- 6) Como se dá a formação dos profissionais envolvidos nas ações do PSE?
- 7) Quais pontos positivos do PSE podem ser destacados? E as dificuldades encontradas?

Bloco 2: Situação local e as doenças negligenciadas

- 1) Como define o seu estado em relação às condições socioeconômicas?
- 2) Como percebe a situação de saúde da população do seu estado/município?
- 3) Quais são os agravos mais frequentes em sua região? A que fatores atribui essa ocorrência?
- 4) Em sua opinião, quais ações são fundamentais para minimizar estes agravos?
- 5) Conhece alguma(s) ação(ões) que estejam sendo executadas com o objetivo de minimizar estes agravos?