Educação em Saúde no Meio Rural:

histórias, experiências e caminhos para a promoção da saúde na escola



Suzane Beatriz Frantz Krug
Letícia Lorenzoni Lasta
Edna Linhares Garcia
Anelise Miritz Borges
Ana Carolina Bienert
(Organizadoras)

Pedro & João editores

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MEIO RURAL: HISTÓRIAS, EXPERIÊNCIAS E CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

Pedro & João editores

Financiamento

O presente trabalho foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).
Edital 09/2023 – Programa Pesquisador Gaúcho (PqG).

Período de vigência do projeto: agosto de 2024 a outubro de 2027.



Suzane Beatriz Frantz Krug
Letícia Lorenzoni Lasta
Edna Linhares Garcia
Anelise Miritz Borges
Ana Carolina Bienert
(Organizadoras)

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MEIO RURAL: HISTÓRIAS, EXPERIÊNCIAS E CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLA

Pedro & João
editores

Copyright © Autores e autoras

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Suzane Beatriz Frantz Krug; Letícia Lorenzoni Lasta; Edna Linhares Garcia; Anelise Miritz Borges; Ana Carolina Bienert [Orgs.].

Educação em Saúde no meio rural: histórias, experiências e caminhos para a promoção da saúde escola. São Carlos: Pedro & João Editores, 2026. 232p. color. 16 x 23 cm.

ISBN: **978-65-265-3398-7** [impresso]
ISBN: **978-65-265-3394-9** [digital]

1. Educação em Saúde. 2. Zona Rural. 3. Promoção da Saúde. 4. Escola. I. Título.

CDD – 310.610

Capa, desenhos e ilustrações: Luísa Batista da Rosa de Souza Boscaini (Bolsista PROBIC FAPERGS) e Marcos Della Porta
Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB – 8-8828
Diagramação: Ana Carolina Bienert (Mestranda em Promoção da Saúde, Bolsista PROSUC I – CAPES) e Ida Conceição Andrade de Melo
Editor: Valdemir Miotello
Diretores executivos: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito
Conselho Editorial da Pedro & João Editores:
Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).

Pedro & João Editores
www.pedroejoaoeditores.com.br
13568-878 – São Carlos – SP
2026

AGRADECIMENTOS

Este e-book é fruto de um trabalho coletivo, construído a partir do encontro entre pesquisa, universidade, escolas, serviços de saúde e territórios. Sua realização só foi possível pelo compromisso compartilhado de pesquisadores, estudantes, professores, profissionais de saúde e instituições que acreditam na produção e na socialização de conhecimentos capazes de dialogar com as realidades vividas e contribuir para a promoção da saúde.

Reunir neste material diferentes histórias, experiências, reflexões e possibilidades de atuação representa, para nós, uma forma de fazer circular conhecimentos produzidos no âmbito da pesquisa e da formação acadêmica, aproximando-os de outros espaços e públicos. Mais do que registrar resultados, esta obra busca valorizar os aprendizados construídos ao longo do percurso e estimular novas perguntas, diálogos e caminhos para a educação em saúde, especialmente nos contextos escolares e rurais.

Nossa gratidão a todas as pessoas que participaram da pesquisa e compartilharam seus conhecimentos, percepções e experiências, contribuindo para que pudéssemos compreender diferentes aspectos da educação em saúde e da promoção da saúde nos territórios investigados. Os encontros estabelecidos ao longo da pesquisa foram fundamentais para a construção dos conhecimentos que inspiram esta obra.

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pelo financiamento do projeto de pesquisa *Educação em Saúde: realidade, reflexões e intervenções em escolas da zona rural em municípios do Rio Grande do Sul - Fase II*, contemplado pelo Edital nº 09/2023 Programa Pesquisador Gaúcho (PqG), que possibilitou a realização das atividades que deram origem a este e-book.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nosso agradecimento pelo apoio à formação de pesquisadores por meio das bolsas de mestrado e doutorado

vinculadas ao Código de Financiamento 001. Agradecemos também à FAPERGS e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio às bolsas de iniciação científica, fundamentais para a participação e formação de estudantes de graduação na pesquisa.

Agradecemos ao Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (PPGPS) e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional (PPGPsi), ambos da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), pelo incentivo à pesquisa, à formação interdisciplinar e ao trabalho integrado em torno das necessidades da comunidade.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), responsável pelo desenvolvimento do projeto, e ao Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES), pela colaboração e interlocução ao longo dessa trajetória, nossa gratidão pela construção compartilhada de conhecimentos e pelo compromisso com a pesquisa em saúde.

A todos os autores e autoras que se dedicaram à escrita dos capítulos, nosso agradecimento pelo envolvimento, pela disponibilidade para compartilhar os conhecimentos e pela disposição em transformar experiências e reflexões acadêmicas em uma linguagem que possa alcançar diferentes leitores. Este e-book também é resultado desse exercício coletivo de escrever, dialogar e produzir conhecimento para além dos espaços acadêmicos.

Que este e-book possa seguir seu caminho para além dos espaços onde foi produzido, encontrando escolas, profissionais, estudantes, pesquisadores e comunidades e contribuindo para novos diálogos e reflexões. Que os conhecimentos, experiências e caminhos aqui reunidos possam inspirar outras formas de olhar para os territórios, fortalecer práticas de educação em saúde e reafirmar que produzir conhecimento também é uma forma de cuidar, aproximar e transformar realidades.

SUMÁRIO

PREFÁCIO…….....…….....……..11
Deise Lisboa Riquinho

APRESENTAÇÃO….....…….....…….13
Suzane Beatriz Frantz Krug, Letícia Lorenzoni Lasta, Edna Linhares Garcia, Anelise Miritz Borges e Ana Carolina Bienert

***SEÇÃO I - FUNDAMENTOS E CONTEXTOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MEIO RURAL*.....….17**

EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL: ESCOLA, POLÍTICAS PÚBLICAS E CIDADANIA…….…….....19
Camilo Darsie, Douglas Luís Weber, Rosane Machado Rollo, Henrique da Silva Domingues, Jéssica de Aquino Pereira, Afonso Cima, Daiane Kipper e Vera Elenei da Costa Somavilla

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA RURALIDADE: ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE….....…….....….33
Marta Cocco, Jéssica Candaten Pacheco e Renata Damaceno Pinto

PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES DE ALUNOS DE ESCOLAS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL.....45
Morgana Pappen, Francieli Ester Müller, Maria Carolina Magedanz e Suzane Beatriz Frantz Krug

DE QUE ADOLESCÊNCIA(S) E JUVENTUDE(S) ESTAMOS FALANDO? PLURALIDADES E CONTEXTOS RURAIS.....53
Letícia Lorenzoni Lasta, Isabela Cristina Lemos, Andressa Sehn, Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaini, Anelise Miritz Borges e Edna Linhares Garcia

A ESCOLA COMO AMBIENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS PROCESSOS DE ADOECIMENTO……...…….69
Giana Diesel Sebastiany

CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES NA ÁREA RURAL: DESAFIOS PARA A EQUIDADE EM SAÚDE BUCAL…....…..81
Renita Baldo Moraes, Beatriz Baldo Marques, Magda de Sousa Reis, Atilio Arthur Rossato, Daniele Weis Fernandes de Moura, Gabriel Benicio Sehgno Pinheiro e Helena Müller

DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA VACINAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR RURAL: UMA ANÁLISE REFLEXIVA.....93
Caroline Bertelli, Amanda Luisa Winkelmann, Bruna Rezende Martins, Anelise Miritz Borges, Edna Linhares Garcia, Leticia Lorenzoni Lasta e Suzane Beatriz Frantz Krug

ACESSIBILIDADE DE MORADORES DA ÁREA RURAL AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS…….....…….105
Luciane Maria Schmidt Alves, Kelly Andressa Haas Fonseca, Leonardo Schmidt Alves e Renita Baldo Moraes

DIÁRIO DE CAMPO COMO INSTRUMENTO DE (IN)FORMAÇÃO, PESQUISA E REFLEXÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTUDO COM POPULAÇÕES RURAIS…….....….....…..123
Francieli Ester Müller, Marieli Elena Müller, Morgana Pappen, Maria Carolina Magedanz, Samantha Lopes de Moraes Longo, Katieli Isabel Müller, Miriam Beatris Reckziegel e Suzane Beatriz Frantz Krug

SAÚDE MENTAL E DOCÊNCIA: VIVÊNCIAS DE PROFESSORES DA REDE ESTADUAL EM CONTEXTOS RURAIS E URBANOS….....133
Luci Helen Alvez Freitas, Letícia Lorenzoni Lasta, Wylliane Cavalcante Spinellis e Suzane Beatriz Frantz Krug

SEÇÃO II - CONEXÕES QUE TRANSFORMAM: O ENCONTRO DA PESQUISA COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TERRITÓRIO RURAL.....…….147

CONHECENDO O PROJETO DE PESQUISA: TRAJETÓRIA, DIÁLOGOS E AÇÕES NO TERRITÓRIO RURAL…….....….149
Suzane Beatriz Frantz Krug, Edna Linhares Garcia, Morgana Pappen e Ana Carolina Bienert

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA SOCIAL E SEUS ATORES NO CONTEXTO RURAL…….....…….....161
Ana Carolina Bienert, Giuliana Viecilli Castilhos, Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaíni, Thaís Cristina Weis, Victória Staudt Zamboni, Iagro César de Almeida Bavaresco, Edna Linhares Garcia e Suzane Beatriz Frantz Krug

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO RURAL: QUANDO O CONHECIMENTO GANHA FORMA PARA ALÉM DA SALA DE AULA…….....….....…….175
Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaini, Ana Carolina Bienert, Luci Helen Alvez Freitas, Giuliana Viecilli Castilhos, Letícia Lorenzoni Lasta e Suzane Beatriz Frantz Krug

DR. SALVITO QUERO: A CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE UM MASCOTE COMO DISPOSITIVO SIMBÓLICO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TERRITÓRIO RURAL.....185
Giuliana Viecilli Castilhos, Ana Carolina Bienert, Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaini, Thaís Cristina Weis, Victória Staudt Zamboni, Letícia Lorenzoni Lasta e Suzane Beatriz Frantz Krug

ENTRE A ARTE E A CIÊNCIA: A MÚSICA COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE…….....197
Kaiany Geller, Kemily Geller e Suzane Beatriz Frantz Krug

ENTRE PESSOAS E SABERES: QUEM COMPÕEM ESTE LIVRO…….....……217

ÍNDICE REMISSIVO…….....…231

PREFÁCIO

O e-book "Educação em Saúde no meio rural: histórias, experiências e caminhos para a promoção da saúde escolar" têm origem a partir de reflexões teóricas, pesquisas empíricas e vivências na interseção entre promoção da saúde, educação em saúde e saúde no rural. Promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Mestrado Profissional em Psicologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Concretizou-se pelo financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) do Edital 09/2023.

Um recorte geográfico do centro do estado do Rio Grande do Sul foi o cenário para a maioria dos capítulos que compõem o e-book. Escrita atual, privilegia o contexto das escolas rurais para ilustrar a potência da educação em saúde, envolvendo distintos atores implicados no processo de ensinar-aprender-transformar. Temas como a saúde mental, a determinação social, as iniquidades e interseções ganham materialidade ao serem discutidas no contexto das escolas rurais.

Neste sentido, o tema abordado supre uma lacuna do conhecimento e mostra-se relevante para compreensão das nuances que compõem as ruralidades, os modos de viver, o significado das relações estabelecidas com a natureza e com a terra; considerando a educação e a arte como possibilidade de expressão e de transformação. As políticas públicas são evocadas na potência e na falta, como elemento imprescindível para que a promoção se concretize nas ações de educação em saúde, no exercício da cidadania e do bem-viver.

Você encontrará nesta obra resultados de pesquisa qualitativa, quantitativa, reflexões teóricas e o como fazer, por meio de relatos que explicitam o uso de técnicas e métodos de pesquisa, como o

diário de campo e a pesquisa ação. Intencionalmente, os organizadores apresentam, tanto, capítulos de autores com trajetória consolidada na pesquisa e no tema, como pesquisadores jovens que adentram na pesquisa científica e no tema da educação em saúde no rural para desenvolver a escrita e o conhecimento implicado como princípios humanitários e fraternos.

Por fim, gostaria de ressaltar o privilégio de ter recebido o convite para redigir este prefácio, ele possibilitou a leitura prévia deste e-book, o que me trouxe uma imensa satisfação e alegria em saber que você está tendo acesso a uma escrita de extrema qualidade e relevância ao conhecimento científico situado e engajado. Tem como ponto de partida os dilemas locais e amplia sua lente ao dialogar com realidades semelhantes ou distintas em diferentes partes do mundo, tornando indispensável e fundamental para todas as pessoas que queiram se aproximar ou aprofundar o conhecimento sobre promoção e educação em saúde na perspectiva do rural.

Boa leitura!

Deise Lisboa Riquinho
Enfermeira. Doutora em Saúde Pública.
Prof.ª associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva.

APRESENTAÇÃO

O e-book "**Educação em Saúde no meio rural: histórias, experiências e caminhos para a promoção da saúde escola**" configura-se como produto técnico e bibliográfico do projeto de pesquisa "EDUCAÇÃO EM SAÚDE: realidade, reflexões e intervenções em escolas da zona rural em municípios do Rio Grande do Sul - FASE II", financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) por meio do Edital 09/2023 - Programa Pesquisador Gaúcho (PqG) e desenvolvido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), pelo Programa de Pós-Graduação - Mestrado e Doutorado - em Promoção da Saúde (PPGPS) e pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado Profissional (PPGPsi), ambos da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

O projeto tem como objetivo geral analisar, sob a perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, as estratégias e ações de educação em saúde em escolas rurais de municípios do Rio Grande do Sul, bem como, propor e elaborar produtos técnicos e intervenções educativas em saúde.

Assim, o e-book nasce das premissas e achados desse projeto e tem como objetivo compartilhar conhecimentos, vivências, reflexões e aprendizagens sobre educação em saúde em escolas rurais, valorizando os territórios, sujeitos e transformações produzidas no cotidiano, em diálogo com a equidade e a promoção da saúde. A partir de relatos, achados da pesquisa e experiências concretas, a obra compartilha caminhos possíveis, convidando a comunidade escolar, profissionais da saúde e pesquisadores a fortalecerem ações intersetoriais em educação em saúde e sensíveis às realidades do espaço escolar no meio rural.

O e-book organiza-se em quinze capítulos divididos em duas seções: a seção I intitulada "*Fundamentos e Contextos da Educação em Saúde no meio rural*" conta com dez capítulos que discutem aspectos teóricos, conceituais e reflexivos relacionados à interface entre saúde, educação e espaço rural, abordando temas como as políticas públicas de educação e saúde no Brasil, papel da educação em saúde na promoção do cuidado em contextos rurais, percepções de estudantes sobre práticas educativas em saúde, especificidades das adolescências e juventudes rurais, escola como espaço de promoção da saúde e saúde mental de professores em contextos rurais e urbanos.

Também são discutidos desafios relacionados à saúde bucal, à vacinação no ambiente escolar, ao acesso da população rural aos serviços odontológicos e à utilização do diário de campo como ferramenta de pesquisa, formação e reflexão. Em conjunto, os capítulos oferecem subsídios para compreender as singularidades dos territórios rurais e fortalecer as ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde, à equidade e à melhoria das condições de vida dessas populações.

A seção II denomina-se "*Conexões que Transformam: o encontro da pesquisa com a educação em saúde no território rural*" e reúne cinco capítulos que evidenciam como a pesquisa pode ultrapassar os limites da produção científica e se transformar em ações concretas de educação em saúde nos territórios rurais. Os capítulos apresentam a trajetória do projeto de pesquisa, destacando os diálogos estabelecidos com a comunidade e as estratégias desenvolvidas ao longo do percurso investigativo. Aborda também a educação em saúde como prática social construída coletivamente, valorizando o protagonismo de diferentes atores e a articulação entre universidade, serviços de saúde, escolas e comunidade. Além disso, apresenta experiências inovadoras que ampliam as possibilidades de educação em saúde, como a elaboração participativa do mascote Dr. Salvito Quero, utilizado como dispositivo simbólico para aproximar conteúdos de saúde da população, o uso de cartilhas educativas e a criação da música

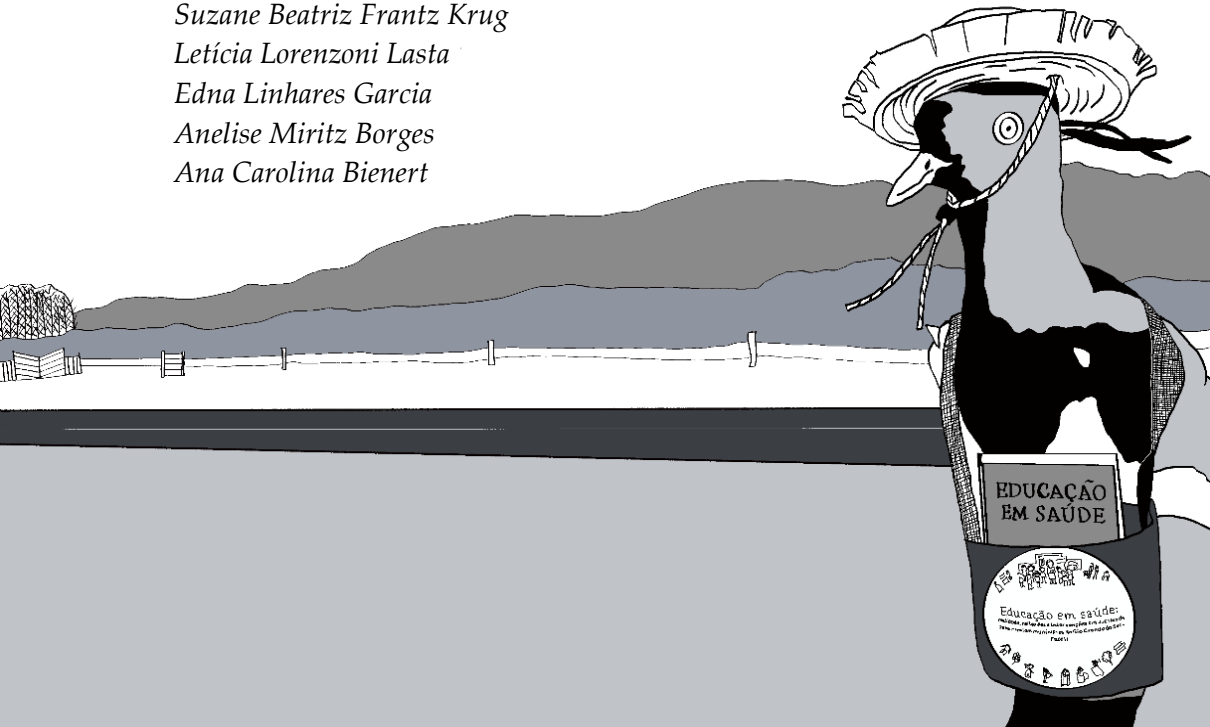
como recurso educativo capaz de integrar arte, ciência e cultura. Em conjunto, os capítulos demonstram que a produção do conhecimento se torna mais significativa quando dialoga com as necessidades do território e se materializa em estratégias educativas criativas, participativas e comprometidas com a promoção da saúde.

Esperamos que, ao percorrer estas páginas, o leitor possa reconhecer a riqueza das experiências compartilhadas e perceber que a educação em saúde no meio rural é construída a partir de diferentes olhares, saberes, práticas e possibilidades. Mais do que apresentar experiências, esta obra busca provocar reflexões, aproximar realidades e inspirar novos caminhos para a promoção da saúde no contexto escolar.

Assim, convidamos você a seguir conosco por toda a obra, conhecendo cada capítulo, cada experiência e cada perspectiva que compõem este e-book. Que esta leitura possa despertar novas reflexões, fortalecer o olhar para os territórios rurais e estimular outras possibilidades de diálogo, cuidado, educação e promoção da saúde.

Desejamos a todos uma ótima leitura e potentes reflexões!

Suzane Beatriz Frantz Krug
Letícia Lorenzoni Lasta
Edna Linhares Garcia
Anelise Miritz Borges
Ana Carolina Bienert





SEÇÃO I

FUNDAMENTOS E CONTEXTOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MEIO RURAL

EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL: ESCOLA, POLÍTICAS PÚBLICAS E CIDADANIA

Camilo Darsie
Douglas Luís Weber
Rosane Machado Rollo
Henrique da Silva Domingues
Jéssica de Aquino Pereira
Afonso Cima
Daiane Kipper
Vera Elenei da Costa Somavilla

INTRODUÇÃO

A constituição histórica da educação em saúde no Brasil está diretamente relacionada às transformações ocorridas nas formas de compreender a saúde, a doença e o papel das políticas públicas na organização da vida social. Ao longo do tempo, diferentes perspectivas disputaram os sentidos das práticas educativas relacionadas à saúde, produzindo deslocamentos entre modelos centrados na medicalização e propostas voltadas à promoção da saúde, à participação coletiva e à garantia de direitos sociais. Nesse percurso, as áreas passaram a estabelecer relações cada vez mais estreitas, especialmente diante do reconhecimento de que as condições de vida das populações associam-se a múltiplos fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e educacionais.

Assim, as práticas de educação em saúde, como as reconhecemos hoje, não se limitam à ideia de transmissão de informações sobre prevenção de doenças ou cuidados individuais. Elas participam diretamente da construção de modos de vida, da produção de conhecimentos sobre o corpo e a saúde e das formas pelas quais os sujeitos se relacionam com as políticas públicas e

serviços oferecidos pelo Estado. Nesse sentido, a educação em saúde constitui-se como um campo atravessado por disputas políticas, sociais e pedagógicas, no qual diferentes perspectivas procuram definir o que significa cuidar, prevenir, promover saúde e produzir qualidade de vida.

Destaca-se que durante muito tempo, predominou uma concepção biomédica de saúde, centrada na doença, no tratamento médico e na autoridade técnica dos profissionais da área. As ações educativas desenvolvidas nesse contexto possuíam caráter normativo e verticalizado, buscando orientar comportamentos considerados adequados para evitar enfermidades e controlar riscos sanitários. A população era percebida como receptora passiva de informações, enquanto os conhecimentos científicos eram tratados como únicos saberes legítimos sobre saúde e cuidado. Essa lógica contribuiu para fortalecer práticas educativas prescritivas, muitas vezes desarticuladas das experiências sociais e culturais vividas pelas comunidades em seus territórios.

Entretanto, as profundas desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira evidenciaram os limites dessa perspectiva. Problemas relacionados à pobreza, à falta de saneamento básico, às dificuldades de acesso à educação, à alimentação inadequada e às condições precárias de moradia passaram a demonstrar que os processos de adoecimento não poderiam ser explicados apenas por fatores biológicos ou comportamentais. Além disso, os contrastes culturais que envolvem comunidades localizadas em diferentes recortes espaciais (urbano/rural, por exemplo) evidenciaram a necessidade de olhares diferenciados de acordo com as vivências dos sujeitos. Em muitos territórios rurais brasileiros, as dificuldades relacionadas ao deslocamento, à disponibilidade de serviços e à continuidade das ações de saúde também influenciam diretamente as possibilidades de acesso às práticas educativas e de promoção da saúde. A saúde começou, então, a ser compreendida de forma ampliada, como resultado das condições concretas de existência dos sujeitos e das desigualdades e diferenças histórica e espacialmente produzidas na sociedade.

Foi nesse cenário que diferentes movimentos sociais, intelectuais e institucionais passaram a defender mudanças nas formas de pensar e organizar as políticas de saúde no país. As discussões da Reforma Sanitária Brasileira tiveram papel decisivo nesse processo ao proporem a saúde como direito social e responsabilidade do Estado. Paralelamente, os referenciais da educação popular fortaleceram perspectivas educativas fundamentadas no diálogo, na participação coletiva e na valorização dos saberes produzidos pelas próprias comunidades. A educação em saúde passou a incorporar práticas mais participativas, comprometidas não apenas com a prevenção de doenças, mas também com a formação crítica dos sujeitos e com a transformação das condições de vida da população.

Reconhecer essa trajetória é fundamental já que ela permite compreender que as práticas educativas em saúde são construídas socialmente e refletem os contextos políticos e econômicos de cada período e lugar. As formas de ensinar sobre saúde e as estratégias utilizadas pelos serviços públicos não são neutras; elas expressam concepções específicas sobre cidadania, direitos sociais e participação popular. Assim, refletir sobre a educação em saúde significa também compreender como diferentes modelos de sociedade produzem distintas formas de cuidado e de relação entre Estado e população.

Além disso, discutir a educação em saúde na contemporaneidade exige reconhecer sua importância diante dos desafios enfrentados pelas políticas públicas brasileiras. A circulação de desinformações, o fortalecimento de discursos individualizantes e as persistentes desigualdades sociais tornam ainda mais necessária a construção de práticas educativas capazes de estimular reflexões sobre direitos, cidadania e acesso à saúde. Nesse contexto, escolas, universidades, serviços de saúde e movimentos sociais assumem papel relevante na promoção de ações educativas comprometidas com a participação social, a valorização da diversidade de saberes e a defesa da saúde enquanto direito coletivo. Trata-se de reconhecer que educação e saúde

constituem campos inseparáveis na produção da cidadania e na ampliação das possibilidades de vida da população.

EDUCAÇÃO E(M) SAÚDE: ENTRE O HIGIENISMO E A ESCOLA

As relações entre educação e saúde no Brasil possuem uma trajetória marcada por transformações políticas, sociais e culturais que alteraram significativamente as formas de compreender os processos de saúde e doença. As primeiras aproximações entre esses campos associaram-se às políticas higienistas desenvolvidas entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Nesse contexto, o Estado passou a estruturar ações sistemáticas direcionadas às camadas populares, buscando conter doenças que ameaçavam tanto as condições sanitárias urbanas quanto interesses econômicos (Silva, 2010).

Essas campanhas sanitárias expressavam uma lógica fortemente influenciada pelo modelo biomédico, no qual a saúde era compreendida prioritariamente como ausência de doenças. Ações educativas voltadas à higiene pessoal, vacinação e controle de doenças infecciosas buscavam modificar hábitos considerados inadequados aos projetos de modernização nacional. Tratavam-se de práticas verticais e normativas, sustentadas pela autoridade técnica dos profissionais da saúde e pela centralidade do conhecimento científico. A população era posicionada como receptora passiva das orientações produzidas pelos especialistas, enquanto a educação relacionada à saúde assumia caráter disciplinador, prescritivo e direcionado ao controle dos corpos e dos comportamentos sociais (Cima, 2023).

Essa perspectiva permaneceu dominante durante grande parte do século XX. Contudo, as transformações econômicas e sociais produzidas pelos processos de industrialização e urbanização passaram a evidenciar os limites do modelo biomédico tradicional. Gradualmente, a saúde passou a ser compreendida

como resultado das condições de vida das populações, envolvendo fatores sociais, econômicos, culturais, territoriais e educacionais.

Nesse contexto, os debates internacionais sobre medicina social e promoção da saúde passaram a influenciar as discussões brasileiras, especialmente a partir das décadas de 1960 e 1970. Intensificaram-se as críticas às práticas educativas baseadas na transmissão de informações, na mudança de comportamentos e, consequentemente, na responsabilização individual dos sujeitos pelos problemas de saúde. Diferentes pesquisadores, profissionais e movimentos sociais passaram a defender perspectivas mais amplas, capazes de reconhecer as desigualdades sociais como elementos centrais para compreender as condições de saúde da população.

Essas discussões adquiriram força no interior do movimento da Reforma Sanitária, que defendia a democratização do acesso à saúde e a reorganização das políticas públicas a partir da noção de direito social. Mais do que ampliar serviços médicos, a Reforma Sanitária propôs uma mudança profunda nas formas de compreender a saúde, incorporando fatores relacionados às condições de vida, à cidadania e à participação social. Nesse processo, a educação relacionada à saúde deixou de ser concebida apenas como mecanismo de orientação individual para assumir um papel articulado à transformação social e à construção coletiva do cuidado (Darsie; Henriqson; Weber, 2025).

As contribuições da educação popular[1] exerceram importante influência nesse deslocamento. Diversas experiências passaram a valorizar metodologias participativas fundamentadas no diálogo, na escuta e na troca de saberes entre profissionais e comunidades. O conhecimento deixou de ser entendido como responsabilidade exclusiva dos especialistas, reconhecendo os sujeitos como participantes ativos dos processos educativos e das decisões

[1] Inspirada nas reflexões de Paulo Freire (1987), a educação popular passou a defender práticas educativas baseadas no diálogo, na construção coletiva do conhecimento e na valorização das experiências dos sujeitos.

relacionadas à saúde. Essa mudança fortaleceu práticas educativas mais próximas das realidades sociais vividas pelas populações e ampliou as possibilidades de participação coletiva na produção do cuidado (Arjona *et al.*, 2023).

A consolidação dessas transformações ocorreu com a Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). A partir desse marco, a saúde passou a integrar formalmente o conjunto dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, vinculando-se à promoção da cidadania e à redução das desigualdades históricas. Essa compreensão ampliou as responsabilidades do poder público, destacando que a garantia da saúde depende também de políticas educacionais, sociais, econômicas e ambientais (Carvalho *et al.*, 2024; Kirst; Darsie, 2021).

Pouco tempo depois, a criação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990), demarcou uma concepção ampliada de saúde orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse cenário, a educação em saúde passou a ocupar posição estratégica nas ações desenvolvidas pelo sistema público, especialmente na atenção básica e nas iniciativas de promoção da saúde. A noção de intersetorialidade ganhou destaque, reforçando a necessidade de articulação entre diferentes áreas governamentais e instituições sociais no enfrentamento das desigualdades que afetam a qualidade de vida da população (Sousa *et al.*, 2024).

As escolas passaram, então, a serem reconhecidas como fundamentais para a promoção da saúde, compreendidas como ambientes de formação cidadã, produção de conhecimentos e fortalecimento de reflexões sobre direitos sociais, participação coletiva e qualidade de vida. Essa articulação entre a saúde e a escola foi fortalecida pela criação do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007, consolidando ações conjuntas entre escolas e equipes da Atenção Básica (Brasil, 2007).

Nesse contexto, destacam-se os Determinantes Sociais e a Determinação Social da Saúde (DSS), relacionados às condições de

moradia, renda, escolarização, alimentação e acesso aos serviços públicos. Enquanto os DSS buscam compreender fatores e condições que influenciam o processo saúde-doença, a perspectiva da Determinação Social da Saúde amplia essa análise ao considerar as estruturas sociais, políticas e econômicas que produzem historicamente as desigualdades em saúde (Couto *et al.*, 2023).

Buss e Pelegrini Filho (2007) afirmam que os estilos de vida individuais não podem ser analisados isoladamente, pois estão condicionados por desigualdades sociais e oportunidades de acesso. As diferenças nas condições de saúde refletem desigualdades sociais e condições concretas de existência. Fragilidades históricas relacionadas ao acesso e à qualidade da educação básica também repercutem nos níveis de letramento em saúde da população, influenciando a compreensão das informações em saúde, o uso dos serviços e a participação dos sujeitos nas ações de cuidado e promoção da saúde. A escola assume, portanto, papel estratégico na promoção da saúde e na formação para a cidadania. Isso exige compreender que as discussões sobre saúde atravessam diferentes áreas do conhecimento e demandam abordagens interdisciplinares capazes de relacionar questões biológicas, sociais, culturais, econômicas e territoriais. Mais do que orientar comportamentos individuais, a educação em saúde precisa fortalecer reflexões críticas sobre direitos sociais e participação coletiva.

Diante disso, a educação em saúde mantém relevância estratégica para a construção de práticas sociais comprometidas com a democratização do acesso aos direitos e com a valorização da vida. A trajetória histórica desse campo evidencia um movimento contínuo de transformação, no qual as ações educativas deixam de estar restritas ao controle de doenças para incorporar perspectivas voltadas à autonomia dos sujeitos, à valorização dos saberes coletivos e ao enfrentamento das desigualdades sociais.

EDUCAÇÃO "E", "PARA" E "EM" SAÚDE: IMPLICAÇÕES PEDAGÓGICAS

As discussões relacionadas às aproximações entre os campos da educação e da saúde produziram diferentes expressões utilizadas para designar práticas, políticas e processos educativos voltados à saúde. Entre elas, destacam-se as noções de educação "e" saúde, educação "para" a saúde e educação "em" saúde. Embora frequentemente utilizadas como sinônimos, tais expressões carregam sentidos distintos e revelam diferentes perspectivas teóricas, pedagógicas e políticas sobre os modos de compreender os sujeitos, o cuidado e os processos educativos.

A expressão educação "e" saúde costuma ser utilizada para evidenciar a aproximação entre dois campos historicamente constituídos como áreas distintas do conhecimento e das políticas públicas. Nesse caso, destaca-se a necessidade de diálogo e cooperação entre profissionais, instituições e práticas pertencentes a ambas as áreas. Trata-se de uma perspectiva associada às ações intersetoriais desenvolvidas especialmente a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas que passaram a reconhecer a saúde como fenômeno social amplo, atravessado por questões educacionais, econômicas, culturais e territoriais.

A noção de educação "e" saúde fortaleceu-se no contexto da Reforma Sanitária Brasileira e das discussões sobre promoção da saúde. Ao reconhecer que os processos de saúde e adoecimento são influenciados por múltiplos determinantes sociais, essa perspectiva passou a defender a articulação entre escolas, serviços de saúde, universidades e movimentos sociais. Nesse sentido, saúde e educação deixam de ser compreendidas como áreas isoladas e passam a constituir campos complementares na construção da cidadania, da participação social e da redução das desigualdades (Falkenberg *et al*., 2014).

Entretanto, embora importante, essa expressão não define necessariamente como ocorrem os processos educativos relacionados ao cuidado e à promoção da saúde. Muitas vezes,

limita-se a indicar a existência de parcerias institucionais sem problematizar as concepções pedagógicas que orientam as práticas desenvolvidas. É justamente nesse ponto que emergem as discussões sobre educação "para" a saúde e educação "em" saúde.

A educação "para" a saúde esteve historicamente associada às práticas higienistas e biomédicas desenvolvidas ao longo do século XX. Fundamentada em perspectivas preventivistas e normativas, essa abordagem possui como principal objetivo orientar comportamentos considerados adequados para evitar doenças e riscos à saúde. Trata-se de uma lógica baseada predominantemente na transmissão de informações produzidas pelos especialistas, cabendo à população aprender hábitos e condutas entendidas como corretas para a manutenção da saúde individual e coletiva (Dhein *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, os sujeitos costumam ser posicionados como receptores passivos do conhecimento, enquanto os profissionais da saúde assumem o papel de autoridade responsável por ensinar comportamentos saudáveis. A educação "para" a saúde organiza-se, assim, a partir de relações verticalizadas e prescritivas, nas quais o conhecimento científico ocupa lugar central e os saberes populares tendem a ser subordinados (Falkenberg *et al.*, 2014). Campanhas de vacinação, orientações sobre higiene pessoal e ações voltadas à prevenção de doenças exemplificam esse modelo educativo.

Embora relevantes em diferentes contextos, os limites dessa perspectiva tornam-se evidentes quando os problemas de saúde passam a ser tratados exclusivamente como responsabilidade individual. Nesse caso, desconsideram-se fatores sociais, econômicos e culturais, bem como desigualdades relacionadas ao acesso à informação e ao letramento em saúde que condicionam as possibilidades concretas de vida da população, fortalecendo processos de culpabilização dos sujeitos pelos próprios adoecimentos.

Foi diante dessas limitações que a educação "em" saúde ganhou destaque, a partir das contribuições da educação popular e

das discussões produzidas pela Reforma Sanitária Brasileira. Essa perspectiva rompe com modelos educativos centrados apenas na transmissão de conteúdos e passa a compreender os sujeitos como participantes ativos dos processos de produção do conhecimento e do cuidado.

A educação "em" saúde fundamenta-se no diálogo, na escuta e na valorização dos saberes produzidos pelas próprias comunidades. O processo educativo deixa de ser entendido como simples orientação de comportamentos e passa a constituir espaço de reflexão crítica sobre as condições de vida, as desigualdades sociais e os direitos coletivos. Assim, aproxima-se das perspectivas de promoção da saúde ao compreender que produzir saúde envolve fortalecer autonomia, participação social e capacidade coletiva de intervenção sobre a realidade. As práticas educativas passam, então, a incorporar discussões relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde e à Determinação Social, às políticas públicas, à cidadania e às condições sociais que atravessam os processos de adoecimento. A saúde deixa de ser compreendida apenas como ausência de doenças e passa a ser entendida como resultado de dinâmicas sociais amplas.

Nos ambientes escolares, essas diferenças produzem implicações importantes. A educação "em" saúde possibilita abordagens interdisciplinares que articulam saúde às discussões sobre desigualdades sociais, alimentação, meio ambiente, saúde mental, violências e direitos humanos. A escola deixa de atuar apenas como espaço de transmissão de informações e passa a constituir ambiente de formação crítica e produção de cidadania.

Diante disso, compreender as diferenças entre educação "e", "para" e "em" saúde torna-se fundamental para problematizar as práticas educativas desenvolvidas nas escolas e nos serviços públicos. Mais do que distinções terminológicas, essas expressões revelam diferentes modos de compreender os sujeitos, os processos educativos e as próprias concepções de saúde que orientam as políticas públicas. Reconhecer tais diferenças permite fortalecer práticas pedagógicas comprometidas não apenas com a prevenção

de doenças, mas também com a promoção da saúde, a valorização dos saberes coletivos e o enfrentamento das desigualdades sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões apresentadas neste capítulo evidenciam que a educação em saúde constitui um campo estratégico para compreender as relações entre formação humana, cidadania e desigualdades sociais. Mais do que práticas voltadas à prevenção de doenças, envolve processos educativos que articulam escola, comunidade, políticas públicas e serviços de saúde. Os modos de compreender saúde e doença são historicamente construídos e refletem disputas políticas, econômicas, culturais e pedagógicas presentes na sociedade.

A trajetória da educação em saúde no Brasil demonstra deslocamentos entre perspectivas centradas no controle sanitário e abordagens voltadas à promoção da saúde, à participação social e à valorização dos sujeitos. As contribuições da Reforma Sanitária, da educação popular e da consolidação do Sistema Único de Saúde ampliaram a compreensão da saúde para além dos limites biomédicos, incorporando debates sobre direitos sociais, Determinantes Sociais da Saúde, Determinação Social e desigualdades sociais.

Nesse contexto, a escola ocupa posição central como espaço de formação cidadã e reflexão crítica sobre condições de vida, direitos coletivos e produção da saúde. Isso exige superar práticas restritas à transmissão de informações biológicas, fortalecendo abordagens interdisciplinares que articulem saúde, educação, território, cultura e justiça social. Assim, a educação em saúde torna-se elemento importante para o fortalecimento da autonomia, da cidadania e da democratização dos direitos. Além disso, fortalecer práticas educativas em saúde implica reconhecer os impactos das desigualdades educacionais sobre a participação dos sujeitos nos processos de cuidado e acesso às políticas públicas.

Por fim, discutir saúde no campo educacional significa também discutir projetos de sociedade. Em um cenário marcado por desigualdades sociais, desinformação e desafios das políticas públicas, fortalecer processos educativos comprometidos com a promoção da saúde representa uma possibilidade de participação coletiva e transformação social.

REFERÊNCIAS

ARJONA, F. B. S. *et al.* A contribuição do pensamento de Paulo Freire para a Vigilância Popular em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 29, n. 06, e12312023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.12312023. Acesso: 14 mai. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Distrito Federal: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 9 abr. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8.080/90**. Brasília, Distrito Federal, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 6.286**. Brasília, Distrito Federal, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 14 maio 2026.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006. Acesso em 09 abr. 2024.

CARVALHO, J. A. F. *et al*. Interseção entre políticas públicas e o Sistema Único de Saúde (SUS): implicações para a gestão em saúde e a prestação dos serviços à população. **Lumen et Virtus**, v. 15, n. 41, p. 5903–5914, 2024. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/927. Acesso em: 14 mai. 2026.

CIMA, A. **Medicalização da escol(h)a: a produção de estilos de vida saudáveis a partir dos discursos da saúde na educação básica**. 2023. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2023. Disponível em: https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/3657. Acesso em: 14 maio 2026.

COUTO, J. G. DE A. *et al.* Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, p. e220531pt, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ngVWNQCFFHqJWDx4WVzzVQS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 mai. 2026.

DARSIE, C.; HENRIQSON, D.; WEBER, D. L. Educação, saúde e desigualdades: uma relação (im)provável na escola. In: Mozart Linhares da Silva; Larissa Scotta. (Org.). **Desigualdades: uma reflexão necessária em sala de aula**. 1ed. São Carlos: Pedro e João, 2025, v. 1, p. 43-54.

DHEIN, G. *et al.* Componente curricular vivências em ambiente e saúde: uma experiência da extensão universitária na educação em saúde. In: Darsie, C.; ROCHA, C. M. F.; CARNEIRO, M.; GALVÃO, M. C. B. (org.). **Educação e saúde: experiências de formação e trabalho**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2021. p. 13-23.

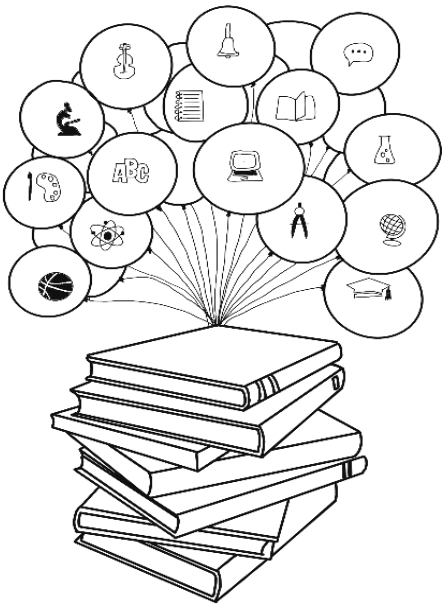
FALKENBERG, M. B *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n3/847-852/#. Acesso em: 14 mai. 2026.

KIRST, C.; DARSIE, C. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 91–112, 2021. Disponível em: https://revistaasklepion.emnuvens.com.br/asklepion/article/view/21/5. Acesso em 9 abr. 2026.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

SILVA, C. M. C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2539–2550, ago. 2010.

SOUSA, J. G. S. *et al*. **Educação em saúde sob a perspectiva docente:** da teoria à prática na atenção primária. Formiga, MG: Editora MultiAtual, 2024. 116 p., n. 5, p. 572, 2022.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA RURALIDADE: ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Marta Cocco
Jéssica Candaten Pacheco
Renata Damaceno Pinto

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, enquanto eixo estruturante das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), demanda abordagens que considerem as especificidades dos diferentes territórios e populações. Nesse contexto, a educação em saúde destaca-se como uma estratégia fundamental para o fortalecimento do cuidado, especialmente quando orientada por princípios como a participação social, a autonomia dos sujeitos e a valorização dos saberes construídos no cotidiano (Brasil, 2018).

Nessa direção, refletir sobre a educação em saúde no contexto da ruralidade implica reconhecer que os processos de cuidado e de promoção da saúde não ocorrem de forma homogênea. O espaço rural brasileiro é marcado por significativa diversidade sociocultural e por desigualdades históricas no acesso a serviços e políticas públicas, apresentando desafios específicos que impactam diretamente nas condições de saúde das populações que nele vivem (Arruda; Maia; Alves, 2018; Brasil, 2013).

Com isso, compreender o rural como um espaço dinâmico, multifacetado e em constante transformação, não apenas como uma oposição ao urbano, amplia significativamente as possibilidades de intervenção no campo da saúde. Essa perspectiva favorece o desenvolvimento de práticas educativas sensíveis às singularidades territoriais, capazes de reconhecer os saberes locais e de promover o protagonismo dos sujeitos nos processos de

cuidado. Nessa direção, a educação em saúde assume um papel estratégico ao possibilitar a construção compartilhada de conhecimentos e o fortalecimento de práticas de cuidado mais contextualizadas e culturalmente adequadas (Wanderley, 2009; Verdum *et al.*, 2016).

A Atenção Primária à Saúde, enquanto principal porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado, constitui-se como espaço privilegiado para o desenvolvimento dessas ações, sobretudo ao favorecer a aproximação entre profissionais de saúde e comunidade, o reconhecimento do território e a construção de vínculos (Giovanella; Mendonça, 2008). Nesse cenário, práticas educativas orientadas por abordagens dialógicas e participativas ampliam o potencial de promoção da saúde e de enfrentamento das iniquidades, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais (Gerhardt; Lopes, 2015).

Diante disso, evidencia-se a necessidade de refletir sobre as formas de articulação entre educação em saúde e as especificidades da ruralidade, de modo a contribuir para a promoção da saúde e do cuidado de maneira mais equitativa e contextualizada. Assim, este capítulo propõe-se a refletir sobre a educação em saúde no contexto da ruralidade, articulando elementos teóricos que permitam compreendê-la como estratégia de promoção da saúde e fortalecimento do cuidado.

CONTEXTO DA RURALIDADE: TECENDO OS ELEMENTOS TEÓRICOS

A compreensão da ruralidade, no campo da saúde, exige um olhar que ultrapasse sua definição estritamente territorial, incorporando dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas que configuram modos específicos de vida. Nesse sentido, o rural não pode ser reduzido a um espaço de produção agrícola ou a uma delimitação geográfica, mas precisa ser entendido como um território vivo, marcado por relações sociais próprias, identidades

coletivas e dinâmicas que se transformam ao longo do tempo (Wanderley, 2009).

Este estudo assume como referência os elementos teóricos propostos por Maria de Nazareth Baudel Wanderley e Maria José Carneiro, a partir de uma perspectiva sociológica que amplia a compreensão da ruralidade para além das dimensões geográficas e administrativas. Nessa abordagem, o espaço rural é compreendido como uma construção social e histórica, permeada por formas particulares de organização da vida, do trabalho, das relações sociais e das identidades culturais, evidenciando a complexidade e a diversidade presentes nos territórios rurais (Carneiro, 2012; Wanderley, 2009).

As transformações contemporâneas do espaço rural, intensificadas por processos como modernização agrícola, mobilidade populacional e reconfigurações das relações entre campo e cidade, contribuem para a construção de múltiplas ruralidades. Essa perspectiva rompe com a dicotomia tradicional entre rural e urbano, permitindo compreender o rural como um espaço heterogêneo, em que coexistem diferentes formas de organização social, acesso a recursos e condições de vida (Verdum *et al.*, 2016).

No âmbito da saúde, essas especificidades se expressam em desigualdades persistentes no acesso e na utilização dos serviços. Populações residentes em áreas rurais frequentemente enfrentam barreiras relacionadas à distância geográfica, à oferta limitada de serviços, à escassez de profissionais e à fragilidade das redes de atenção. Além disso, fatores socioeconômicos, como renda, escolaridade e condições de trabalho, influenciam diretamente os indicadores de saúde e o acesso ao cuidado. Essas desigualdades evidenciam a importância de reconhecer o território como elemento central na organização das práticas em saúde (Arruda; Maia; Alves, 2018).

A institucionalização de políticas públicas voltadas às populações do campo, da floresta e das águas representa um avanço no reconhecimento dessas especificidades. A Política

Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta destaca a necessidade de considerar os determinantes sociais da saúde e as particularidades culturais e territoriais na organização do cuidado, buscando reduzir iniquidades no acesso aos serviços. Contudo, a efetivação dessas diretrizes ainda se apresenta como um desafio, especialmente em contextos marcados por limitações estruturais e organizacionais (Brasil, 2013).

Além dos aspectos estruturais, é fundamental considerar que os modos de viver no rural influenciam diretamente as práticas de cuidado e as percepções sobre saúde e doença. Saberes tradicionais, práticas culturais e formas comunitárias de organização desempenham papel relevante na produção do cuidado, muitas vezes coexistindo com o modelo biomédico. Essa coexistência demanda dos profissionais de saúde uma postura sensível e aberta ao diálogo, capaz de reconhecer e valorizar os conhecimentos locais (Gerhardt; Lopes, 2015).

Dessa forma, o contexto da ruralidade apresenta-se como um campo complexo, no qual as condições de saúde são produzidas a partir da interação entre fatores estruturais, sociais e culturais. Compreender essas múltiplas dimensões é fundamental para o desenvolvimento de práticas de saúde mais equitativas e contextualizadas, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em que o território assume papel central na organização do cuidado (Giovanella; Mendonça, 2008).

Assim, ao reconhecer a ruralidade em sua complexidade e diversidade, torna-se possível avançar na construção de estratégias que dialoguem com as realidades locais, criando condições para a efetivação de práticas de cuidado mais integradas e sensíveis às necessidades das populações rurais.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E PERSPECTIVAS

A educação em saúde constitui-se como um campo em permanente construção no âmbito da saúde coletiva, sendo atravessada por diferentes concepções teóricas e práticas ao longo do tempo. Em sua forma mais tradicional, esteve associada a abordagens normativas e informativas, centradas na transmissão de conhecimentos e na indução de comportamentos individuais considerados adequados à prevenção de doenças. Tal perspectiva, fortemente influenciada pelo modelo biomédico, limitava-se a ações verticalizadas, nas quais os sujeitos eram posicionados como receptores passivos do saber técnico (Czeresnia, 2003).

Com o avanço do campo da saúde coletiva, especialmente a partir das contribuições da Reforma Sanitária Brasileira, a educação em saúde passa a ser ressignificada, incorporando uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença. Nessa direção, ganha centralidade a consideração dos determinantes sociais da saúde, bem como das condições de vida, trabalho e cultura que influenciam os modos de viver e adoecer. Tal mudança está diretamente relacionada ao fortalecimento da promoção da saúde, que propõe intervenções para além do enfoque biomédico, valorizando dimensões sociais, políticas e territoriais. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) reforça esse entendimento ao reconhecer a educação em saúde como estratégia fundamental para a produção do cuidado e para a melhoria das condições de vida da população. Ao enfatizar princípios como equidade, participação social, autonomia e intersetorialidade, a política orienta práticas que ultrapassam a simples transmissão de informações, favorecendo processos educativos mais críticos e emancipatórios (Brasil, 2018).

Estudos mais recentes têm reforçado essa abordagem ao evidenciar que a educação em saúde amplia o potencial transformador das ações de promoção da saúde, especialmente ao articular práticas educativas com os contextos sociais e territoriais dos sujeitos (Cruz *et al.*, 2020; Pedrosa *et al.*, 2024). Dessa forma, a

educação em saúde deixa de ser compreendida como um instrumento de normatização de comportamentos e passa a constituir-se como prática social comprometida com a transformação das condições de vida.

Além disso, a literatura aponta que práticas educativas orientadas por essa perspectiva contribuem para a construção de processos mais participativos e contextualizados, ao reconhecer os saberes e experiências das populações como legítimos. Nesse sentido, a educação em saúde configura-se como espaço de encontro entre diferentes formas de conhecimento, possibilitando a construção de estratégias de cuidado mais coerentes com as realidades locais (Afonso *et al.*, 2018).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, essa abordagem assume papel ainda mais relevante, uma vez que esse nível de atenção se caracteriza pela proximidade com os territórios e pela centralidade no cuidado longitudinal. A integração entre educação e promoção da saúde tem sido apontada como fundamental para o fortalecimento de práticas mais equitativas, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais (Giovanella; Mendonça, 2008; Souza *et al.*, 2018).

Dessa forma, compreender a educação em saúde em suas múltiplas perspectivas, que vão desde abordagens tradicionais até concepções críticas e emancipatórias, é fundamental para qualificar as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. Ao adotar uma abordagem dialógica, participativa e contextualizada, a educação em saúde consolida-se como uma estratégia potente para a promoção da saúde e para o fortalecimento do cuidado, especialmente em territórios marcados por desigualdades sociais.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA RURALIDADE: APROXIMAÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E O FORTALECIMENTO DO CUIDADO

A relação entre educação em saúde e promoção da saúde na ruralidade pode ser compreendida a partir da sua capacidade de

produzir mudanças que ultrapassam o âmbito individual, alcançando dimensões coletivas e territoriais do cuidado. Nessa perspectiva, as ações educativas deixam de se restringir à orientação sobre práticas saudáveis e passam a atuar como mediadoras de processos que favorecem a construção de autonomia, o fortalecimento comunitário e a ampliação da participação social (Brasil, 2018; Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Nos territórios rurais, a promoção da saúde demanda estratégias que considerem a diversidade de contextos e a dinâmica das comunidades, exigindo práticas que se adaptem às condições locais (Buss; Pellegrini Filho, 2007). A educação em saúde, quando desenvolvida de forma contextualizada, possibilita a construção de espaços de diálogo e problematização da realidade, favorecendo a identificação de necessidades e o desenvolvimento de soluções coletivas. Esse movimento contribui para a ampliação do protagonismo dos sujeitos (Freire, 2011), aspecto fundamental para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde em contextos diversos (Brasil, 2018).

A incorporação de práticas educativas no cotidiano dos serviços, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, favorece a aproximação entre profissionais e população, criando oportunidades para o desenvolvimento de ações contínuas e integradas ao território. Nesse contexto, atividades em grupo, rodas de conversa e ações comunitárias configuram-se como dispositivos relevantes para a promoção da saúde, ao estimularem a troca de experiências e o fortalecimento de redes de apoio social (Giovanella; Mendonça, 2008).

Outro elemento importante refere-se à articulação entre diferentes setores, considerando que as condições de saúde estão diretamente relacionadas a aspectos como alimentação, trabalho, educação e acesso a recursos básicos. A educação em saúde pode atuar como eixo integrador dessas ações, contribuindo para a construção de estratégias intersetoriais que ampliem o alcance das iniciativas de promoção da saúde e fortaleçam o desenvolvimento local (Brasil, 2018).

Adicionalmente, destaca-se a necessidade de que as práticas educativas estejam alinhadas às realidades socioculturais das populações rurais, respeitando seus modos de vida e valorizando seus conhecimentos. Essa aproximação favorece maior adesão às ações propostas e amplia as possibilidades de transformação das condições de saúde, ao tornar o cuidado mais significativo para os sujeitos envolvidos (Cruz *et al.*, 2020).

Estudos desenvolvidos em diferentes contextos rurais têm demonstrado que ações de educação em saúde baseadas na participação comunitária contribuem para o fortalecimento do autocuidado, da autonomia e das redes locais de apoio. No contexto brasileiro, pesquisas apontam que práticas educativas conduzidas na Atenção Primária à Saúde favorecem maior vínculo entre profissionais e comunidades rurais, ampliando o acesso à informação e a participação social no cuidado em saúde (Cruz *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2018). Em âmbito internacional, revisões e estudos realizados em países como Canadá, Austrália e Estados Unidos evidenciam que estratégias educativas territorializadas e culturalmente adaptadas promovem melhores desfechos em saúde, especialmente em populações rurais com maior vulnerabilidade social e dificuldades de acesso aos serviços (Farmer *et al.*, 2012), o que reforça a importância de abordagens que integrem conhecimento técnico, participação comunitária e valorização das especificidades culturais do território rural.

Por fim, a consolidação da educação em saúde como estratégia de promoção da saúde na ruralidade depende do fortalecimento de políticas públicas, da qualificação das equipes e da valorização de práticas que priorizem o território como espaço de produção do cuidado. Ao integrar esses elementos, torna-se possível avançar na construção de intervenções mais efetivas, capazes de contribuir para a melhoria das condições de vida e para a redução das desigualdades em saúde nos contextos rurais (Souza *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo teve como objetivo refletir sobre a educação em saúde no contexto da ruralidade, articulando elementos teóricos que permitissem compreendê-la como estratégia de promoção da saúde e fortalecimento do cuidado. A partir das discussões desenvolvidas, evidencia-se que a educação em saúde, quando orientada por abordagens dialógicas, participativas e contextualizadas, constitui-se como ferramenta potente para enfrentar as iniquidades e promover práticas de cuidado mais equitativas nos territórios rurais.

Ao longo do capítulo, destacou-se que a ruralidade precisa ser compreendida em sua complexidade, considerando suas dimensões sociais, culturais, econômicas e territoriais, as quais influenciam diretamente as condições de saúde e o acesso aos serviços. Esse reconhecimento reforça a necessidade de práticas em saúde sensíveis às especificidades locais, que valorizem os saberes tradicionais e promovam o protagonismo dos sujeitos.

No que se refere à educação em saúde, foi possível observar a transição de modelos tradicionais, centrados na transmissão de informações, para perspectivas críticas e emancipatórias, que reconhecem os indivíduos como participantes ativos na construção do cuidado. Essa mudança amplia o potencial transformador das ações educativas, especialmente quando articuladas aos princípios da promoção da saúde.

Nesse sentido, a educação em saúde na ruralidade mostra-se capaz de ultrapassar o âmbito individual, contribuindo para o fortalecimento comunitário, a ampliação da participação social e a construção de soluções coletivas para os desafios locais. Sua inserção na Atenção Primária à Saúde favorece a aproximação entre profissionais e comunidade, fortalecendo vínculos e possibilitando práticas mais integradas ao território.

Por fim, conclui-se que a efetivação da educação em saúde como estratégia de promoção da saúde no contexto rural depende do fortalecimento de políticas públicas, da qualificação das equipes

de saúde e da adoção de práticas intersetoriais que considerem os determinantes sociais da saúde. Assim, ao articular conhecimento técnico e saberes populares, a educação em saúde contribui para a construção de um cuidado mais integral, humanizado e alinhado às realidades das populações rurais.

REFERÊNCIAS

AFONSO, A. Q. *et al.* Educação popular em saúde: práticas e experiências. **Revista Baiana de Saúde Pública,** 2018.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, n. 6, e00213816, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis*:* **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CARNEIRO, M. J. **Ruralidades contemporâneas:** modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2012.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação popular em saúde: concepção para o agir crítico. **Revista de Educação Popular,** 2020.

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, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FARMER, J.; PRIOR, M.; TAYLOR, J. *A* theory of how rural health services contribute to community sustainability. **Social Science & Medicine**, v. 75, n. 10, p. 1903-1911, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. **O rural e a saúde: compartilhando teoria e método.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015.

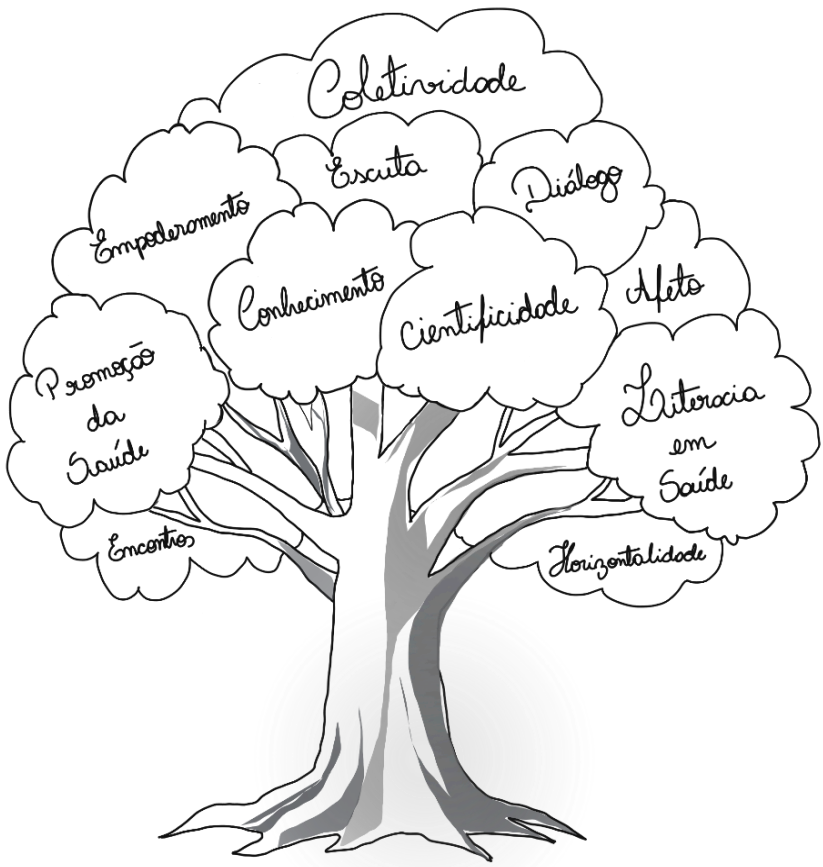
IOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

PEDROSA, J. I. S. *et al.* Promoção da saúde e educação popular no Brasil. **Physis,** 2024.

SOUZA, M. S. *et al.* Educação, promoção e vigilância em saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 2018.

VERDUM, R.; BECK, F. L.; LOPES, M. J. M.; GERHARDT, T. E**. Processos sociais rurais: múltiplos olhares sobre o desenvolvimento.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016.

WANDERLEY, M. N. B. **O mundo rural como um espaço de vida: reflexões sobre a propriedade da terra, agricultura familiar e ruralidade.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.


Coletividade
Escuta
Diálogo
Empoderamento
Conhecimento
Cientificidade
Afeto
Promoção da Saúde
Literacia em Saúde
Encontros
Horizontalidade

PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES DE ALUNOS DE ESCOLAS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL

Morgana Pappen
Francieli Ester Müller
Maria Carolina Magedanz
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

A educação em saúde constitui um importante instrumento para a construção de conhecimentos e para o desenvolvimento da autonomia nos cuidados individuais e coletivos. Por meio dela, os sujeitos são capacitados a compreender melhor o processo saúde-doença, favorecendo a adoção de práticas mais conscientes e responsáveis em relação à própria saúde e à saúde da comunidade (Araujo *et al.*, 2018; Cyrino *et al.*, 2016).

Nesse contexto, as ações e estratégias de educação em saúde desenvolvidas no ambiente escolar assumem papel fundamental na disseminação de saberes, contribuindo para a formação de indivíduos críticos e participativos. A escola, enquanto espaço de socialização e aprendizagem, possibilita a implementação de práticas educativas que mobilizam o coletivo, sendo os estudantes atores centrais nesse processo, não apenas como receptores, mas como protagonistas das ações em saúde (Azevedo; Campos, 2025; Baroni; Silva, 2022).

Ademais, as escolas situadas em áreas rurais configuram-se como espaços estratégicos para a abordagem de práticas de educação em saúde, uma vez que estão inseridas em contextos que apresentam demandas e necessidades específicas. Tais particularidades exigem a adoção de estratégias educativas

contextualizadas, que considerem aspectos socioculturais, econômicos e territoriais, contribuindo para a efetividade das ações e para a promoção da saúde no meio rural (Pappen *et al.*, 2025). Além disso, a integração entre escola, comunidade e serviços de saúde fortalece as ações de educação em saúde, promovendo a construção de vínculos e a troca de conhecimentos entre diferentes atores sociais. Essa articulação favorece o desenvolvimento de atividades educativas mais próximas da realidade dos estudantes e de suas famílias, possibilitando a identificação de demandas locais e o incentivo à participação coletiva na promoção da saúde. Dessa forma, a educação em saúde no contexto escolar contribui não apenas para a prevenção de doenças, mas também para a formação de cidadãos mais conscientes, autônomos e comprometidos com o bem-estar individual e coletivo (Pappen *et al.*, 2025). Assim, este capítulo tem por objetivo identificar e refletir sobre as práticas de educação em saúde em escolas rurais do RS, a partir da visão dos alunos.

PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ESCOLAS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL

Esse estudo possui caráter quantitativo, de cunho descritivo a partir de um recorte da pesquisa de tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), intitulada "EDUCAÇÃO EM SAÚDE: realidade, reflexões e intervenções em escolas da zona rural em municípios do Rio Grande do Sul (RS)".

Para esse capítulo foram utilizados dados de oito questões de um questionário, pré estruturado, realizado em 2023, com todos os alunos do nono ano do ensino fundamental de três escolas estaduais rurais de três municípios do RS, onde cada município pertence a uma coordenadoria regional de saúde diferente.

Para as respostas das perguntas do questionário, foi considerado as opções "sim", "não", "com frequência" (Todos os

dias/mês/ano), "muitas vezes" (5 vezes na semana/ano), "às vezes" (4 vezes na semana/ano) e "raramente" (1 vez na semana/ano). Todos os dados foram digitados, tabulados e analisados através da análise estatística descritiva, considerando que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade e seguiu todos os preceitos éticos de pesquisa.

Como resultado, houve a participação de 29 alunos de três escolas estaduais, localizadas na zona rural, sendo uma de cada município participante. Destes 29 alunos, nove (31%) eram do gênero feminino e 20 (69%) do gênero masculino, todos com faixa etária de idade entre 14 e 18 anos.

No que se refere ao conhecimento do termo Educação em Saúde, houve predominância de conhecimento com 17 (59%) alunos afirmando conhecer a temática. Assim, os autores consideram que abordar a educação em saúde durante o ensino na escola estimula a autonomia do aluno, visto que ele se torna o protagonista do seu cuidado. Da mesma forma, por meio de ações de educação em saúde, o aluno desperta a criatividade, a reflexão e a independência, além de indiretamente capacitá-lo para melhores estratégias para a resolução de seus problemas (Farias; Martin; Cristo, 2014).

Quanto ao desenvolvimento de ações e estratégias de educação em saúde no ambiente escolar, 17 (59%) citaram "às vezes", enquanto 12 (41%) responderam que "não" ocorrem ou ocorrem "raramente" ou com "pouca frequência". Nesse sentido, os autores relatam a baixa frequência na realização de ações de saúde, visto como um problema quando analisado que essas atuam na prevenção de doenças e promoção à saúde. Os mesmos autores ressaltam que mesmo existindo o Programa Saúde na Escola (PSE), é necessário a organização e realização de mais atividades relacionadas à saúde no espaço escolar que visam a intersetorialidade entre escolas e serviços de saúde (Mallue *et al.*, 2024).

Das ações de educação em saúde realizadas nas escolas estudadas, 23 (79%) alunos relataram a atividade ser na forma de

palestras. Sendo assim, o método de palestra se torna muitas vezes mais comum e rápido, porém, atividades práticas, dinâmicas ou materiais audiovisuais, precisam ser levadas em consideração pois proporcionam um ambiente mais atrativo e satisfatório (Yonemotu; Vieira, 2020).

Quando perguntado sobre o convite aos pais para participação nas atividades de educação em saúde realizadas nas escolas, 15 (52%) responderam que "não" ocorre. Visto isso, entende-se que a escola é um local ideal para ser abordado educação em saúde envolvendo diversos grupos, como a articulação dos alunos, pais e/ou responsáveis, professores e profissionais da saúde. Esse trabalho conjunto em prol da saúde do escolar possibilita soluções para diversos problemas, pois engloba diferentes áreas (Carvalho; Zanin; Flório, 2020).

Quanto à importância do desenvolvimento de ações educativas sobre saúde no espaço escolar, 25 (86%) responderam que as consideram importantes. A partir disso, destaca-se o trabalho intersetorial necessário para a realização de educação em saúde em espaço escolar. Porém, existem desafios para esse trabalho ser realizado conforme deveria, relatado pelos profissionais da saúde como o excesso de atribuições nos serviços de saúde, a carência no envolvimento das escolas e a falta de recursos (Carvalho; Zanin; Flório, 2020). Nesse sentido, 22 (76%) alunos concordaram que as atividades educativas realizadas na escola influenciam nos hábitos de saúde da família. Sendo assim, autores discutem que atividades educativas realizadas na escola exercem influência significativa nos hábitos de saúde da família, demonstrando que o ambiente escolar vai além da transmissão de conhecimentos acadêmicos. Dessa forma, a escola atua como agente transformador, estimulando mudanças de comportamento não apenas nos alunos, mas também em seus familiares, fortalecendo práticas de cuidado e promoção da saúde no contexto familiar e social (Salles *et al.*, 2021).

Nesse contexto, 15 (52%) alunos responderam que compartilham "as vezes" os conteúdos discutidos nas ações

educativas realizadas na escola, o que reforça o importante papel dos alunos como multiplicadores de conhecimento nesse meio rural. Esse resultado reforça o importante papel dos estudantes como multiplicadores de conhecimento no meio rural, uma vez que as informações adquiridas no ambiente escolar são frequentemente compartilhadas com familiares e membros da comunidade. Assim, a escola contribui não apenas para a formação educacional dos alunos, mas também para a disseminação de práticas e orientações que favorecem o desenvolvimento social e o bem-estar coletivo na comunidade rural (Silveira *et al.*, 2019).

Por fim, quando questionados se há trabalho conjunto entre a escola e os profissionais de saúde do município, 12 (42%) responderam que "às vezes". Esse resultado indica que, embora existam ações integradas entre os setores da educação e da saúde, elas ainda acontecem de forma esporádica, o que pode limitar a continuidade e a efetividade das atividades educativas voltadas à promoção da saúde. A articulação entre escola e profissionais de saúde é fundamental para fortalecer ações preventivas, ampliar o acesso à informação e contribuir para a formação de hábitos saudáveis entre os estudantes e suas famílias, especialmente no contexto rural (Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, embora as ações e estratégias de educação em saúde nas escolas rurais ainda ocorram de maneira pouco frequente, elas desempenham papel fundamental na formação dos estudantes e no fortalecimento da promoção da saúde no contexto escolar e comunitário. As atividades educativas, especialmente as palestras, mostraram-se importantes instrumentos de aprendizagem, proporcionando aos alunos acesso a informações relevantes e estimulando reflexões críticas acerca dos cuidados com a saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida. Além disso, observou-se que os estudantes reconhecem a influência dessas ações não apenas em seus próprios hábitos, mas

também nos hábitos de suas famílias e da comunidade em que estão inseridos. Nesse sentido, evidencia-se o importante papel do aluno como multiplicador de conhecimentos, levando informações adquiridas na escola para o ambiente familiar e contribuindo para a conscientização coletiva, especialmente no meio rural, onde o acesso às informações em saúde pode ser mais limitado.

Os resultados também apontam para a necessidade de maior integração entre a escola e os profissionais de saúde do município, de modo que as ações educativas ocorram de forma contínua e articulada. O fortalecimento dessa parceria pode ampliar o alcance das atividades, favorecer a construção de hábitos saudáveis e promover maior participação da comunidade escolar nas questões relacionadas à saúde. Portanto, investir em educação em saúde nas escolas rurais representa uma estratégia essencial para o desenvolvimento social, educativo e sanitário da população, contribuindo para a formação de cidadãos mais conscientes, críticos e comprometidos com o bem-estar coletivo.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A. W., *et al.* Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: contribuições práticas do enfermeiro. **Enfermagem Brasil**, v. 17. n. 6, p. 645-653, 2018.

AZEVEDO, M. B. P.; CAMPOS, T. A. M. Conectando Saberes: Educomunicação e as Formações Socioculturais nas Práticas Educativas Contemporâneas. **COGNITIONIS Scientific Journal**, v. 8, p. 622-622, 2025.

BARONI, J. G.; SILVA, C. C. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 3, p. 103-115, 2022.

CARVALHO, K. N.; ZANIN, L.; FLÓRIO, F. M. Percepção de escolares e enfermeiros quanto às práticas educativas do

programa saúde na escola. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2325-2325, 2020.

CYRINO, R. S., *et al.* Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idosos. **Revista Ciência em extensão**, v. 12, n.3, p. 154-163, 2016.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista brasileira de educação médica**. v. 39, p. 143-150, 2015.

MALLUE, F. G. *et al.* Perspectivas de Profissionais de Educação sobre ações do Programa Saúde na Escola em Pelotas em 2022. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 29, p. 1-8, 2024.

PAPPEN, M. *et al*. Análise de ações de educação em saúde em escolas rurais do Rio Grande do Sul. **Revista Signos**, v. 46, n. 1, p. 361-378, 2025.

VIEIRA, C. M. Diversidade e comunicação: percepções de surdos sobre atividade de educação em saúde realizada por estudantes de medicina. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 2, 401-414, 2020.

SALLES, G. N. *et al*. Influência de escolares participantes de um programa de educação nas práticas diárias de saúde bucal em seu ambiente familiar. Semina: **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 42, n. 2, p. 145-154, 2021.

SILVEIRA, B. M. *et al.* Opinião das famílias sobre as atividades lúdicas desenvolvidas com crianças na escola abordando hábitos saudáveis. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 4, p. 116-121, 2019.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1781-1790, 2017.



DE QUE ADOLESCÊNCIA(S) E JUVENTUDE(S) ESTAMOS FALANDO? PLURALIDADES E CONTEXTOS RURAIS



Letícia Lorenzoni Lasta
Isabela Cristina Lemos
Andressa Sehn
Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaini
Anelise Miritz Borges
Edna Linhares Garcia

INTRODUÇÃO

Barbosa-Silva, Pereira e Alves (2021) realizaram uma revisão de literatura integrativa dos termos adolescência e juventude nos campos da literatura acadêmica. A premissa de que estes são conceitos construídos e não naturais, com base em mudanças sócio-históricas. Os achados revelam que a discussão em torno da adolescência e da juventude é extremamente ampla, além de estar construída sob bases epistemológicas diferentes, configurando conceitos e modo de percepção destes momentos da vida de forma variada.

Interrogar sobre *"de que adolescência(s) e juventude(s) estamos falando?"* implica tensionar uma categoria que, embora amplamente naturalizada, é na verdade, historicamente produzida. Como demonstra Ariès (2015) a própria ideia de adolescência não é universal nem atemporal, mas resultado de processos sociais específicos. Ainda assim, no campo da psicologia e das políticas públicas, persiste a tendência de tratá-la como uma etapa homogênea do desenvolvimento, frequentemente orientada por referenciais urbanos, escolarizados, individualizantes e

biologicistas. É nesse ponto que se coloca a problemática: *em que medida essa noção universalizante apaga diferenças e, sobretudo, que efeitos recaem sobre os sujeitos esse apagamento territorial?*

Ao deslocar o olhar para os contextos rurais, essa questão ganha densidade. Historicamente, o rural tem sido posicionado como espaço de carência ou atraso, em oposição a um urbano tomado como norma. Tal hierarquização não apenas organiza políticas e práticas institucionais, mas também delimita quais experiências são reconhecidas como legítimas. Os capítulos do livro *"Juventude rural em perspectiva"* organizado por Maria José Carneiro e Elisa Guaraná de Castro (2007), mostram que os modos de vida no contexto rural articulam relações comunitárias, trabalho familiar e pertencimento territorial de maneira singular. Tais elementos não configuram meras variações de uma mesma juventude, mas produzem experiências qualitativamente distintas. A inserção no trabalho, por exemplo, não pode ser compreendida exclusivamente como ruptura de um percurso "ideal", pois também participa da construção de identidade e reconhecimento social.

Além disso, as temporalidades que atravessam a vida no campo tensionam a ideia de adolescência como fase linear e homogênea. Os marcadores de passagem — assumir tarefas, contribuir com a família, circular entre espaços — não obedecem necessariamente a uma cronologia definida por idade, mas se organizam a partir de dinâmicas territoriais e relacionais. Assim, mais do que uma etapa universal, a adolescência se apresenta como uma experiência situada, produzida na intersecção entre condições materiais, relações sociais e regimes de visibilidade.

No livro *"Desaparecer de si: uma tentação contemporânea"* David Le Breton (2018) oferece uma chave interpretativa potente: a noção de "desaparecer de si" como resposta subjetiva às tensões contemporâneas, marcada por experiências de esgotamento, invisibilidade, pressão normativa e fragilização dos vínculos. Nesse sentido, pensar adolescência(s) e juventude(s) como produções de sentido implica reconhecer que esses sujeitos se

constituem em meio a disputas simbólicas e materiais. A adolescência, frequentemente capturada por modelos desenvolvimentistas, tende a ser compreendida como fase de crise e transição; já a juventude, mais ampla, abarca modos de inserção social, pertencimento e projetos de vida. Ao deslocar essas categorias para o plural — adolescências e juventudes — evidencia-se a heterogeneidade das experiências, especialmente quando atravessadas por território, classe, gênero e raça.

É nesse ponto que a contribuição de Le Breton (2018) se torna analiticamente fecunda para o que estamos buscando com este ensaio teórico, pois o "desaparecer de si" não se restringe a um ato extremo, mas pode se manifestar em práticas cotidianas de retraimento, apagamento simbólico, evasão ou silenciamento. Entre jovens, essas experiências podem ser entendidas como formas de lidar com exigências contraditórias: ser autônomo e, ao mesmo tempo, corresponder a expectativas sociais rígidas; construir uma identidade singular enquanto se enfrenta processos de exclusão ou invisibilização.

No contexto rural, essas tensões assumem contornos específicos. As juventudes rurais frequentemente se situam entre a valorização do pertencimento territorial e a pressão para migrar em busca de reconhecimento, trabalho e acesso a direitos. A permanência no campo pode ser vivida tanto como escolha quanto como limitação. Nesse cenário, o "desaparecer de si" pode operar de maneira singular: não necessariamente como ruptura radical, mas como um esmaecimento das possibilidades de projeção de futuro, uma sensação de não reconhecimento ou de não lugar.

Autores como Maria José Carneiro (2007) destacam que a juventude rural não pode ser reduzida à ideia de transição para a vida adulta ou à sucessão familiar, mas deve ser entendida a partir dos projetos de vida, valores e sentidos atribuídos pelos próprios jovens. Em suas análises, a permanência ou saída do campo não se configura como uma escolha meramente individual, mas como resultado de condições estruturais e simbólicas que limitam ou ampliam possibilidades de futuro. Sendo assim, compreender os

múltiplos sentidos de ser jovem no contexto rural exige considerar que, entre presença e desaparecimento, os sujeitos constroem estratégias singulares de existir, resistir e, quando possível, reinventar seus modos de vida.

Dito isso, este capítulo em formato de ensaio teórico nos convida à reflexão sobre as adolescência(s) e juventude(s). A questão inicial levantada não busca nos conduzir a uma definição mais precisa, mas à recusa de respostas únicas. Ao considerar as pluralidades e, em especial, os contextos rurais, torna-se evidente que se trata de pensar a(s) adolescência(s), juventude(s) como múltiplas, situadas e atravessadas por relações sócio-históricas que as produzem.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente capítulo se constitui como um ensaio teórico, compreendido como uma modalidade de produção de conhecimentos que privilegia a problematização conceitual, a articulação crítica de ideias e a construção de interpretações, sem a pretensão de esgotamento empírico ou sistematização exaustiva da literatura. Diferentemente de revisões tradicionais, o ensaio teórico opera por meio da reflexividade e da argumentação, permitindo tensionar categorias naturalizadas e produzir deslocamentos analíticos (Meneghetti, 2011). Nessa perspectiva, o ensaio não se orienta pela linearidade metodológica, mas pela consistência argumentativa e pela capacidade de produzir novas inteligibilidades sobre o fenômeno em análise, assumindo a centralidade do posicionamento do pesquisador no processo de construção do conhecimento (Severino, 2016).

Neste sentido, o ensaio teórico, ao privilegiar a abertura interpretativa, não se orienta pela busca de conclusões definitivas, mas pela ampliação do campo de problematizações. Ao interrogar "de que adolescências estamos falando?", busca-se sustentar a necessidade de pensar as adolescências como múltiplas, situadas e atravessadas por relações sociais, históricas e territoriais,

contribuindo para o deslocamento de perspectivas universalizantes ainda predominantes. Desse modo, o capítulo estrutura-se a partir de três movimentos articulados: (1) problematização conceitual, ao questionar a naturalização da adolescência como categoria universal; (2) deslocamento analítico, ao incorporar contextos rurais como chave de leitura; e (3) considerações finais, que buscam evidenciar as implicações dessas discussões. Trata-se de um processo que valoriza a reflexividade, reconhecendo seu lugar na produção do conhecimento.

PROBLEMATIZANDO PERSPECTIVAS CONCEITUAIS E SEUS SENTIDOS

Para Rose (2001) a psicologia do desenvolvimento emerge no bojo da Modernidade, fortemente influenciada pelos ideais iluministas que colocam a razão como eixo organizador da vida social e individual. Nesse horizonte, estabelece-se uma associação entre razão, emancipação e progresso, entendida como caminho legítimo e desejável para o desenvolvimento humano. A infância e a adolescência passam, então, a ser concebidas como etapas de um percurso evolutivo orientado à conquista da racionalidade e da autonomia, o que confere à psicologia um papel central na descrição, acompanhamento e regulação desse processo.

Conforme argumenta Castro (1998), os estudos sobre desenvolvimento humano articulam-se a esse projeto emancipatório ao situarem crianças e adolescentes em posições de incompletude, frequentemente aproximadas de uma ideia de "natureza" ainda não plenamente civilizada. Nesse enquadramento, o desenvolvimento é compreendido como um processo sequencial, organizado em estágios progressivos de crescente complexidade, culminando na formação de um sujeito autônomo, autorregulado e universal. Nesse sentido, essa dimensão da vida remete a uma efemeridade e volatilidade que parece dissolver o reconhecimento de uma existência.

As teorias clássicas, como a de Jean Piaget, exemplificam esse modelo ao associar a maturidade ao domínio do pensamento lógico-dedutivo, considerado condição para a plena inserção social, moral e intelectual. Assim, valores como progresso, estabilidade, objetividade e neutralidade tornam-se estruturantes, sustentando a primazia da razão sobre a emoção e a ideia de superação de um estado considerado primitivo.

A emergência desses estudos pode ser compreendida também como resposta a demandas sociais mais amplas, vinculadas à necessidade de prever, controlar e normatizar comportamentos em sociedades em transformação. A infância e a adolescência tornam-se, assim, campos privilegiados de intervenção, nos quais a psicologia opera não apenas como descrição de processos naturais, mas como produtora de normas e parâmetros de desenvolvimento. Desse modo, ao buscar definir o que é esperado em cada etapa da vida, a psicologia do desenvolvimento contribui para a regulação social, estabelecendo fronteiras entre o considerado normal e o desviante (Rose, 2001).

Para Jobim e Souza (1996) as teorias sobre o desenvolvimento humano têm se caracterizado pela constituição de saberes que pressupõem uma concepção de tempo linear, cumulativo, vazio e homogêneo, cujo desdobramento se dará no futuro. Nessa perspectiva, Bujes (2000) complementa afirmando que os saberes estão implicados na produção dos sujeitos que buscam descrever, podemos entender que uma menor intervariabilidade em termos de desenvolvimento encontrada na infância e adolescência é também efeito das práticas que se alicerçam em determinados regimes de verdade, isto é, "as condições de possibilidade de desenvolvimento são produzidas socialmente" (Castro, 1998, p. 34). Isso significa dizer que mais do que observar e relatar o desenvolvimento humano, as teorias formulam parâmetros, medidas e ideais para o mesmo, estabelecendo os meios para alcançá-los e modelando as condutas infantis, de modo que essa fase da vida humana possa ser compreendida e organizada em prol de um gerenciamento tido como conveniente. Tal perspectiva

sustenta, ainda que implicitamente, a ideia de um sujeito universal, cujas trajetórias poderiam ser descritas, previstas e, em certa medida, normatizadas.

É justamente essa pretensão universalizante que é tensionada por Cecília Coimbra, Fernanda Bocco e Maria Livia do Nascimento (2005) no artigo "*Subvertendo o conceito de adolescência*". As autoras propõem um deslocamento radical: a adolescência não deve ser tomada como uma etapa natural do desenvolvimento, mas como uma produção histórico-social, atravessada por relações de poder, discursos científicos e práticas institucionais. Nessa direção, aquilo que a psicologia do desenvolvimento frequentemente apresenta como dado — a crise adolescente, a instabilidade, a transição — passa a ser interrogado como efeito de determinados regimes de saber.

Enquanto a psicologia do desenvolvimento tende a organizar a adolescência a partir de critérios normativos — estabelecendo o que é esperado em cada fase —, Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) problematizam os efeitos dessa normatização. Ao definir padrões de desenvolvimento, esses saberes produzem também seus desvios, classificando determinados modos de existência como inadequados, problemáticos ou patológicos. Assim, a adolescência deixa de ser apenas descrita e passa a ser produzida como objeto de intervenção, especialmente no interior de instituições como a escola, a família e os dispositivos de saúde.

Outro ponto de tensão que se coloca é de que as teorias desenvolvimentistas operam, em grande medida, com a ideia de que todos os sujeitos percorrem as mesmas etapas, independentemente de suas condições sociais. Em contraste, Coimbra Bocco e Nascimento (2005) enfatizam que a adolescência não é vivida da mesma forma por todos. Marcadores como classe social, raça e território produzem experiências profundamente distintas. Nesse sentido, as autoras evidenciam que a própria possibilidade de viver a adolescência como "fase de transição" — muitas vezes associada à escolarização prolongada e à dependência econômica — não está igualmente disponível para todos os jovens.

Para aqueles inseridos em contextos de maior vulnerabilidade, por exemplo, a entrada precoce no trabalho e as responsabilidades familiares podem encurtar ou mesmo inviabilizar essa moratória.

Além disso, enquanto a psicologia do desenvolvimento frequentemente busca explicar comportamentos adolescentes a partir de processos internos — maturação, conflitos intrapsíquicos, etapas cognitivas —, Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) deslocam o foco para as condições históricas e políticas que produzem tais comportamentos como problemáticos. A "rebeldia", a "instabilidade" ou a "crise" deixam de ser vistas como características naturais e passam a ser compreendidas como efeitos de um campo de forças que inclui desigualdades sociais, práticas institucionais e discursos normativos.

Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) a partir das suas inquietações com o uso indiscriminado do termo "adolescência" como uma categoria universal, a-histórica através de uma lógica desenvolvimentista, investigaram a construção do termo e o papel do pensamento psicológico, inicialmente, tendo o intuito de delimitar o que é normal e esperado nessa fase. Especialmente delimitando atributos e tempos específicos, como se houvesse uma linearidade na vida independente das condições, dos acontecimentos e das possibilidades.

Dito isto, a utilização dos termos "adolescência" ou "adolescentes" podem servir para fomentar as forças dominantes homogêneas que através de práticas, relações e discursos contribuem para reforçar aqueles adolescentes que têm valor (material e simbolicamente). Portanto, as autoras citadas acima, sustentam-se na ideia de uma vida em movimento "pensamentos e existências que exigem criação e invenção, que estão no plano dos acontecimentos e se evidenciam nos movimentos que possibilitam a inauguração de outras formas de vida" (Coimbra; Bocco; Nascimento, 2005, p. 7). Por essa razão, a escolha das mesmas pelo conceito "juventude", o qual corrobora com essa abertura e não fechamento de formas de vida, e, portanto, trata-se de uma escolha política.

Essa contraposição evidencia dois modos distintos de compreensão conceitual. De um lado, uma perspectiva que busca ordenar, classificar e universalizar, sustentando-se na ideia filiado a uma lógica linear; de outro, uma abordagem crítica que desnaturaliza, historiciza e problematiza, evidenciando a multiplicidade das experiências juvenis e os efeitos de poder implicados em sua definição. Assim, ao subverterem o conceito de adolescência, ampliam a compreensão da juventude como uma construção social marcada por assimetrias.

A subversão ao conceito adolescência nos convida a deslocar o olhar de definições universalizantes para uma análise das condições concretas que possibilitam — ou impedem — a vivência da juventude. Com isso, a juventude deixa de ser entendida como uma fase homogênea e passa a ser reconhecida em sua pluralidade, como experiência atravessada por diferenças e por relações de poder.

Além disso, a defesa das autoras para o uso - "juventude" no singular - não significa negar a diversidade das experiências juvenis. Ao contrário, trata-se de um gesto analítico e político voltado a evidenciar que "juventude" é uma categoria produzida discursivamente, e não um dado natural que se desdobra espontaneamente em múltiplas formas. As autoras ao utilizarem "juventude" no singular remetem à categoria como produção social, como algo que organiza modos de ver, classificar e intervir sobre determinados sujeitos. Diante de tais possibilidades, nos questionamos: *em que medida tais perspectivas operam no contexto da(s) adolescência(s) e juventude(s) rurais?*

ADOLESCÊNCIA(S) E JUVENTUDE(S) NO CONTEXTO RURAL

Pensar adolescências e juventudes no contexto rural exige, inicialmente, deslocar a centralidade de modelos analíticos construídos a partir de experiências urbanas. Ao tomar como referência uma ideia universal de desenvolvimento ou uma noção

normativa de juventude, corre-se o risco de produzir leituras que (des)classificam as experiências rurais. Nesse sentido, reconhecer a pluralidade das adolescências e juventude implica compreender que essas experiências são produzidas em contextos específicos, atravessadas por condições materiais, relações sociais e dinâmicas territoriais.

No campo da sociologia rural brasileira, José de Souza Martins (1994) destaca que o mundo rural não pode ser reduzido a uma lógica de atraso ou resíduo do urbano, mas deve ser compreendido em sua complexidade histórica e social. As transformações no campo, marcadas por processos de modernização, desigualdade e reconfiguração das formas de trabalho, produzem também novas formas de viver a infância, a adolescência e a juventude. Nessa direção, Sérgio Schneider (2003) enfatiza que o rural contemporâneo é atravessado por múltiplas dinâmicas — econômicas, culturais e políticas — que impactam diretamente as trajetórias juvenis.

Ao focalizar especificamente a juventude rural, Maria José Carneiro (2005) evidencia que esses sujeitos constroem seus projetos de vida em meio a tensões entre pertencimento e deslocamento. De um lado, há o enraizamento territorial, marcado por vínculos familiares, redes comunitárias e identificação com o modo de vida rural; de outro, emergem desejos e necessidades de mobilidade, especialmente relacionados à escolarização e ao trabalho. Essa tensão revela que a juventude rural não pode ser compreendida como homogênea, mas como um campo de negociações entre permanência e saída, tradição e mudança.

Além disso, a inserção precoce no trabalho constitui um elemento central na experiência de muitos adolescentes e jovens no campo. Diferentemente do modelo urbano que associa juventude a um período de preparação e dependência, em contextos rurais o trabalho frequentemente se articula à vida familiar e comunitária desde cedo. Como argumenta Rosângela Soares (2010), essa participação não pode ser automaticamente interpretada como ruptura de um percurso ideal, mas deve ser analisada em sua

ambivalência: ao mesmo tempo em que pode limitar oportunidades educacionais, também pode produzir pertencimento, reconhecimento e aprendizagem social.

Outro aspecto relevante diz respeito às desigualdades no acesso a políticas públicas. Estudos como os citados acima, apontam que jovens rurais enfrentam maiores dificuldades em relação à escolarização, ao acesso à saúde e a oportunidades de inserção profissional. Essa condição impacta diretamente a forma como a adolescência e a juventude são vividas, muitas vezes encurtando o tempo socialmente reconhecido como "juventude". Nesse sentido, a noção de moratória social — discutida por Contardo Calligaris (2000) — precisa ser relativizada, uma vez que nem todos os sujeitos dispõem das condições materiais que permitem prolongar esse período de experimentação.

Ao considerar esses elementos, torna-se evidente que adolescências e juventudes no contexto rural não podem ser compreendidas a partir de modelos homogêneos. Trata-se de experiências situadas, plurais e atravessadas por desigualdades, mas também por potências e formas próprias de produção de sentido. Reconhecer essa complexidade implica evitar tanto a estigmatização — que reduz o rural à falta — quanto a romantização — que ignora suas contradições.

Por fim, a reflexão proposta exige rever os modos de produção de conhecimento. Mais do que descrever essas experiências a partir de categorias prévias, trata-se de construir análises que partam dos próprios sujeitos, de seus territórios e de suas práticas. Isso implica sustentar uma escuta atenta às formas como esses jovens significam suas trajetórias, reconhecendo-os como protagonistas na produção de suas vidas e dos saberes sobre elas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste ensaio teórico, buscou-se tensionar a noção de adolescência como categoria universal, evidenciando seu caráter histórico, social e discursivamente produzido. Em diálogo com diferentes autores, foi possível compreender que tanto a adolescência quanto a juventude não constituem etapas naturais e homogêneas, mas são atravessadas por relações de poder, saberes científicos e práticas institucionais que definem modos de existir. A psicologia do desenvolvimento, especialmente em suas vertentes mais clássicas, contribuiu para a consolidação de modelos normativos, ao organizar o percurso da vida em etapas sequenciais e universais, muitas vezes desconsiderando as desigualdades sociais e os contextos nos quais os sujeitos estão inseridos.

A contraposição a essa perspectiva permitiu afirmar a necessidade de pensar em adolescências e juventude, reconhecendo que as experiências juvenis são situadas e atravessadas por marcadores como classe, raça, gênero e território. Nesse sentido, a incorporação das contribuições de José de Souza Martins e Maria José Carneiro possibilitou evidenciar que os contextos rurais produzem modos específicos de viver essas experiências, marcados por relações comunitárias, inserção no trabalho, pertencimento territorial e tensões entre permanência e deslocamento.

Diante disso, sustentar a pergunta *"de que adolescência(s) e juventude(s) estamos falando?"* mostrou-se mais produtivo do que buscar definições fechadas. Ao reconhecer a pluralidade das experiências e a centralidade dos contextos, especialmente os rurais, reafirma-se a necessidade de produzir conhecimentos e práticas que não operem pela homogeneização, mas pela escuta e pelo reconhecimento das diferenças. Isso implica não apenas revisões conceituais, mas também deslocamentos ético-políticos na forma de pesquisar e intervir, construindo saberes com os sujeitos e a partir de seus territórios. Assim, mais do que encerrar a discussão, este ensaio aponta para a importância de manter abertas

as problematizações, permitindo que novas questões emerjam a partir das múltiplas formas de viver e existir no mundo.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2ª edição. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

BARBOSA-SILVA, L.; PEREIRA, Á.; ALVES, F.A. Reflexões sobre os conceitos de adolescência e juventude: Uma revisão integrativa. **Revista Prática Docente**, v. 6, n. 1, 2021.

BUJES, M. I. O fio e a trama: as crianças nas malhas do poder. **Educação e Realidade**, v. 4, n.1, 2000, p. 25-44.

CARNEIRO, M.J., CASTRO, E.G. de (ORGS.) **Juventude rural em perspectiva**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007. Disponível em: https://www.gov.br/mda/pt-br/acervo-nucleo-de-estudos-agrarios/nead-outras-publicacoes-1/juventude-rural-em-perspectiva.pdf. Acesso em 19 de abril de 2026.

CASTRO, L. R. de. Uma teoria da infância na contemporaneidade. In: Bujes, M. I. (org.). **Infância e adolescência na cultura do consumo**. Rio de Janeiro, NAU, 1998.

CARNEIRO, M. J. Juventude e novas mentalidades no cenário rural. *In*: RO, M. J. CASTRO, E. G. de (ORGS.) **Juventude rural em perspectiva**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007, p. 53- 66.

CARNEIRO, M. J. Juventude rural: projetos e valores. *In*: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (org.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 243-261.

COIMBRA, C. C.; BOCCO, F.; NASCIMENTO, M. L. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 2-11, 2005.

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

JOBIM E SOUZA, S. Ressignificando a psicologia do desenvolvimento: uma contribuição crítica à pesquisa da infância. *In*: Kramer, S. e Leite, M. I. (orgs.). **Infância: fios e desafios da pesquisa**. 3. ed. Campinas, Papirus, 1996.

LE BRETON, D. **Desaparecer de si: uma tentação contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2018.

MARTINS, J.de S. **O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rac/a/4mNCY5D6rmRDPWXtrQQMyGN/?format=html&lang=pt. Acesso em: 19 de abril de 2026.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do Eu? **Educação e Realidade**, v. 26, n. 1, pp.33-57, 2001.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

SCHNEIDER, S. **A diversidade da agricultura familiar**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

SOARES, R. Juventude rural no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista de Estudos Rurais**, v. 12, n. 2, p. 45-62, 2010.

A ESCOLA COMO AMBIENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS PROCESSOS DE ADOECIMENTO

Giana Diesel Sebastiany

INTRODUÇÃO

A escola constitui-se historicamente como um espaço privilegiado de socialização, produção de saberes e conformação de valores, exercendo papel decisivo no desenvolvimento humano. No entanto, compreendê-la apenas como cenário neutro de transmissão de conhecimentos implica obscurecer sua inserção em dinâmicas sociais mais amplas, marcadas por desigualdades, disputas simbólicas e relações de poder. Enquanto instituição social, a escola expressa e, simultaneamente, produz modos de viver, de aprender e de adoecer.

Nesse sentido, o ambiente escolar configura-se como um território no qual os determinantes sociais da saúde se materializam de forma concreta, incidindo sobre as condições de vida, o bem-estar e o processo saúde-doença de crianças e adolescentes. A escola pode, assim, operar de maneira paradoxal: ao mesmo tempo em que se apresenta como espaço potencial de promoção da saúde e de proteção social, pode também reproduzir práticas institucionais que geram sofrimento físico, emocional e social.

A relação entre escola e saúde não é neutra nem recente. Ao longo da história, diferentes modelos explicativos e interventivos orientaram as práticas de saúde no contexto escolar, refletindo concepções hegemônicas de corpo, infância, educação e papel do Estado. Essas concepções influenciaram tanto a organização dos

espaços escolares quanto as práticas pedagógicas e as formas de intervenção sobre os estudantes.

Nas últimas décadas, observa-se uma inflexão paradigmática que desloca o foco da saúde escolar do controle médico e da vigilância sanitária para a promoção da saúde, compreendida como um processo social, participativo e intersetorial. Essa mudança amplia o conceito de saúde ao incorporar dimensões subjetivas, culturais, econômicas e políticas, reconhecendo a escola como espaço estratégico para a formação integral e cidadã.

Este capítulo tem como objetivo analisar a evolução histórica da saúde escolar, desde o modelo higienista até o paradigma da promoção da saúde, discutir os desafios contemporâneos da intersetorialidade no âmbito do Programa Saúde na Escola e problematizar os impactos positivos e negativos do ambiente escolar sobre a saúde dos estudantes. Parte-se da compreensão de que a consolidação de escolas promotoras de saúde exige a superação de práticas fragmentadas e a construção de ações articuladas entre educação, saúde e comunidade.

O NASCIMENTO DA SAÚDE ESCOLAR: O MODELO HIGIENISTA E A POLÍCIA MÉDICA

As origens da saúde escolar estão profundamente associadas ao surgimento do pensamento higienista europeu, entre o final do século XVIII e o início do século XIX. Nesse período, a saúde passa a ser concebida como um assunto de interesse do Estado, diretamente relacionada à produtividade econômica, ao crescimento populacional e à ordem social. A escola, enquanto instituição responsável pela formação das novas gerações, torna-se um espaço estratégico para a aplicação de normas sanitárias e de controle dos corpos.

O marco teórico mais relevante desse período é a obra do médico alemão Johann Peter Frank (1745–1821), autor do "*System einer vollständigen medizinischen Polizey*", conhecido como Sistema Frank. Publicado a partir de 1779, esse extenso compêndio

propunha uma organização sistemática das ações do Estado sobre a saúde da população, fundamentando o conceito de "polícia médica". Segundo Rosen (1979), trata-se de um marco no pensamento social em saúde, ao estabelecer a saúde como responsabilidade estatal e objeto de regulação normativa. O Sistema Frank abrangia múltiplos aspectos da vida social, incluindo demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, educação, saneamento, vestuário, abastecimento de água e prevenção de acidentes (Lima, 1985). A saúde escolar, nesse contexto, era concebida como parte de um projeto mais amplo de organização da vida social, voltado à preservação da força de trabalho e ao fortalecimento do Estado.

A escola passou a ser objeto de inspeções regulares, nas quais médicos avaliavam as condições físicas dos estudantes, a salubridade dos edifícios escolares e os hábitos de higiene. Essa lógica higienista estava estruturada em três eixos principais: a inspeção médica de alunos e professores, o sanitarismo dos espaços escolares e a puericultura, responsável pela difusão de normas rígidas de higiene, alimentação e comportamento.

No Brasil, o modelo higienista foi incorporado de forma significativa no início do século XX, em um contexto marcado por epidemias urbanas, reformas sanitárias e projetos de modernização do Estado. A escola tornou-se um dos principais espaços de intervenção das políticas de saúde pública, reforçando uma concepção biomédica e normativa de saúde. Embora tenha contribuído para a redução de doenças infectocontagiosas, esse modelo reduzia a saúde à dimensão biológica e tratava os estudantes como sujeitos passivos, desconsiderando seus contextos sociais e culturais.

A TRANSIÇÃO DO HIGIENISMO PARA O MODELO PREVENTIVISTA

Ao longo do século XX, especialmente a partir do desenvolvimento da epidemiologia e das políticas de saúde

pública, o modelo higienista passou a incorporar estratégias preventivas. A saúde escolar deixa de se restringir ao controle ambiental e à inspeção dos corpos, passando a incluir ações voltadas à prevenção de doenças específicas, como campanhas de vacinação, controle de parasitoses e educação sanitária.

Nesse período, a escola consolida-se como espaço privilegiado para a difusão de informações sobre saúde, com foco na mudança de comportamentos individuais considerados de risco. A educação em saúde assume um caráter predominantemente informativo e normativo, centrado na transmissão de conhecimentos técnicos sobre higiene, alimentação e prevenção de doenças. Apesar de representar um avanço em relação ao higienismo clássico, o modelo preventivista manteve limites importantes. As ações eram, em geral, pontuais, descontextualizadas e pouco integradas ao projeto pedagógico das escolas. Os estudantes continuavam a ser tratados como receptores passivos de orientações, e a responsabilidade pela saúde recaía quase exclusivamente sobre o indivíduo.

Diversos autores criticam esse modelo por seu caráter assistencialista e por desconsiderar os determinantes sociais da saúde. Conforme apontam Folmer *et al.* (2019), a ênfase excessiva na mudança de comportamento individual ignora as condições socioeconômicas, culturais e territoriais que condicionam as possibilidades reais de escolha e autocuidado.

A consolidação do paradigma da promoção da saúde ocorre a partir da década de 1980, especialmente com a publicação da Carta de Ottawa, em 1986. Esse documento redefine a saúde como um recurso para a vida cotidiana e não apenas como ausência de doença, incorporando fatores como educação, trabalho, habitação, alimentação, lazer, renda e participação social.

Nesse novo marco conceitual, a promoção da saúde é compreendida como um processo que capacita indivíduos e comunidades a exercer maior controle sobre os determinantes de sua saúde. A escola passa a ser reconhecida como um espaço estratégico para a implementação dessas ações, dada sua capilaridade, permanência e potencial formativo.

É nesse contexto que emerge o conceito de Escolas Promotoras de Saúde, fortalecido por iniciativas internacionais como a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS). Esse modelo propõe uma abordagem integral, intersetorial e participativa, na qual a saúde é incorporada ao projeto pedagógico da escola e ao cotidiano das práticas educativas (Alsaif *et al.*, 2019; Makhdoum *et al.*, 2023).

As Escolas Promotoras de Saúde fundamentam-se em princípios como a visão integral do sujeito, a criação de ambientes físicos e psicossociais saudáveis, o fortalecimento da autonomia e a participação da comunidade escolar. Trata-se de uma ruptura com a lógica biomédica e normativa, ao reconhecer os estudantes como sujeitos socioculturais inseridos em territórios marcados por desigualdades.

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL (PSE)

No Brasil, a institucionalização do paradigma da promoção da saúde no contexto escolar ocorre com a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007. O programa resulta da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica por meio de ações intersetoriais (Brasil, 2007). O PSE estrutura-se a partir de eixos que incluem avaliações de saúde, ações de promoção e prevenção, formação de profissionais e monitoramento das condições de saúde dos estudantes. Diferentemente dos modelos anteriores, o programa propõe que a saúde seja tratada de forma transversal e interdisciplinar, integrada ao currículo escolar e ao projeto pedagógico das instituições.

Um dos princípios centrais do PSE é a territorialidade, entendendo a escola como parte de uma rede de atenção à saúde articulada à Estratégia Saúde da Família e a outros equipamentos sociais do território. Essa perspectiva amplia o alcance das ações e fortalece o vínculo entre escola, família e comunidade.

Apesar dos avanços conceituais e normativos, a operacionalização da intersetorialidade no PSE enfrenta desafios significativos. Estudos apontam falhas de comunicação entre escolas e Unidades Básicas de Saúde, desconhecimento mútuo dos processos de trabalho e ausência de espaços sistemáticos de planejamento conjunto (Shneor *et al*., 2022; Zhao; Zhang, 2022).

A capacitação insuficiente de professores, gestores e profissionais de saúde é outro obstáculo relevante. Muitos atores envolvidos possuem uma compreensão restrita do programa, frequentemente associando-o apenas ao encaminhamento de estudantes com problemas de saúde, o que reduz seu potencial pedagógico e emancipatório. Somam-se a isso a sobrecarga de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde, a escassez de recursos humanos e materiais e a incompatibilidade de agendas entre os setores. Em muitos contextos, observa-se ainda um desequilíbrio de protagonismo, com predomínio do setor saúde no planejamento das ações, relegando à educação um papel secundário.

As evidências científicas indicam que as Escolas Promotoras de Saúde produzem impactos positivos significativos no desenvolvimento integral dos estudantes. Ao integrar saúde e educação, essas escolas contribuem para o desenvolvimento de habilidades para a vida, o fortalecimento da autonomia e a construção de ambientes escolares seguros e inclusivos.

A promoção da saúde no contexto escolar atua em múltiplas dimensões do desenvolvimento humano, incluindo aspectos físicos, emocionais, sociais, intelectuais e culturais. Além disso, funciona como uma importante rede de proteção social, contribuindo para a prevenção de violências, do uso abusivo de substâncias e de outros agravos à saúde.

A ESCOLA COMO ESPAÇO PRODUTOR DE ADOECIMENTO

Embora a escola seja amplamente reconhecida como um espaço privilegiado para a promoção da saúde e do desenvolvimento integral, ela também pode atuar, de forma paradoxal, como produtora de adoecimento quando reproduz práticas institucionais excludentes, autoritárias ou desarticuladas das reais necessidades dos estudantes. Esse processo ocorre, sobretudo, quando o ambiente escolar deixa de considerar as dimensões sociais, emocionais e culturais do processo educativo, reforçando lógicas de controle, normalização e medicalização.

Um dos fenômenos mais recorrentes nesse contexto é a medicalização da educação. Dificuldades de aprendizagem, comportamentos considerados inadequados ou trajetórias escolares marcadas por fracasso passam a ser interpretados como problemas individuais, de natureza clínica ou psiquiátrica, deslocando o foco das condições pedagógicas, institucionais e sociais que produzem tais dificuldades. Essa lógica tende a patologizar a infância, fragilizando a autoestima dos estudantes e limitando a construção de respostas educativas inclusivas e emancipadoras.

A violência escolar constitui outro eixo central na produção de adoecimentos. Práticas como o *bullying*, a discriminação, o racismo, a violência simbólica e, em casos mais graves, a violência física e sexual, configuram-se como importantes problemas de saúde pública. Essas experiências afetam profundamente o bem-estar emocional, podendo desencadear quadros de ansiedade, depressão, evasão escolar e dificuldades de socialização, além de impactos profundos e duradouros na vida adulta. A ausência de ambientes psicossociais seguros e acolhedores compromete o papel protetivo da escola. Instituições que falham em estabelecer relações baseadas no respeito, no diálogo e na cultura de paz acabam por expor crianças e adolescentes a fatores de risco que ultrapassam o espaço escolar, repercutindo em suas relações familiares e comunitárias.

Outro elemento relevante é a insegurança dos profissionais da educação no manejo de temas complexos e sensíveis, como sexualidade, uso abusivo de álcool e outras drogas, saúde mental e violências. A falta de formação continuada e de apoio institucional pode levar a abordagens inadequadas, moralizantes ou silenciadoras, que, em vez de prevenir agravos, reforçam estigmas e aprofundam vulnerabilidades.

Somam-se a esses fatores a fragmentação e a descontinuidade das ações de saúde no contexto escolar. Intervenções pontuais, desarticuladas do projeto pedagógico e realizadas sem diálogo com professores e gestores, são frequentemente percebidas como uma sobrecarga do tempo escolar. Além de pouco efetivas, tais ações podem gerar resistência por parte da comunidade escolar e comprometer a construção de práticas sustentáveis de promoção da saúde.

Nessa perspectiva, a escola torna-se produtora de adoecimento quando se limita a ser um espaço de reprodução de normas biomédicas, de controle dos corpos ou de tolerância às violências, em vez de se afirmar como território educativo integral. Superar esse cenário exige reconhecer a complexidade do processo saúde-doença e investir na construção de ambientes escolares inclusivos, participativos e comprometidos com a formação humana em sua totalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise histórica e conceitual desenvolvida ao longo deste capítulo evidencia que a relação entre escola e saúde é profundamente marcada pelas concepções de sociedade, infância, educação e papel do Estado vigentes em cada período. A passagem do modelo higienista e preventivista para o paradigma da promoção da saúde representa não apenas uma mudança técnica, mas uma inflexão ética e política na forma de compreender o processo saúde-doença no contexto escolar.

Reconhecer a escola como ambiente de promoção da saúde implica compreendê-la como um território educativo complexo, atravessado por determinantes sociais, culturais e econômicos que influenciam diretamente o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Nesse sentido, a saúde deixa de ser um conjunto de ações pontuais ou de intervenções biomédicas e passa a constituir-se como um projeto pedagógico e social, indissociável da formação integral e da construção da cidadania.

O Programa Saúde na Escola configura-se como uma estratégia fundamental para a consolidação desse paradigma no contexto brasileiro, ao propor a articulação entre os setores da saúde e da educação e ao incorporar princípios como integralidade, territorialidade e intersetorialidade. No entanto, os desafios identificados em sua implementação revelam que a efetivação de escolas promotoras de saúde exige investimentos contínuos em formação profissional, planejamento compartilhado e fortalecimento dos vínculos entre escola, serviços de saúde, famílias e comunidade.

Ao mesmo tempo, o reconhecimento da escola como possível espaço produtor de adoecimento impõe a necessidade de uma postura crítica e reflexiva por parte das instituições educativas e dos gestores públicos. A medicalização da educação, a naturalização das violências e a fragmentação das ações de saúde comprometem o potencial emancipatório da escola e reforçam desigualdades sociais e educacionais historicamente produzidas. Superar tais limites requer a construção de ambientes escolares inclusivos, democráticos e acolhedores, nos quais a promoção da saúde esteja integrada ao cotidiano pedagógico e orientada pela escuta, pelo diálogo e pela participação.

Assim, a escola pode afirmar-se como um espaço de proteção social, produção de autonomia e fortalecimento da cidadania, contribuindo de forma decisiva para a melhoria da qualidade de vida e para a formação de sujeitos críticos, solidários e socialmente comprometidos. Em última instância, pensar a escola como ambiente de promoção da saúde é reconhecer que educar é,

também, um ato político de cuidado com a vida, capaz de romper ciclos de adoecimento e produzir futuros mais justos, saudáveis e humanizados.

REFERÊNCIAS

ALSAIF, A. *et al*. Health-promoting schools: a systematic review. **Health Education Journal**, v. 78, n. 4, p. 421–434, 2019.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 6 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola: documento orientador.** Brasília: MS, 2007.

FIGUEIREDO, T.A.M. Health at School: a Brief History. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.

FOLMER, V. *et al*. Educação em saúde e autonomia. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 1–9, 2019.

LIMA, N. T. **O pensamento social em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1985.

MAKHDOUM, A. *et al*. Health-promoting schools and student development. **Health Education Research**, v. 38, n. 2, p. 145–158, 2023.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SHNEOR, R. *et al*. Intersectoral collaboration in school health programs. **International Journal of Public Health**, v. 67, p. 1–10, 2022.

ZHAO, Y.; ZHANG, L. School health promotion and social determinants. **BMC Public Health**, v. 22, p. 1–12, 2022.


ESCOLA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Educação em saúde

CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES NA ÁREA RURAL: DESAFIOS PARA A EQUIDADE EM SAÚDE BUCAL

Renita Baldo Moraes
Beatriz Baldo Marques
Magda de Sousa Reis
Atilio Arthur Rossato
Daniele Weis Fernandes de Moura
Gabriel Benicio Sehgno Pinheiro
Helena Müller

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece as doenças bucais como um importante problema de saúde pública, devido ao impacto expressivo que exercem sobre a qualidade de vida da população. Dentre essas condições, a cárie dentária permanece como a doença bucal mais prevalente em diferentes faixas etárias, afetando especialmente populações de países de baixa e média renda, onde desigualdades sociais, econômicas e estruturais ampliam sua ocorrência (World Health Organization, 2022; Peres *et al*., 2019).

Dados do último levantamento nacional de Saúde Bucal, SB Brasil 2023, mostram que a cárie dentária ainda representa um importante problema de saúde pública entre os escolares do Brasil, apesar da redução observada nas últimas décadas. As crianças de 5 anos apresentaram, em média, 2,14 dentes acometidos por cárie, restauração ou perda dentária, sendo que apenas 53,17% estavam livres de cárie. Entre adolescentes de 12 anos, somente 49,88% apresentaram todos os dentes permanentes sem experiência de cárie, enquanto 36,85% possuíam pelo menos um dente com lesão

de cárie não tratada. Nos adolescentes de 15 a 19 anos observou-se, em média, 3,41 dentes afetados, e 43,73% apresentavam cárie não tratada (Brasil, 2025). Esses dados evidenciam que a cárie dentária continua impactando a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de escolares no país.

Estudos como o de Dalla Nora *et al.* (2020); Freire *et al.* (2013) e Silva *et al.* (2018) mostram que a cárie dentária não ocorre de maneira homogênea no território brasileiro, sendo que crianças e adolescentes residentes em áreas rurais apresentaram maiores índices de cárie não tratada, menor acesso à água fluoretada e menor utilização dos serviços odontológicos quando comparados aos das áreas urbanas. Além disso, a OMS (2025) destaca a relação entre o nível socioeconômico e as doenças bucais, especialmente quando associado a fatores como alimentação rica em açúcar, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e limitações nas ações de promoção da saúde bucal.

Compreender a distribuição da doença e suas desigualdades territoriais permite fortalecer políticas públicas, promovendo maior equidade no acesso aos serviços odontológicos e redução das iniquidades em saúde bucal no Brasil (Brasil, 2004; Brasil, 2025), através do planejamento de ações educativas, preventivas e curativas.

CÁRIE DENTÁRIA NO CONTEXTO RURAL E IMPACTOS NA SAÚDE DO ESCOLAR

Historicamente, populações residentes em áreas rurais apresentam piores indicadores socioeconômicos quando comparadas às áreas urbanas, incluindo menores níveis de renda familiar, menor escolaridade dos responsáveis, maior vulnerabilidade social e acesso reduzido a serviços públicos essenciais, como saneamento básico, água fluoretada e assistência odontológica regular. Esses fatores influenciam diretamente as condições de saúde bucal, uma vez que melhores níveis

socioeconômicos favorecem maior acesso à informação, práticas preventivas e tratamento precoce (Antunes, Narvai, 2010).

Estudo realizado em Santa Cruz do Sul (RS), mostrou que os escolares da área rural do município eram 25% mais propensos a desenvolver cárie dentária em comparação com aqueles que viviam na área urbana (Borges *et al*., 2016). Outro estudo realizado com escolares da zona rural do Rio Grande do Sul identificou que aproximadamente 50% das crianças avaliadas apresentavam lesões de cárie, placa dentária e sangramento gengival, além de pouca assistência odontológica preventiva e curativa (Figueiredo *et al*., 2017).

A cárie dentária, quando não tratada, pode provocar dor de diferentes intensidades, inflamações pulpares, infecções odontogênicas, desconforto e limitações funcionais, comprometendo atividades diárias e o bem-estar geral (Oliveira *et al*., 2023). A presença de dor e infecções bucais também pode interferir na alimentação e no crescimento infantil, pois a criança pode apresentar dificuldade mastigatória, diminuição do apetite e preferência por alimentos mais macios e menos nutritivos (Vieira-Andrade *et al*., 2022).

Além dos impactos físicos, a cárie dentária não tratada pode afetar o desempenho escolar e a qualidade de vida das crianças. A dor dentária está associada ao absenteísmo escolar, dificuldade de concentração em sala de aula, problemas no sono e redução da participação em atividades escolares comprometendo o processo de aprendizagem (Lima *et al*., 2018), e consequentemente, com impactos ao longo da vida.

BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA ÁREA RURAL

Apesar do Programa Brasil Sorridente ter ampliado significativamente a oferta de serviços de saúde bucal no Brasil, chegando a mais de 33 mil equipes de Saúde Bucal (eSB) em atuação pelo Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídas em

unidades básicas de saúde, centros especializados e unidades móveis em 2025 (Brasil, 2025), o acesso aos serviços ainda é desigual em áreas rurais.

Não foram encontrados dados oficiais que informem qual percentual das equipes de saúde bucal atua exclusivamente em áreas rurais no Brasil, pois os sistemas de informação do SUS não classificam as equipes por localização rural ou urbana (Brasil, 2025). Entretanto, os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que avalia as eSB, mostram que a maior parte destas está concentrada em áreas urbanas, enquanto regiões rurais apresentam piores indicadores de acesso, maior distância até os serviços e menor oferta de profissionais (Brasil, 2018). Esses achados são coerentes com estudos que apontam menor utilização de serviços odontológicos pela população rural brasileira, evidenciando desigualdades no acesso à saúde bucal entre os diferentes territórios, sugerindo barreiras associadas a fatores geográficos e socioeconômicos (Herkrath *et al*., 2020; Cordeiro *et al*., 2024).

A dificuldade de deslocamento e a falta de profissionais em determinadas regiões (Serban *et al*., 2022) pode representar uma barreira de acesso aos serviços dos escolares que residem na área rural, diminuindo a frequência às consultas, especialmente para acompanhamento preventivo e tratamento precoce das doenças bucais. Longas distâncias entre a residência e as unidades de saúde implicam maior tempo de deslocamento, necessidade de transporte adequado e aumento dos custos para os usuários, o que muitas vezes, dificulta ou impede a procura pelo atendimento odontológico. Além disso, a dependência de transporte público, algumas vezes limitado, estradas em más condições e a necessidade de conciliar o deslocamento com atividades escolares e de trabalho dos responsáveis, agravam ainda mais essas dificuldades, contribuindo para a menor utilização dos serviços de saúde bucal pela população que vive em locais mais distantes dos serviços de saúde.

FATORES DE RISCO À CÁRIE DENTÁRIA NO MEIO RURAL

A OMS (2025) destaca a importância da exposição adequada aos fluoretos, através da água e de cremes dentais, como fator de proteção à cárie dentária. Tinanoff *et al.* (2019), também ressaltam a importância da exposição à água fluoretada para a prevenção de cárie dentária, para todas as crianças a partir do irrompimento do primeiro dente. Outros estudos mostram que crianças residentes em áreas com cobertura de água fluoretada apresentam menores índices de cárie, sendo um importante fator para reduzir desigualdades em saúde bucal infantil (Sanders *et al*., 2019).

Corroboram com esses dados os resultados do último levantamento nacional, SB Brasil 2023, que apesar de não ter avaliado a população da área rural, mostraram que aos 5 anos de idade, ter água tratada na residência foi um fator de proteção para a saúde bucal. As crianças que tinham acesso à água tratada apresentaram menor probabilidade de apresentar consequências de lesões de cárie não tratadas (Moura *et al*., 2025). Nesse sentido, as comunidades no meio rural que não possuem abastecimento público de água tratada, reduzem a exposição das crianças a uma importante medida preventiva contra a cárie dentária, que é a água fluoretada. Esse cenário nas áreas rurais pode ser agravado quando associado ao uso inadequado ou insuficiente de cremes dentais fluoretados, contribuindo para piores condições de saúde bucal.

Além disso, destaca-se a importância das escolas de educação infantil, como ambientes promotores de saúde, ao inserirem hábitos saudáveis de dieta e higiene bucal, e observa-se diferenças nesse aspecto, quando se compara a área urbana com a rural. Em 2024, 74,3% das crianças de 0 a 3 anos de idade da área rural não frequentavam escolas de educação infantil, enquanto que na área urbana 56,2% não frequentavam (Brasil, 2025). No Brasil, a Educação Básica obrigatória começa aos quatro anos, com a Pré-escola, e a partir dessa idade, a proporção de crianças da área urbana e rural que frequentam a educação infantil é semelhante. Entretanto, o atraso no ingresso das crianças em ambientes

promotores de saúde reduz o contato precoce com ações educativas em saúde bucal (Neves *et al*., 2023), o que pode impactar em piores condições de saúde bucal.

Aspectos culturais relacionados aos hábitos alimentares locais também exercem influência sobre o desenvolvimento da cárie. Estudo recente mostra um aumento no consumo de alimentos ultraprocessados no total de energia consumida, no período de 2008 a 2018, estatisticamente significativo na área rural e urbana, mas mais intensa intenso na área rural (Louzada *et al*., 2023). Quando não associado aos cuidados com a higiene bucal, esse aspecto também pode ser um fator de risco para a cárie dentária.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO À CÁRIE NO MEIO RURAL

Ao considerar que escolares que residem em áreas rurais podem ter menor acesso aos serviços odontológicos, ao saneamento básico e à fluoretação da água, são necessárias estratégias de prevenção da cárie dentária direcionadas à essa população, envolvendo ações educativas e preventivas.

Tanto em áreas urbanas quanto rurais, a escola funciona como espaço estratégico para promoção da saúde, permitindo o desenvolvimento de ações educativas continuamente, e inserção de hábitos de autocuidado desde a infância. Além disso, a participação das escolas da área rural no Programa Saúde na Escola (PSE), que integra ações de saúde e educação para prevenção de doenças, inclui a saúde bucal, como uma importante estratégia para a redução das iniquidades em saúde (Brasil, 2025). Através do PSE, são desenvolvidas atividades incentivando a alimentação saudável e higiene bucal adequada, como escovação supervisionada, oficinas educativas, palestras e teatro. A Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - recomenda que essas ações sejam realizadas de forma integrada entre escola, unidades de saúde e comunidade, valorizando a realidade cultural e social local (Brasil, 2004).

Ações integradas entre família e escola também podem contribuir com a diminuição da cárie dentária entre escolares da zona rural, através de ações visando o letramento em saúde dos pais ou responsáveis. O letramento em saúde está associado ao conhecimento e crenças (Brega *et al*., 2021), e assim, a família pode incentivar hábitos saudáveis, em relação à alimentação, higiene bucal e uso de serviços odontológicos.

Em populações rurais em que não há acesso à água fluoretada, o uso de cremes dentais fluoretados é uma importante medida para o controle da cárie dentária, e pode ser estimulada tanto através de ações na escola quanto em casa. Além disso, aplicações tópicas de flúor ajudam na remineralização do esmalte dentário e na redução da progressão da cárie, especialmente em locais sem água fluoretada (Brasil, 2020), cujas eSB podem avaliar a necessidade de outros métodos de aplicação.

PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA E DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A inserção das eSB nas Estratégias Saúde da Família (ESF) possibilitou avanços importantes na prevenção, promoção e tratamento de doenças bucais, aproximando o cuidado odontológico das comunidades mais vulneráveis (Brasil, 2018). Em áreas rurais, a atuação dessas equipes é especialmente relevante, pois favorece ações preventivas, acompanhamento longitudinal, educação em saúde e identificação precoce de agravos como a cárie dentária. Apesar dos avanços, ainda persistem desafios relacionados à distribuição desigual de profissionais, infraestrutura limitada e dificuldades logísticas em municípios de pequeno porte (Pucca Júnior *et al*., 2015; Paredes *et al*., 2024).

A atuação do cirurgião-dentista em equipe multiprofissional (Brasil, 2017) permite uma abordagem mais ampla dos determinantes sociais da saúde, reconhecendo que as condições de vida, renda, educação e ambiente influenciam diretamente a saúde bucal.

No meio rural, outras estratégias, como Unidades Odontológicas Móveis, que permitem a oferta itinerante de serviços clínicos, preventivos e curativos, e o uso de recursos de teleodontologia podem desempenhar papel fundamental na redução das desigualdades territoriais em saúde, sobretudo em localidades remotas, onde barreiras geográficas, econômicas e estruturais limitam o acesso regular aos serviços odontológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência da cárie dentária em escolares da área rural não pode ser analisada exclusivamente sob a perspectiva biológica, mas sim como resultado de múltiplos determinantes sociais. Assim, o fortalecimento de políticas públicas direcionadas para essa população deve ser considerado, visando diminuir as desigualdades históricas em saúde e promover maior equidade em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades sociais em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.

BORGES, T. S. *et al*. Fatores associados à cárie: pesquisa de estudantes do sul do Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 34, n. 4, p. 489-484, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente devolveu o sorriso e a dignidade ao povo brasileiro**. Portal Ministério da Saúde, 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Nacional de Referência para Atenção Básica atual – PNAB (2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2023: pesquisa nacional de saúde bucal: relatório final**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS: concentração de flúor em dentifrícios com efeito anticárie**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Todos pela Educação**. IBGE/Pnad Contínua 2014-2015 / Pnad Contínua (módulo Educação) 2016-2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BREGA A. G., *et al*. Longitudinal Association of Health Literacy with Parental Oral Health Behavior. **Health Literacy Research and Practice.** v. 5, n 4, p. 333-341, Oct, 2021.

CORDEIRO, D. *et al*. Utilization of dental services by rural riverside populations covered by a Fluvial Family Health Team in Brazil. **Rural and Remote Health,** Austrália, v. 24, n. 1, art. 8258, 2024.

DALLA NORA, A. *et al*. Oral health status of schoolchildren living in rural and urban areas in southern Brazil. **Brazilian Oral Research,** São Paulo, v. 34, e060, 2020.

FIGUEIREDO, M. C. *et al.* Condições de saúde bucal de escolares de zona rural do Rio Grande do Sul. **Conexão,** Ponta Grossa, v. 14, n. 1, p. 16-27, 2017.

FREIRE, M. C. M. *et al.* Individual and contextual determinants of dental caries in Brazilian 12-year-olds in 2010. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 1-10, 2013.

HERKRATH, F. J. *et al*. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. **BMC Public Health**, Londres, v. 20, art. 953, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LIMA, S. L. de A., *et al.* Impact of untreated dental caries on the quality of life of Brazilian children: population-based study. **International Journal of Paediatric Dentistry,** v. 28, n. 4, p. 390-399, 2018.

LOUZADA, M. L. C, *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018. **Revista de Saúde Pública.** v. 57, n. 12, 2023.

MOURA, R. N. V., *et al.* Social inequities and dental caries in 5-year-old children: a study with results from SB Brasil 2023. **Braz Oral Res.** 39(suppl 1):e046., Apr, 2025.

NEVES, E. T. B. *et al.* Structuring of the effects of oral health literacy on dental caries in 12-year-old adolescents. **Community Dentistry and Oral Epidemiology,** v. 51, n. 5, p. 864-871, 2023.

OLIVEIRA, T. T. do V. *et al*. Impact of dental caries severity and activity on oral health-related quality of life among children aged 8-11 years. **Brazilian Oral Research,** v. 37, e041, 2023.

PAREDES, S. O. *et al.* Promoção de saúde bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, e8604, 2024.

PERES, M. A. *et al*. Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet,** London, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al*. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research,** Thousand Oaks, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

SANDERS, A. E. *et al.* Association Between Water Fluoridation and Income-Related Dental Caries of US Children and Adolescents. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 173, n. 3, p. 288-290, 2019.

SERBAN, N. *et al*. Evaluating access to pediatric oral health care in the southeastern states. **Journal of the American Dental Association,** v. 153, n. 4, p. 330-341.e12, 2022.

SILVA, D. R. *et al*. Experiência de cárie e fatores associados entre escolares das zonas urbana e rural: um estudo piloto. **Archives of Health Investigation**, *[S. l.]*, v. 7, n. 9, 2018. DOI: 10.21270/archi.v7i9.3134.

TINANOFF, N. *et al*. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International* **Journal of Paediatric Dentistry**, v. 29, n. 3, p. 238-248, 2019.

VIEIRA-ANDRADE, R. G. *et al*. Risk indicators of untreated dental caries incidence among preschoolers: a prospective longitudinal study. **Brazilian Oral Research,** v. 36, e064, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Oral Health. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health. Acesso em: 17 maio 2026.



DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA VACINAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR RURAL: UMA ANÁLISE REFLEXIVA

Caroline Bertelli
Amanda Luisa Winkelmann
Bruna Rezende Martins
Anelise Miritz Borges
Edna Linhares Garcia
Leticia Lorenzoni Lasta
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

A escola representa um espaço fundamental para o desenvolvimento do ensino e aprendizagem, no qual o pensamento crítico-reflexivo e a construção de saberes são constantemente estimulados (Brasil, 2022; Venturi; Mohr, 2021). Sob essa ótica, o ambiente escolar configura-se como um instrumento de transformação social e um dos principais determinantes para a saúde, à medida que empodera o sujeito e fortalece seu desenvolvimento pessoal e social (Rumor *et al*., 2022).

A função de formar e informar, quando exercida de maneira participativa e integrada, atribui à escola um papel estratégico na promoção da saúde de diversos atores, incluindo estudantes, docentes, profissionais de saúde e famílias (Brasil, 2022). Dentre os benefícios da articulação entre escola e serviço de saúde, destaca-se a construção de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos e grupos, que, ao trabalhar em conjunto, alcançam objetivos comuns. A intersetorialidade permite superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais, ao passo que estimula a produção de intervenções compartilhadas e estabelece vínculos

fundamentais para a saúde dos indivíduos e coletividade (Rumor *et al*., 2022).

As políticas públicas voltadas a ações de promoção da saúde dos escolares utilizam práticas integradas entre os dois campos - escola e saúde, embasados na premissa de que os hábitos, atitudes e crenças formados durante a infância tendem a ser perpetuados na vida adulta (Rumor *et al*., 2022). Reitera-se, nesse sentido, que a promoção da saúde no ambiente escolar não deveria ser pauta apenas para a realização de campanhas sazonais ou pontuais, mas ser estruturada por meio de ações permanentes de educação, guiadas por currículos que abracem, dentre outras coisas, os hábitos culturais e a realidade dos locais, acolhendo sempre às especificidades de cada família (Fernandes; Ferreira; Teixeira, 2025; Silva *et al*., 2024).

Como resposta a essa necessidade, foi implantado em 2007, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE). Enquanto política intersetorial, o PSE utiliza o espaço escolar como campo de prática para o enfrentamento de vulnerabilidades e prevenção de doenças em crianças, adolescentes e jovens brasileiros, sendo o principal programa voltado para atenção à saúde dos estudantes das escolas públicas de educação básica (Rumor *et al*., 2022; Brasil, 2022; Andrade *et al*., 2022). Entre seus eixos estruturantes, o programa aborda a avaliação das condições de saúde dos estudantes, assim como o fortalecimento de práticas de alimentação adequada, cuidados com a saúde mental e o estímulo à imunização. Esses pontos reforçam a ideia de que a promoção da saúde e o aprendizado são lineares, e que o escolar saudável apresenta melhor desempenho e desenvolve maior autonomia ao longo da vida (Brasil, 2024).

Ao discutir a vacinação no espaço escolar, estimula-se o diálogo entre saberes científicos e populares. Na medida em que o estudante compreende o impacto positivo e coletivo da escolha pela imunização, ele se torna agente transformador da realidade e não mero receptor de ordens ou campanhas (Fernandes; Ferreira; Teixeira, 2025). Contudo, a efetivação da autonomia e o acesso às

ações de imunização encontram barreiras geográficas e sociais distintas quando se direciona o olhar para os ambientes localizados em regiões rurais. Nestas localidades, as populações enfrentam vulnerabilidades específicas, muitas vezes, agravadas por distribuições de serviços de saúde e educação frágeis. No cenário rural, a equidade em saúde perpassa a superação de obstáculos que vão desde a escassez de recursos humanos até as grandes distâncias territoriais (Shimizu *et al*., 2018).

Conforme levantado por Soares e Junqueira (2022), na zona rural, adequações quanto ao horário de funcionamento dos serviços precisam ser realizadas com frequência. Além de que, a carência de transporte nesse meio é um obstáculo primordial a ser superado para o acesso aos serviços, por desencadear dificuldades estruturais e organizacionais que impactam diretamente a saúde e educação da população (Nascimento; Oliveira, 2018). Diante desse cenário, o presente texto configura-se como um ensaio teórico que propõe reflexões sobre os contextos que envolvem a vacinação no espaço escolar rural, tomando como eixo analítico a promoção da saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um ensaio de natureza reflexiva, dedicado a analisar os aspectos que permeiam a vacinação no espaço escolar rural. A escrita desenvolvida neste capítulo integra um dos objetivos da pesquisa intitulada "Entre a Adesão e a Recusa: significados, percepções e estratégias para o fortalecimento da adesão vacinal em Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul", contemplado no edital nº 01/2025 - CHAMADA PPSUS - PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: gestão compartilhada em saúde/ FAPERGS.

O referencial teórico adotado fundamenta-se no ambiente escolar, como espaço de promoção da saúde e gerador de autonomia. Ainda, articula a prática de vacinação nesse cenário como estratégia fundamental para a proteção coletiva, tomando a

zona rural como foco do diálogo, no que se refere às potencialidades e dificuldades da imunização. O ensaio teórico, conforme aponta Oliveira *et al*. (2026), possui uma característica híbrida, que transita entre a escrita científica e a reflexão crítica.

EDUCAÇÃO E SAÚDE: CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA VACINAÇÃO

Promover a vacinação no espaço escolar implica, acima de tudo, investir na construção de sujeitos críticos, conscientes de seus direitos e deveres, solidários e comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa e saudável (Fernandes; Ferreira; Teixeira, 2025; Fernandes *et al*., 2026). A escola surge, nesse caminho, como um poderoso espaço de promoção da ciência e da saúde, fundamentada na ética e participação social (Brasil, 2022). Conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (2022), o espaço escolar é um dos mais eficazes na promoção da educação em saúde, pelo público que alcança, pois crianças e adolescentes, nesta fase, estão em formação de valores, influenciando comportamentos e consolidando atitudes preventivas que perpassam os muros escolares.

A vacinação, considerada uma das estratégias mais eficazes para a promoção da saúde e prevenção de doenças infectocontagiosas, assume papel central para o aprendizado dos indivíduos sobre o valor da vida e senso de responsabilidade coletiva (Rodrigues; Oliveira, Garcia, 2025; Fernandes; Ferreira; Teixeira, 2025). Dessa forma, esta temática deve ser pauta permanente no ambiente escolar, com alinhamentos conjuntos entre as equipes de saúde e educação, sempre atentas às especificidades locais (Brasil, 2025).

O PSE representa uma política pública concreta que materializa a intersetorialidade, ao promover a integração entre as redes de ensino e de atenção básica nos municípios (Fernandes *et al.*, 2026). O mesmo apresenta uma expansão cada vez maior no território brasileiro, sendo o principal programa voltado para

atenção à saúde dos estudantes das escolas públicas de educação básica (Rumor *et al*., 2022; Brasil, 2022). O PSE assume, por isso, um papel estratégico na articulação de ações de prevenção da saúde, cuidado e conscientização social, ao considerar a vacinação infantil, por exemplo. O espaço da escola, tido como de formação cidadã e de encontros comunitários, torna-se um território de saúde, afeto e esperança, onde o conhecimento acadêmico e científico transforma-se em uma prática de proteção social (Fernandes; Ferreira; Teixeira, 2025).

A SINGULARIDADE DO ESPAÇO RURAL NAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO

A população que vive em áreas rurais apresenta necessidades específicas de saúde. Nesse contexto, Santos *et al*. (2025) destacam que escolares dessas regiões tendem a vivenciar maior vulnerabilidade socioeconômica, além de enfrentarem dificuldades de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde. Diante disso, torna-se fundamental que os profissionais atuantes nesses territórios valorizem a cultura e os princípios locais, a fim de ofertar um cuidado integral a indivíduos e famílias, promovendo saúde e reduzindo agravos (Pezzini; França, 2021).

Em estudo conduzido por Andrade *et al*. (2022), é abordada a necessidade do olhar atento às dificuldades vivenciadas pelas escolas da zona rural em relação ao alcance de estratégias desenvolvidas pelo PSE. Dentre os pontos levantados pelos autores, para além das dificuldades de acesso e transporte, os alunos de escolas rurais enfrentam cenários como falta de infraestrutura, recursos, disponibilidade de professores, insegurança alimentar e inatividade física. Ainda, importa ressaltar que para as ações do PSE serem executadas em ambientes rurais, fatores como as condições de acesso às escolas pelos profissionais de saúde estão envolvidos. Conforme apontado pelos autores, existem locais onde, historicamente, há omissão do Estado em relação à pavimentação de estradas e construção de pontes, entre

outras negligências (Santos *et al*., 2025). Conforme resultados encontrados em estudo de Santos *et al.* (2025), devido à menor densidade demográfica das áreas rurais, a quantidade de escolas e unidades de saúde diminuem, o que acaba, em algumas situações, por aumentar a distância entre elas.

Diversos fatores podem influenciar a adesão vacinal dos indivíduos, como distância, custo do transporte, baixa conscientização vacinal, status socioeconômico e escolaridade da família. Ainda, cita-se como determinantes importante de boas coberturas vacinais o conhecimento sobre a imunização, acesso aos serviços que ofereçam esta estratégia e fatores demográficos (como distância até o estabelecimento). Conforme pesquisa realizada na área rural de Gana, grupos estudados expuseram a necessidade de percorrer longas distâncias, enfrentar esgotamento de doses de vacinas e a espera até que outras crianças estejam presentes para a realização da abertura de um novo frasco como uma grande barreira para a imunização. Dessa forma, percebe-se que tal realidade se faz presente em diversas partes do mundo, evidenciando ainda mais a importância da educação em saúde em todos os contextos (Santos *et al*., 2024).

A imunização dos estudantes é uma das estratégias previstas pelo Programa Saúde na Escola, e baseia-se não somente na aplicação de vacinas, mas em atividades educativas relacionadas à temática, rodas de conversa, campanhas de conscientização e reconhecimento do calendário vacinal (Fernandes *et al*., 2026). A família, enquanto membro importante do território, também precisa ser inserida no contexto escolar e de atuação do PSE, pois esse processo possibilita que os profissionais da saúde e da educação tenham espaços de debates e oportunidades de orientação quanto à necessidade de manter a situação vacinal dos escolares atualizada (Brasil, 2022).

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO E EDUCAÇÃO PARA A IMUNIZAÇÃO NO ESPAÇO RURAL

Tendo em vista a heterogeneidade dos municípios brasileiros e a presença de muitos locais em área rural, é importante considerar que a presença de obstáculos físicos e geográficos pode causar entraves e resultar em perdas de imunobiológicos e, consequentemente, na estagnação dos processos de vacinação nestas localidades (Amaral *et al.*, 2024). O processo de vacinação transita por diversos aspectos, para além da cobertura vacinal, dentre os quais destacam-se condições próprias de preparo, administração e armazenamento dos imunizantes (Brasil, 2025).

Nesse contexto, a cadeia de frio, definida pelo trajeto percorrido pelos imunobiológicos desde a produção em laboratório até a administração no usuário, tem grande relevância, na medida em que visa a manutenção da temperatura adequada das vacinas, atentando para termolabilidades e para a seguridade das reações imunológicas esperadas (Amaral *et al.*, 2024). Caixas de poliuretano são as recomendadas para o transporte das vacinas, por sua resistência, durabilidade e facilidade de higienização. Atrelados às caixas térmicas para transporte, devem ser utilizados pelas equipes de saúde dispositivos que auxiliam no monitoramento e controle da temperatura, para gerar precisão na mensuração dos valores (Amaral *et al.*, 2024).

No mapa de atividades da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira está o acompanhamento da situação vacinal em escolas de educação infantil. Esta proposta é uma estratégia fundamental para a prevenção de agravos imunopreveníveis e promoção da saúde desse público (Perman *et al*., 2017). Como exemplo de intervenção que resultou no aumento da completude vacinal de crianças em estudo de Costa *et al*., (2020), está o envio de lembretes educativos, no formato de folhetos, às famílias. Esta ação visou compartilhar conhecimento sobre a importância da vacinação, ao passo que auxiliou os pais a recordarem as datas de vacinação dos filhos. Estratégias micropolíticas como essa citada,

consideradas simples e de baixo custo, podem ser executadas pelo PSE, por meios da ação entre pares - profissionais da saúde e professores (Souza *et al*., 2024). Torna-se, portanto, essencial a promoção de diálogos em território, bem como a participação social e cidadã (Oliveira *et al.*, 2026).

Dentro desse contexto, cabe ressaltar a importância dos profissionais de saúde como referência dentro da comunidade, capazes de contribuir para a adesão vacinal através de uma assistência baseada em escuta acolhedora, credibilidade e informações de qualidade (Santos *et al*., 2024). De acordo com Politi, Jones e Philpott (2017), muitos dos pais hesitantes em relação à vacinação de seus filhos julgam estar protegendo-os, pois preocupam-se mais com possíveis ocorrências adversas da imunização do que com o risco da doença. Nesse sentido, evidencia-se com clareza a importância da educação em saúde para as famílias, que pode ser atingida integralmente a partir do ensino e orientação aos escolares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões trazidas ao longo deste capítulo reforçam que a vacinação em áreas rurais transcende o ato técnico de administrar imunizantes, mas se estabelece como um exercício de cidadania e um direito fundamental à vida. A análise evidencia que o sucesso da imunização no ambiente rural depende da superação de diversas barreiras históricas, que vão desde as dificuldades logísticas e geográficas até a complexidade da cadeia de frio para o transporte de vacinas.

A intersetorialidade, fundamentada no diálogo constante entre profissionais da educação e da saúde, permite que a vacinação seja vista não apenas como uma campanha isolada, mas como um processo educativo permanente. Ao envolver os escolares como agentes multiplicadores de informação e ao acolher as famílias em suas dúvidas e hesitações, a escola ajuda a desmistificar medos e a combater a desinformação.

Conclui-se que fortalecer a vacinação nas escolas rurais é um investimento no desenvolvimento humano e na coletividade. Estratégias simples, como o envio de lembretes educativos e a escuta acolhedora pelas equipes de saúde, mostram que é possível elevar as coberturas vacinais mesmo com recursos limitados. É preciso, portanto, que a gestão pública e a sociedade civil reconheçam o campo não como um lugar de carências, mas como um espaço de potencialidades, onde a união entre o saber acadêmico e a realidade local possam garantir um futuro mais saudável e autônomo para as futuras gerações.

Dito isso, por fim, reitera-se que a realização de estudos sobre vacinação no contexto de escolas situadas em zonas rurais é fundamental para compreender as especificidades que atravessam a produção do cuidado nesses territórios. Nessas localidades, fatores como limitações no acesso aos serviços de saúde, desigualdades socioeconômicas e circulação de informações, muitas vezes, fragmentadas influenciam diretamente as práticas e percepções sobre a vacinação. Ao focalizar o espaço escolar — entendido como um importante dispositivo de articulação comunitária —, esses estudos permitem analisar como se constroem os sentidos atribuídos à imunização, bem como identificar estratégias mais contextualizadas de promoção da saúde. Além disso, contribuem para o aperfeiçoamento de políticas públicas e ações intersetoriais entre saúde e educação, favorecendo abordagens que respeitem os saberes e ampliem a adesão às práticas vacinais de forma ética e culturalmente situada.

REFERÊNCIAS

AMARAL, G.G. *et al*. Análise das condições operacionais para conservação de imunobiológicos nas salas de vacinação do Brasil: estudo misto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n.7, p. 1-15, 2024.

ANDRADE, P.M.C. *et al.* Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE. **Saúde debate**, v. 46, n. 3, p. 62-71, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde na Escola**. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola: verificação da situação vacinal**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 30 p.: Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_situacao_vacinal.pdf ISBN 978-65-5993-242-9.

COSTA, P. *et al.* Completude e atraso vacinal das crianças antes e após intervenção educativa com as famílias. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.25, p. 1-10, 2020.

FERNANDES, C. K. S. *et al*. Educação e Imunização: a escola como espaço de promoção da vacinação e da consciência em saúde coletiva. In: MORAES, F.R.F; SOUZA, A.J (org). **Educação em debate: experiências e pesquisas**. Aurum Editora, p. 599-612, 2026.

FERNANDES, C.K.S.; FERREIRA, F.R.S.; TEIXEIRA, M.M.S. Programa Saúde na Escola (PSE): integração entre educação e saúde na promoção da vacinação infantil. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 20, n. 1, p. 1-20, 2025.

OLIVEIRA, I. M. *et al*. Hesitação e vacinação: reflexões e desafios teórico-práticos para a cobertura vacinal contra a COVID-19 na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 42, p. 1-10, 2026.

OLIVEIRA, I. M. de *et al.* Hesitação e vacinação: reflexões e desafios teórico-práticos para a cobertura vacinal contra a COVID-19 na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 42, p. e00057425, 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Imunização: Avanços e Desafios Contemporâneos**. Genebra: OMS, 2022.

NASCIMENTO, M. N. C. do; OLIVEIRA, I. F. de. Ações das equipes volantes de CRAS no interior do Rio Grande do Norte. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 23, n. 2, p. 122-132, 2018.

PERMAN, S. *et al.* School-based vaccination programmes: a systematic review of the evidence on organisation and delivery in high income countries. **BMC Public Health**, v. 17, p. 1-11, 2017.

PEZZINI, C.F; FRANÇA, R.N.C. A construção de políticas públicas de saúde mental com foco no trabalhador rural. Ribeirão Preto, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**.v.17, n.3, jul./set. 2021.

POLITI, M. C.; JONES, K. M.; PHILPOTT, S. E. The role of patient engagement in addressing parents' perceptions about immunizations. **Jama**, v. 318, n. 3, p. 237-238, 2017.

RODRIGUES, S.; OLIVEIRA, L.; GARCIA, L. Imunização no Brasil: reflexões histórico-social e bioética da vacinação na promoção da saúde. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 25, n. 1, p. 57-72, 2025.

RUMOR, P.C.F. *et al.* Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. **Saúde debate**, v. 46, n. 3, p. 116-128, 2022.

SANTOS, E. R. *et al*. Análise da distribuição espacial do Programa Saúde na Escola sob a perspectiva do princípio de equidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e05792023, 2025.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Evaluation of the responsiveness index of the Family Health Strategy in rural areas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em:

https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/ view/145281. Acesso em: 29 mar. 2026.

SILVA, F. dos S. R. *et al*. Fatores sociais influenciadores na cobertura vacinal de pré-escolares em nível global entre 2019-2023: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública,** v. 48, n. 3, p. 214-230,2024.

SILVA, T. P. *et al*. Percepção de usuários sobre serviços da Estratégia de Saúde da Família em zona rural no município de Janaúba, Minas Gerais. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, v. 8, n. 1, p.1-13, 2024.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, 2022.

SOUZA, J.F.A. *et al.* Estratégias para ampliação das coberturas vacinais em crianças no Brasil: revisão sistemática de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 7, p. 1-10, 2024.



ACESSIBILIDADE DE MORADORES DA ÁREA RURAL AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Luciane Maria Schmidt Alves
Kelly Andressa Haas Fonseca
Leonardo Schmidt Alves
Renita Baldo Moraes

INTRODUÇÃO

O uso dos serviços odontológicos por moradores do meio rural é identificado como um problema de saúde pública pela dificuldade de acesso aos serviços, que inclui a demora no atendimento, maior distância para chegar até o local e carência de recursos financeiros (Skillman *et al.*, 2010).

A saúde dos moradores rurais quando relacionada à procura por serviços odontológicos possui índices mais baixos e precários, quando comparados com a população urbana (Arruda; Maia; Alves, 2018). Em 2019 a frequência às consultas odontológicas por moradores urbanos era de 51,2%, e rurais 38,7% (IBGE, 2020). Sobre a saúde de escolares rurais é identificado que possuem um maior índice de cárie e menor cuidado pessoal se comparados também com escolares da área urbana (Mello; Antunes; Waldman, 2008). Esses agravos podem interferir na qualidade de vida (Silva; Dias; Silva, 2022), pois o último levantamento nacional de saúde bucal realizado no Brasil (Brasil, 2012), mostra que na faixa etária de 12 anos, 34,8% dos jovens já foram impactados em relação a suas condições bucais na vida social, sentindo vergonha de sorrir, dificuldade de comer e incômodo para escovar os dentes. Na faixa etária de 35 a 44 anos, mais da metade da população estudada, relatou também ser impactada negativamente sobre suas condições bucais na vida diária.

Nesse sentido, entende-se que sejam necessários estudos que avaliem a situação do acesso e do uso de serviços odontológicos por moradores do meio rural, para que sejam desenvolvidas e aplicadas políticas públicas de saúde bucal (Bós *et al.*, 2018; Rossi; Gonçalves, 2022).

Assim, essa pesquisa teve o objetivo de avaliar o acesso e o uso de serviços odontológicos por moradores do meio rural, sua frequência aos atendimentos, bem como, verificar se o uso por essa população ao serviço odontológico se caracteriza como público ou privado, e ainda, detectar se as pessoas utilizam mais o serviço para prevenção ou tratamento.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa caracterizou-se como quantitativa, observacional, transversal e analítica, sendo desenvolvida no município de Rio Pardo/RS. O estudo foi realizado em uma escola municipal de ensino fundamental localizada no interior do município. A instituição possuía 86 alunos, dos quais 64 tinham idade igual ou superior a oito anos. Além dos escolares, matriculados na instituição de ensino e residentes na zona rural do município, a pesquisa contemplou um de seus responsáveis, buscando ampliar a abrangência da investigação junto à população residente nas comunidades rurais vinculadas ao contexto estudado.

O contato inicial para a coleta de dados ocorreu na instituição de ensino. Com o objetivo de ampliar o número de participantes, também foram realizados de contatos telefônicos, por meio de ligações e mensagens, visitas domiciliares e participação em festividades locais.

A realização da pesquisa foi autorizada pelas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação de Rio Pardo, mediante Cartas de Aceite. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), tendo sido aprovado sob o parecer nº 5.480.138, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A

participação dos escolares foi autorizada por seus responsáveis mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enquanto os escolares formalizaram sua concordância por meio do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário adaptado, composto por 24 questões fechadas. Sua elaboração foi baseada no instrumento utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2020 — SB Brasil (Brasil, 2022a), complementado por questões elaboradas para atender aos objetivos do estudo. Foram desenvolvidos dois questionários distintos, sendo um destinado aos escolares e outro aos seus responsáveis.

Para fins de análise, o motivo da última consulta odontológica foi classificado em duas categorias: prevenção e tratamento. Foram considerados procedimentos preventivos a limpeza, as orientações de prevenção, as consultas de revisão e o acompanhamento ortodôntico. A categoria tratamento incluiu consultas motivadas por dor de dente, extrações, restaurações, problemas gengivais e feridas na boca.

Previamente à coleta definitiva, foi realizado um estudo-piloto com 10 crianças, com idades entre 8 e 15 anos, e seus respectivos responsáveis. Os participantes dessa etapa não foram incluídos na pesquisa principal. Após a aprovação pelo CEP da UNISC, a coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2022. Os questionários foram aplicados presencialmente pela pesquisadora aos escolares, que receberam auxílio na compreensão das perguntas quando necessário. Aos responsáveis, os instrumentos foram disponibilizados para preenchimento autônomo.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico STATA, versão 14.1 (StataCorp, 2014). Inicialmente, realizou-se análise descritiva das variáveis sociodemográficas, das condições relacionadas à saúde bucal dos escolares e do impacto da saúde bucal em suas rotinas. Posteriormente, investigou-se a associação entre o motivo da última consulta odontológica — classificado

como rotina/prevenção ou tratamento — e as características sociodemográficas e relacionadas à saúde bucal dos escolares, utilizando-se o teste exato de Fisher. Foram considerados estatisticamente significativos os resultados com valor de p inferior a 0,05.

Ao término da pesquisa, os resultados foram apresentados à instituição de ensino, à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Pardo e às agentes comunitárias de saúde atuantes nos territórios abrangidos pelo estudo, com vistas à divulgação dos achados e à contribuição para o planejamento de ações de promoção da saúde bucal.

RESULTADOS

Este estudo contou com a participação de 34 escolares rurais, sendo a metade do sexo feminino, prevalentemente com renda familiar baixa e usuários do serviço público (51,52%). Sobre os agravos odontológicos, evidencia-se que 41,18% dos escolares sentiram dor de dente nos últimos 6 meses, sendo que 21,87% não visitaram o cirurgião dentista no último ano, e 12,50% nunca foram ao dentista. A última consulta da maioria dos participantes foi para tratamento (65,38%), e 73,33% consideram que precisam de tratamento odontológico (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e relacionadas à saúde bucal dos participantes (n=34). Rio Pardo, RS, 2022.

Variáveis	n* (%)	Total
Sociodemográficas		
Sexo		34
Feminino	17 (50,0)	
Masculino	17 (50,0)	
Idade		34
8 a 11 anos	19 (55,88)	
12 a 15 anos	15 (44,12)	
Renda familiar		19
> R$2.000,00	9 (47,37)	
< R$ 2.000,00	10 (52,63)	
Escolaridade do responsável		32
≥ Fundamental completo	23 (71,88)	
< Fundamental completo	9 (28,13)	
Benefício federal		32
Não	22 (68,75)	
Sim	10 (31,25)	
Quantas pessoas moram na casa		34
< 3	22 (64,71)	
> 4	12 (35,29)	
Relacionadas à saúde bucal		
Dor de dente nos últimos 6 meses		34
Não	20 (58,82)	
Sim	14 (41,18)	
Última consulta odontológica		32
≤ 1 ano	21 (65,63)	
> 1 ano até 3 anos	7 (21,87)	
Nunca foi ao dentista	4 (12,50)	
Motivo da última consulta		26
Rotina/prevenção	9 (34,64)	
Não rotina/tratamento	17 (65,38)	
O que achou da última consulta		30
Muito bom/bom	27 (90,0)	
Regular/ruim	3 (10,0)	
Autopercepção de saúde bucal		30
Excelente/boa	23 (76,67)	
Regular/ruim	7 (23,33)	
Autopercepção necessidade tratamento		30
Não	8 (26,67)	

Sim	22 (73,33)
Tipo de serviço de saúde	
Privado	16 (48,48)
Público	17 (51,52)

*Valores menores de 34 devido à dados não informados pelos participantes.
Fonte: Base de dados da pesquisa, 2022.

Visando avaliar a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, os pais foram questionados sobre o motivo deles não irem ao dentista, no qual 44,11% relatam que não vão porque não querem ou por não precisarem e 55,88% relatam ter dificuldade de acesso (esses dados não constam nas tabelas).

A tabela 2 relaciona a saúde bucal dos escolares com o motivo da última consulta odontológica, mostrando que todos os beneficiários de programas do Governo, como Bolsa Família ou outros Programas sociais, e 92,31% que utilizam o serviço de saúde pública, buscam por atendimento odontológico preferencialmente para tratamento.

Tabela 2. Associação das características sociodemográficas e relacionadas à saúde bucal dos escolares com o motivo da última consulta odontológica (n=34). Rio Pardo, RS, 2022.

Variáveis	**Rotina n* (%)**	**Tratamento n* (%)**	**P****
Sociodemográficas			
Sexo			0,387
Feminino	5 (41,67)	7 (58,33)	
Masculino	4 (28,57)	10 (71,43)	
Idade			0,281
8 a 11 anos	4 (26,67)	11 (73,33)	
12 a 15 anos	5 (45,45)	6 (54,55)	
Renda familiar			0,231
> R$2.000,00	4 (44,44)	5 (55,56)	
< R$ 2.000,00	1 (44,44)	6 (55,56)	
Escolaridade do responsável			0,651
≥ Fundamental completo	6 (31,58)	13 (68,42)	
< Fundamental completo	2 (33,33)	4 (66,67)	
Benefício federal			0,022
Não	8 (47,06)	9 (52,94)	

Sim	0 (0,00)	8 (100,00)	
Relacionadas à saúde bucal			
Dor de dente nos últimos 6 meses			0,402
Não	6 (40,00)	9 (60,00)	
Sim	3 (27,27)	8 (72,73)	
Última consulta odontológica			0,082
≤ 1 ano	9 (45,00)	11 (55,00)	
> 1 ano até 3 anos	0 (0,00)	5 (100,0)	
Nunca foi ao dentista			
O que achou da última consulta			0,418
Muito bom/bom	9 (37,50)	15 (62,50)	
Regular/ruim	0 (0,00)	2 (100,0)	
Autopercepção de saúde bucal			0,514
Excelente/boa	8 (40,00)	12 (60,00)	
Regular/ruim	1 (25,00)	3 (75,00)	
Autopercepção necessidade tratamento			0,096
Não	4 (66,67)	2 (33,33)	
Sim	4 (25,00)	12 (75,00)	
Tipo de serviço de saúde			0,010
Privado	7 (58,33)	5 (41,67)	
Público	1 (7,69)	12 (92,31)	

*Valores menores de 34 devido à dados não informados pelos participantes.
** Valor de P obtido pelo Teste Exato de Fisher.
Fonte: Base de dados da pesquisa, 2022.

A tabela 3 mostra o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos escolares, no qual 67,65% já tiveram alguma vez na vida dificuldade para comer, 44,14% para dormir e 38,24% tiveram vergonha de sorrir por causa dos seus dentes.

Tabela 3. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos escolares (n=34). Rio Pardo, RS, 2022.

Variáveis	Não N (%)	Sim N (%)
Alguma vez na sua vida foi difícil ***comer*** *por causa dos seus dentes?*	11 (32,35)	23 (67,65)
Beber	24 (70,59)	10 (29,41)
Falar	30 (88,24)	4 (11,76)
Brincar	30 (88,24)	4 (11,76)
Dormir	19 (55,88)	15 (44,14)
Sorrir	21 (61,76)	13 (38,24)
Estudar	31 (100,0)	-
Sair	28 (87,50)	4 (12,50)

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2022.

A tabela 4 mostra o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos responsáveis, em que 33,33% tiveram dificuldades para comer, e 21,21% sentiram vergonha de sorrir por causa de seus dentes.

Tabela 4. Impacto da falta de saúde bucal na qualidade vida dos responsáveis (n=34). Rio Pardo, RS, 2022.

Variáveis	Sem impacto N (%)	Com impacto N (%)
Dificuldade para comer	22 (66,67)	11(33,33)
Dificuldade para falar	31 (91,18)	3 (8,82)
Deixou de sair	29 (85,29)	5 (14,71)
Vergonha de sorrir ou falar	26 (78,79)	7 (21,21)
Atrapalhou o trabalho	28 (84,85)	5 (15,15)

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2022.

DISCUSSÃO

Segundo a declaração Alma Ata (Brasil, 1978) saúde é definida como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade". No Brasil constituiu-se que saúde é um direito de todos e dever do estado, ou seja, o país inteiro deve ter acesso aos seus serviços de forma

igualitária (Brasil, 1988). Porém, quando se refere à população rural, existem desigualdades em função da vulnerabilidade social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Arruda; Maia; Alves, 2018; Dimenstein *et al*., 2017).

Tratando-se sobre odontologia, o problema é ainda maior, pois há pouca distribuição sobre a força de trabalho nas áreas rurais, ou seja, há menos dentistas destinados a trabalhar nesse meio (Godwin *et al*., 2014; Silva *et al*., 2020). Esse contexto implica na saúde das crianças, em que tanto as turmas de educação infantil quanto de ensino fundamental, na área rural tem maior prevalência de problemas bucais (Mello *et al*.,2019), salientando a necessidade de mais suporte preventivo e educativo nas comunidades rurais sobre saúde bucal (Batista; Souza, 2005).

A mobilização quanto a problemática da saúde, especialmente em questões educativas e preventivas, ainda é pouco desenvolvida, mesmo existindo vários programas que incentivem esse tipo de ação (Pauleto; Pereira; Cyrino, 2004). Trata-se de uma limitação importante, uma vez que é na infância que se estabelecem os parâmetros de saúde e os hábitos saudáveis que repercutem ao longo de toda a vida (Rossi; Gonçalves, 2022; Sityá *et al*., 2014). Esta situação é encontrada também fora de nosso País (Karamehmedovic *et al*., 2021), pois em Saravejo, capital da Bósnia, os hábitos de higiene oral das crianças são ruins, e assim como os autores brasileiros, dizem: "Melhorar a saúde bucal das crianças no futuro exigirá urgentemente de programas nacionais de promoção e prevenção da saúde bucal".

O Programa instituído em 2003 pelo Ministério da Saúde, denominado Brasil Sorridente teve como objetivo mudar a realidade dos brasileiros em relação a odontologia, melhorar a qualidade de vida, e de forma gratuita oferecer promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal. Entretanto, os resultados desta pesquisa mostram que a promoção e prevenção não estão sendo satisfatoriamente desempenhados na região estudada, pois o motivo da última consulta, prevalentemente, foi para tratamento. Neste contexto, o Estado deve assumir de forma mais efetiva sua

responsabilidade na promoção de ações preventivas no ambiente escolar, espaço em que as crianças - público prioritário para esse tipo de intervenção – estão inseridas (Brasil, 2008).

Em relação ao Rio Grande do Sul (RS), um fator identificado como problema, é que o estado apresenta uma maior porcentagem de não retorno dos pacientes para dar continuidade ao tratamento, com 12,6%, enquanto Santa Catarina são apenas 5,4% e Paraná 7,7% (Irineu, 2018). Essa informação pode estar associada com o fato de que o RS tem a menor cobertura odontológica rural, com poucos dentistas atuando pelo SUS, em relação aos outros Estados da Região Sul do Brasil (Fischer *et al*., 2010), trazendo ainda mais preocupação sobre o assunto tratado, pois se a maioria não dá continuidade ao seu tratamento, dará muito menos importância à prevenção (Silva, 2015).

Como a prevenção de doenças e a promoção da saúde não estão sendo aplicados, há mais riscos de desenvolverem agravos bucais, que necessitarão de tratamento, afirmando o fato destes buscarem mais o serviço para tratamento do que prevenção (Silva, 2015). Esses pacientes, em sua maioria, buscam seu tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), estatística que coincide com a do país (Unasus, s.d.). Porém, quando se fala em qualidade, apenas 30,4% das pessoas que utilizam o SUS o avaliaram como bom ou muito bom (IPEA, s.d.), ressaltando a importância de uma melhora e bom funcionamento do Sistema para a saúde brasileira, que oferte cuidados com qualidade e continuidade (Almeida, 2018). Os responsáveis dos escolares evidenciam que o motivo de não ter ido ao dentista no último ano é por dificuldade de acesso, que inclui a perda de tempo ao ir até o local para ser atendido e dificuldade de marcar consulta, dado que coincide com outras pesquisas (Queiroz, 2022; Arruda; Maia; Alves, 2018).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (IBGE, 2021), mostra que nos últimos 6 meses, cerca de 22,00% dos alunos da rede pública sentiram dor de dente, o que é desigual no presente estudo, quando o número aumenta para 41,18%. Além disso, 21,87% não foram ao dentista no último ano, e 12,50% nunca foram, com idades

entre 8 e 12 anos, evidência maior que a última pesquisa em saúde bucal (Brasil, 2012), quando na região Sul, 9,8% dos jovens nunca foram. Porém essa pesquisa nacional se propôs avaliar apenas a área urbana, que pode explicar a disparidade, ressaltando-se a importância de incluir a área rural nos levantamentos nacionais e de serem desenvolvidas pesquisas como essa.

Mesmo a maioria tendo a autopercepção sobre saúde bucal excelente/boa, no seu último atendimento odontológico buscou-se por procedimentos curativos, o que se contradiz, mas ao mesmo tempo explica a falta de acessibilidade à informação da população rural (Silva, 2019).

Houve relevância estatística entre as pessoas beneficiárias de Programas do Governo, e as que utilizam o serviço público, onde buscaram o serviço odontológico preferencialmente para tratamento, suprimindo a prevenção, sendo que há normativas sobre esses beneficiários e usuários do SUS, que citam a prevenção e promoção da saúde como principais atividades que a equipe de saúde bucal deve desenvolver a esse público (Brasil, 2022b), visto que se refere à uma população mais vulnerável, reafirmando o motivo da utilização do serviço público (Arruda; Maia; Alves, 2018).

Para o ser humano se sentir bem, é importante ter qualidade de vida, pois entende- se que pode influenciar diretamente no dia a dia das pessoas (Gava, 2020). Assim como na pesquisa de Larré *et al*., 2019, a dificuldade de dormir, de beber, falar, e vergonha de sorrir, também foram dados significativos, ao serem relacionadas com o bem-estar dos participantes, e podem ser a consequência de as pessoas procurarem o serviço odontológico mais para tratamento, do que para prevenção. O último levantamento nacional de saúde bucal realizado, o SB Brasil 2023, mostrou que na faixa etária de 12 anos, 35,83% dos jovens já foram impactados em relação à suas condições bucais na vida social, sentindo vergonha de sorrir ou falar, dificuldade de comer, sentindo-se irritado ou nervoso, e com interferência no sono (Brasil, 2025).

As dificuldades citadas deixam os escolares desconfortáveis, e isso pode interferir em vários momentos importantes da sua vida, pois se o escolar tem dificuldade para dormir por causa dos seus dentes, poderá implicar no seu desempenho escolar, ou se o aluno tem dificuldade de comer, poderá implicar na sua nutrição e concentração, ou ainda, se tem dificuldade de falar ou vergonha de sorrir, poderá implicar na interação com os colegas e professores, acarretando num problema de desenvolvimento social (Konkiewitz, 2013).

Quando os pais evidenciam que já tiveram dificuldade para comer, como principal agravo, e em seguida mencionam a vergonha de sorrir, mostra-se o valor e importância, além de sentir-se bem, dos parâmetros estéticos da boca, que envolve o sistema da saúde psicossocial e qualidade de vida (Larré *et al*., 2019). Para Gava (2020), "as pessoas que estão satisfeitas com a própria imagem parecem ser mais autoconfiantes, quando comparadas as insatisfeitas". Além disso, é visto que a dificuldade para comer e a vergonha de sorrir prejudicam sua qualidade de vida, que pode interferir na saúde bucal dos seus filhos (Castilho *et al*., 2013).

Como implicações, essa pesquisa teve a falta de adesão dos participantes, mas enfatiza-se sua importância por serem poucos os artigos que abordam essa temática, e que falem da importância da prevenção no meio rural, destacando os escolares.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados na presente pesquisa, pode-se concluir que a distância aos consultórios dentários, o tempo envolvido nas consultas e a dificuldade de marcá-las, limitam o acesso e uso de serviços odontológicos por moradores do meio rural. Além disso, essa população é carente de informações e atividades de prevenção odontológica, que interferem na qualidade de vida dos escolares que residem nesse meio. Embora a população tenha uma autopercepção sobre sua saúde bucal boa e a maioria tenha consultado no último ano, buscaram o serviço

odontológico mais para procedimentos curativos do que preventivos, mostrando uma falha no serviço público. A renda familiar dessa população é baixa, evidenciando uma significância estatística em relação às pessoas que são beneficiárias de Programas do Governo e os usuários do serviço público, em que procuram atendimento para tratamento. Os escolares e seus responsáveis possuem dificuldades em sua vida, relacionadas aos seus dentes que interferem no seu bem-estar e convívio social. A população diz não haver atendimento odontológico em sua comunidade, e ressalta a importância da disponibilidade desse serviço no meio rural.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. D. *et al*. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 244-260, set. 2018.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018.

BATISTA, S. P. R.; SOUZA, M. R. Saúde bucal em pré-escolares e escolares no município de Campos dos Goytacazes/RJ/Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, set. 2005.

BÓS, A. J. G. *et al*. Diferenças no perfil socioeconômico e de saúde de idosos do meio rural e urbano: pesquisa nacional de saúde. **BVS Salud**, v. 12, n. 3, p. 148-153, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Brasil Sorridente - Saúde Bucal no SUS**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica n. 17**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. **Guia para acompanhamento das condicionalidades de saúde: Programa Auxílio Brasil** Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. SB Brasil 2020: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Brasil Sorridente - Saúde Bucal no SUS**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente.

BRASIL. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários**, 1978.

CASTILHO ARFD, MIALHE FL, BARBOSA TDS, PUPPIN-RONTANI RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de pediatria** 2013 Abr; 89,116-123.

DIMENSTEIN, M. *et al*. Iniquidades sociais e saúde mental no meio rural. **Psico-USF**, Campinas, v. 22, p. 541-553, set./dez. 2017.

FISCHER, T. K. *et al*. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, p. 126-138, 2010.

GAVA ECB. **A importância da prevenção e do tratamento odontológico na qualidade de vida**. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/6491/1/Cap_Eveline%20Coutinho%20Baldoto%20Gava.pdf. Acesso em: 21 out. 2026. 2020.

GODWIN, D. M. *et al*. Dental practitioner rural work movements: a systematic review. **Rural and Remote Health**, v. 14, n. 3, p. 431-443, 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sips saúde: percepção social sobre a saúde no Brasil**. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8925/1/SIPS%20sa%C3%BAde.pdf

IRINEU, P. Z. **Atenção básica em saúde bucal na região sul do Brasil: infraestrutura e acesso**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

KARAMEHMEDOVIC, E. *et al*. Oral health behaviour of nine-year-old children and their parents in Sarajevo. International

Journal of Environmental **Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 3235, 2021.

KONKIEWITZ EC. **Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência:** uma visão transdisciplinar, 2013.

LARRÉ MC, DE MIRANDA VSG, RECH RS, ELY HC, ABEGG C. Associação entre os fatores sociodemográficos e bucais com o bem-estar psicológico em adolescentes escolares. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre** 2019 Dez;60(2), 53-65.

MELLO, T. R. D. C.; ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 23, n. 2, p. 78-84, 2008.

MELLO, M. A. F. C. *et al*. Avaliações de saúde de escolares no programa saúde na escola. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 8, p. 261-277, 2019.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 121-130, 2004.

QUEIROZ AM. **Relação entre desempenho físico, sarcopenia e utilização dos serviços de saúde em idosos residentes em comunidades rurais ribeirinhas do Rio Negro**, Manaus, Amazonas [Tese de doutorado], 2022.

ROSSI, R.; GONÇALVES, F. K. A importância das ações em saúde bucal no âmbito escolar. **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 1, n. 57, p. 134-148, 2022.

SILVA, A. F. O.; DIAS, E. E. C.; SILVA, R. L. A. Qualidade de vida: uma reflexão sobre a cidade de São Paulo. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 14, n. 1, p. 1-15, jun. 2022.

SILVA, C. H. F. *et al*. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por estudantes do município de Canindé - CE. **Revista Remecs**, v. 5, n. 8, p. 21-28, 2020.

SILVA GP. **Estudo sobre a baixa adesão dos pacientes ao tratamento odontológico**. [Curso de especialização em atenção básica saúde da família] – Universidade Federal de Minas gerais; 2015.

SILVA NLS. **Percepção sobre os serviços de saúde por profissionais da atenção básica em contextos rurais** [Programa de pós-graduação em psicologia da saúde] – Universidade Estadual da Paraíba; 2019.

SITYÁ, D. S. *et al*. Análise de programas escolares de saúde bucal no Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 19, n. 3, abr. 2014.

SKILLMAN, M. S. *et al*. The challenge to delivering oral health services in rural America. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 70, p. 49-57, jun. 2010.

DIÁRIO DE CAMPO COMO INSTRUMENTO DE (IN)FORMAÇÃO, PESQUISA E REFLEXÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTUDO COM POPULAÇÕES RURAIS

Francieli Ester Müller
Marieli Elena Müller
Morgana Pappen
Maria Carolina Magedanz
Samantha Lopes de Moraes Longo
Katieli Isabel Müller
Miriam Beatris Reckziegel
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa, especialmente quando desenvolvida em contextos territoriais como o meio rural, exige do pesquisador uma postura sensível, reflexiva e atenta às múltiplas dimensões que permeiam o cotidiano dos participantes. Nesse cenário, o diário de campo assume papel fundamental, pois permite registrar não apenas dados objetivos, mas também percepções, sentimentos, interações e acontecimentos que emergem durante a vivência no território. Trata-se de um instrumento que contribui para a construção de conhecimento contextualizado, favorecendo a compreensão das realidades sociais, culturais e institucionais que influenciam o fenômeno investigado (Henrique, 2024).

Nesta perspectiva, o diário de campo é amplamente reconhecido na pesquisa qualitativa como uma ferramenta fundamental para a organização das informações, o registro sistemático das observações e a reflexão contínua do pesquisador ao longo do processo investigativo. Nesse sentido, o trabalho de

campo na pesquisa qualitativa envolve não apenas a coleta de dados, mas também a construção de relações, percepções e interpretações que precisam ser registradas de forma detalhada, permitindo compreender a realidade investigada em sua complexidade e dinamicidade. Além disso, os registros realizados no diário de campo possibilitam documentar o contexto em que os dados são produzidos, contemplando aspectos ambientais, comportamentais e interacionais que, muitas vezes, não são capturados por instrumentos formais de coleta de dados (Amaro, 2024; Minayo, 2014).

Sob esta ótica, o diário de campo também possibilita o registro detalhado das experiências vivenciadas no cenário investigado, contemplando diálogos, comportamentos, características do ambiente e impressões do pesquisador ao longo do processo de coleta de dados. Esses registros ampliam a compreensão da realidade estudada, favorecendo a construção de análises mais profundas e contextualizadas. Além disso, o diário de campo contribui para o exercício da reflexividade, ao permitir que o pesquisador reconheça sua própria influência no processo investigativo, bem como as interações e significados construídos durante a pesquisa (Amaro, 2024; Kroef; Gavillon; Ramm, 2020).

No contexto das pesquisas desenvolvidas com populações rurais, o diário de campo torna-se ainda mais relevante, pois possibilita registrar especificidades territoriais, culturais e sociais que influenciam diretamente as práticas de cuidado em saúde, a comunicação entre profissionais e comunidade e o acesso aos serviços de saúde. Muitas dessas informações emergem em conversas informais, observações do cotidiano e interações espontâneas, aspectos que, embora nem sempre captados por instrumentos formais, são fundamentais para a compreensão da realidade investigada. Além disso, o diário de campo constitui-se como um espaço de reflexão sobre a própria atuação do pesquisador, permitindo identificar desafios, dúvidas, adaptações metodológicas e aprendizados construídos ao longo do processo investigativo. Dessa forma, esse instrumento contribui para a

construção de análises mais sensíveis, contextualizadas e coerentes com a complexidade do território, fortalecendo o rigor metodológico e a profundidade da pesquisa qualitativa (Solonenko, 2023; Teixeira; Pacífico; Barros, 2023).

No presente capítulo, apresenta-se a experiência vivenciada pela primeira autora na utilização do diário de campo durante o desenvolvimento da pesquisa de doutorado intitulada *"Semeando práticas de cuidado em saúde no meio rural: características e repercussões da integração entre estratégias de educação, comunicação e acesso aos serviços de saúde em municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul"*. Ao longo desse percurso, o diário de campo constituiu-se como um instrumento importante para o registro das vivências no território, das interações com os participantes e das reflexões construídas durante o processo investigativo, possibilitando uma compreensão mais sensível e contextualizada da realidade estudada.

Diante dessa perspectiva, este capítulo tem como objetivo relatar a experiência de utilização do diário de campo durante o estudo piloto da pesquisa de doutorado desenvolvida com populações rurais, destacando sua contribuição como instrumento de (in)formação, reflexão e construção do conhecimento ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

O DIÁRIO DE CAMPO NA PESQUISA COM POPULAÇÕES RURAIS: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA

O diário de campo configura-se como um instrumento relevante na pesquisa qualitativa, especialmente quando o estudo é desenvolvido em contextos territoriais singulares, como o meio rural. Trata-se de um recurso metodológico que possibilita ao pesquisador registrar de forma sistemática não apenas os dados coletados, mas também as percepções, interações, sentimentos e reflexões que emergem durante a vivência no campo. Dessa forma, o diário amplia a compreensão do fenômeno investigado e contribui para a construção de análises mais sensíveis e

contextualizadas. Nesse sentido, o diário de campo pode ser compreendido como um registro contínuo do que o pesquisador observa, escuta, vivencia e interpreta ao longo do processo investigativo, favorecendo a reflexão e o aprofundamento analítico (Kroeff; Gavillon; Ramm, 2020; Teixeira; Pacífico; Barros, 2023).

Além disso, a literatura aponta que o diário de campo não se restringe à descrição objetiva dos acontecimentos, funcionando também como um espaço de reflexão e interpretação. Ao registrar percepções, impressões e dúvidas, o pesquisador desenvolve um processo contínuo de análise, capaz de revelar aspectos que muitas vezes escapam aos instrumentos formais de coleta de dados. Nesse sentido, o diário contribui para aprofundar o processo interpretativo e fortalecer o rigor metodológico da pesquisa qualitativa (Henrique, 2024).

Diante do exposto, o diário de campo se configura como um conjunto de registros detalhados que englobam eventos observados, conversas informais, percepções do pesquisador e aspectos do dia a dia no ambiente estudado. Embora algumas características do contexto possam ser antecipadas, muitas informações emergem somente durante a experiência prática, reforçando a importância de manter um registro contínuo das vivências. Nesse sentido, estudos desenvolvidos em contextos rurais exigem constantes ajustes metodológicos, levando em consideração as particularidades culturais, territoriais e sociais do local pesquisado (Solonenko, 2023).

Outrossim, a organização do diário de campo também é apontada como elemento essencial para a qualidade da pesquisa. A regularidade dos registros, a descrição detalhada das atividades realizadas, bem como a inclusão de informações como data, horário, local e participantes, permitem reconstruir o contexto da investigação e compreender a dinâmica do campo. Conforme Solonenko (2023), os diários de campo são reconhecidos pela riqueza de informações e pela capacidade de transportar o pesquisador novamente ao momento vivenciado, contribuindo para análises mais aprofundadas e contextualizadas.

Nesse sentido, o diário de campo aqui descrito foi elaborado de forma sistemática, abrangendo diversas dimensões do trabalho de campo, como identificação da coleta, descrição das atividades realizadas, observação do ambiente, registro de comportamentos e interações, reflexões do pesquisador, análises preliminares e considerações finais. Essa estrutura permitiu documentar de maneira detalhada não apenas os dados coletados, mas também o contexto em que a pesquisa ocorreu, ampliando a compreensão da realidade investigada.

No que se refere à identificação da coleta, o diário registrou informações como data, local, horário de início e término, além das atividades desenvolvidas durante a etapa do estudo piloto, realizada em unidade de saúde de um município da 13º Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Foram descritas entrevistas com gestor municipal de saúde e com participantes da população rural, permitindo documentar o contexto institucional e as interações estabelecidas durante a coleta de dados. Sendo assim, a descrição detalhada do ambiente evidenciou, por exemplo, que a unidade se encontrava em processo de reforma, com ruídos e circulação intensa de pessoas, o que demandou reorganização do espaço físico e adaptação metodológica para garantir privacidade e qualidade das entrevistas.

Dessa forma, além de organizar e registrar detalhadamente as atividades e observações do estudo de caso, o diário de campo revela sua importância como instrumento de documentação das condições reais da pesquisa, permitindo compreender fatores que podem influenciar a coleta de dados. A escrita nesse tipo de diário configura-se como uma forma de produção de conhecimento baseada na experiência vivida, registrando não apenas acontecimentos, mas também sensações, percepções e significados atribuídos ao território. Logo, o diário funciona como uma memória material da experiência de campo, contribuindo para análises mais sensíveis e reflexivas (Amaro, 2024; Ando; Nascimento, 2025; Cachado, 2021).

Outro aspecto relevante registrado no diário de campo refere-se às interações estabelecidas com os participantes. Durante a realização das entrevistas, observou-se resistência inicial por parte de alguns participantes, especialmente no momento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que exige o fornecimento de dados pessoais, como Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou Registro Geral (RG), para a formalização da participação na pesquisa. No entanto, após o esclarecimento dos objetivos do estudo e das garantias éticas relacionadas ao sigilo, à confidencialidade e à participação voluntária, a participante demonstrou maior confiança e aceitou participar da pesquisa. Esse tipo de registro evidencia aspectos socioculturais e relacionais que influenciam diretamente o processo de coleta de dados, além de revelar a importância da construção de vínculos entre pesquisador e participantes.

Nesse contexto, o diário de campo também se configura como um espaço de autorreflexão. Ele permite ao pesquisador analisar sua própria atuação e identificar aspectos que podem não ter sido percebidos durante a coleta de dados. A escrita contínua no diário possibilita revisitar experiências, examinar emoções e repensar estratégias metodológicas, contribuindo tanto para o desenvolvimento do pesquisador quanto para o aprimoramento da investigação (Henrique, 2024).

Com a realização deste estudo, o diário de campo revelou-se um instrumento essencial para registrar não apenas os dados coletados, mas também percepções, impressões e emoções vivenciadas durante a pesquisa. Sendo assim, foram observadas influências do ambiente institucional sobre as respostas, resistências na assinatura de documentos e reorganização para adesão ao questionário online, além de sentimentos como empatia, satisfação e esperança diante da receptividade da gestão municipal e da população rural. Esses registros permitiram refletir sobre a atuação como pesquisadora, construir vínculos com os participantes e identificar ajustes necessários nos instrumentos de coleta, como inclusão de novas questões e maior estímulo durante

as entrevistas. Sendo assim, o estudo piloto mostrou-se estratégico para aprimorar a metodologia, reforçando o diário de campo como espaço de registro, reflexão e construção do conhecimento.

Dessa forma, o diário de campo revelou-se fundamental não apenas para registrar dados, percepções e emoções vivenciadas durante a pesquisa, mas também como espaço de reflexão sobre a própria atuação da pesquisadora e de identificação de ajustes metodológicos necessários. Ele permite registrar aspectos relevantes, instigantes ou inesperados observados ao longo do trabalho de campo, funcionando como um relato das experiências, observações e impressões da pesquisadora, consolidando-se como um instrumento valioso na pesquisa social qualitativa (Teixeira; Pacífico; Barros, 2023).

Diante do exposto, a experiência com o diário de campo no estudo piloto evidenciou sua importância tanto para o registro detalhado das vivências quanto para a reflexão sobre a prática investigativa e o aprimoramento metodológico. Ao reunir informações objetivas e subjetivas, o diário permitiu compreender a realidade das populações rurais de forma mais ampla, sensível e contextualizada, considerando suas especificidades culturais, territoriais e sociais. Mais do que um instrumento de registro, ele se mostrou uma ferramenta de análise, reflexão e construção do conhecimento, contribuindo de maneira significativa para o desenvolvimento da pesquisa e para a compreensão das práticas de cuidado em saúde no meio rural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências descritas neste capítulo evidenciam que o diário de campo ultrapassa a função de registro técnico, constituindo-se como um instrumento potente de (in)formação, reflexão e construção do conhecimento na pesquisa qualitativa com populações rurais. Ao possibilitar o registro de percepções, interações, emoções e aspectos contextuais do território, o diário contribuiu para uma compreensão mais sensível e aprofundada da

realidade investigada, favorecendo a identificação de elementos que influenciam tanto a coleta de dados quanto a construção das análises. Além disso, a utilização desse instrumento durante o estudo piloto permitiu reconhecer fragilidades, ajustar estratégias metodológicas e fortalecer a condução da pesquisa, evidenciando sua relevância no processo investigativo.

Nesse sentido, a experiência com o diário de campo reforça sua importância como ferramenta que articula observação, reflexão e aprendizagem ao longo do trabalho de campo. No contexto das populações rurais, marcado por especificidades culturais, territoriais e sociais, esse instrumento mostrou-se essencial para captar nuances do cotidiano e das práticas de cuidado em saúde, muitas vezes não identificadas por instrumentos formais. Assim, o diário de campo revelou-se um recurso valioso para qualificar a pesquisa, fortalecer o rigor metodológico e contribuir para a produção de conhecimentos mais contextualizados e socialmente comprometidos com as realidades do meio rural.

REFERÊNCIAS

AMARO, F. R. O diário de campo como relato de si. **Revista Campo-Território**, v. 19, n. 53, p. 218–236, 14 abr. 2024.

ANDO, D. A.; NASCIMENTO, L. P. M. Investigador de si próprio: o diário como ferramenta relevante na formação de professores. **Revista Educação Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, nº 43, 12 de novembro de 2025

CACHADO, R. Diário de campo. Um primo diferente na família das ciências sociais. **Sociologia & Antropologia**, v. 11, n. 2, p. 551–572, ago. 2021.

HENRIQUE, M. A. B. O diário de campo: uma ferramenta de reflexão para o pesquisador-professor. **Revista Interfaces,** v. 16, n. 13, 2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

KROEF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 464–480, 9 jul. 2020.

PEZZATO, L. M.; FORTUNA, C. M.; BRAGANÇA, I. F. S. Diários na formação em Saúde: vestígios de um percurso formativo**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, 2025.

SOLONENKO, E. Field Diary in Rural Research: Features of Fixing and Organizing Data. **Inter,** v. 15, n. 3, p. 80–91, 29 set. 2023.

TEIXEIRA, É. J. P.; PACÍFICO, J. M.; BARROS, J. A. O diário de campo como instrumento na pesquisa científica: contribuições e orientações. **Cuadernos de Educación y Desarrollo,** v. 15, n. 2, p. 1678–1705, 23 maio 2023.



SAÚDE MENTAL E DOCÊNCIA: VIVÊNCIAS DE PROFESSORES DA REDE ESTADUAL EM CONTEXTOS RURAIS E URBANOS

Luci Helen Alvez Freitas
Letícia Lorenzoni Lasta
Wylliane Cavalcante Spinellis
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

A saúde mental dos profissionais da educação tem ganhado crescente destaque nas discussões acadêmicas e nas políticas públicas, em virtude do aumento dos casos de adoecimento relacionados ao exercício da docência (Mansur, 2024). Nesse contexto, as mudanças ocorridas no campo educacional, caracterizadas pela ampliação das atribuições docentes, intensificação do trabalho, precarização das condições laborais, constante necessidade de adaptação às transformações sociais, tecnológicas e pela insuficiência de recursos para o desenvolvimento das atividades pedagógicas, configuram fatores que favorecem o sofrimento psíquico e impactam negativamente o bem-estar e a qualidade de vida desses profissionais (Silva *et al*., 2023; Silva *et al*., 2024).

Entretanto, compreender esse fenômeno requer superar análises que atribuem o adoecimento apenas às condições individuais ou ocupacionais. Nesse contexto, a perspectiva da interseccionalidade apresenta-se como um importante referencial teórico, ao possibilitar a compreensão de como diferentes marcadores sociais se articulam e produzem experiências diferentes de vulnerabilidade, privilégio e sofrimento entre as professoras e professores (Macedo; Medeiros, 2025).

Além dos marcadores sociais tradicionalmente discutidos, o território também desempenha papel fundamental na compreensão das experiências docentes. Assim, as diferenças entre escolas localizadas em áreas rurais e urbanas constituem elementos relevantes para compreender as distintas formas de vivenciar o trabalho docente (Aroaz, 2023).

A partir dessa perspectiva, neste capítulo objetiva-se compreender as vivências de professores, no trabalho em escolas estaduais, rurais e urbanas acerca dos fatores que afetam sua saúde mental. Busca-se refletir sobre as desigualdades estruturais, expressas por meio da sobrecarga laboral, da insuficiência de suporte psicossocial e das diferentes formas de (re)existir no ambiente escolar (Silva; Machado; Costa, 2021).

CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa-intervenção qualitativa, fundamentada no método cartográfico, por compreender a realidade como dinâmica, processual e produzida nas relações (Passos *et al*., 2009). Nessa perspectiva, o hífen em *pesquisa-intervenção* não representa apenas uma convenção gramatical, mas evidencia a indissociabilidade entre pesquisar e intervir, uma vez que a produção do conhecimento ocorre simultaneamente à transformação dos sujeitos, das relações e do próprio campo investigado (Passo; Barros, 2009).

Inspirada nas contribuições de Deleuze e Guattari (1995), a cartografia orienta-se pela lógica do rizoma, compreendido como uma estrutura não linear, sem centro ou hierarquias fixas, na qual diferentes elementos se conectam e produzem múltiplos sentidos (Barreto; Carrieri, 2020). Cartografar consiste em acompanhar processos, relações, afetos e transformações, produzindo um conhecimento aberto às singularidades e às conexões que emergem no percurso da pesquisa-intervenção (Maldonado; Neves; Neves, 2024).

Neste estudo, optou-se pela utilização do termo interlocutores em substituição a "participantes", por compreender que, na perspectiva da cartografia, a produção do conhecimento é construída no encontro e na relação entre pesquisadora e campo (Medrado; Spink; Méllo, 2014). Assim, os interlocutores não ocupam a posição de sujeitos dos quais se extraem informações, mas coproduzem os sentidos da pesquisa.

Para garantir o anonimato, foram identificados pela letra P, seguida de numeração sequencial (P1, P2...), sem distinção entre os territórios de atuação, uma vez que a pesquisa-intervenção não busca comparar contextos urbanos e rurais, mas compreender as singularidades produzidas em cada território.

Participaram do estudo 24 professores de escolas estaduais localizadas em áreas rurais e urbanas, pertencentes à 6ª e à 24ª Coordenadorias Regionais de Educação do Rio Grande do Sul. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas orientadas pelo *ethos* cartográfico, compreendendo o encontro entre pesquisadora e interlocutores como um espaço de produção compartilhada da experiência, em que o próprio dizer produz conhecimento e intervenção (Tedesco; Sade; Caliman, 2013). As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra para análise.

A interpretação dos dados foi orientada pela perspectiva da interseccionalidade e dos marcadores sociais das diferenças, compreendendo que categorias como gênero, raça, idade e território articulam-se na produção das experiências e das desigualdades sociais (Martins; Schweickardt; Schweickardt, 2022; Paula, 2024). Esses referenciais possibilitaram analisar os relatos dos interlocutores de forma contextualizada, evidenciando como as relações de poder atravessam o cotidiano docente e influenciam os processos de sofrimento, cuidado e produção da saúde mental (Souza; Francisco, 2016).

A pesquisa foi realizada no ano de 2025/2026, como parte da dissertação de mestrado intitulada “Interseccionalidade, marcadores sociais das diferenças e saúde mental: estudo com

profissionais da educação de escolas urbanas e rurais no Rio Grande do Sul", vinculada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde, Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e ao Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudo em Saúde (GIATES) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

O estudo foi desenvolvido em conformidade com os preceitos éticos que orientam pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando aos participantes o caráter voluntário da participação, o direito à desistência, o sigilo e a confidencialidade das informações produzidas. Foram adotados procedimentos para preservar a identidade dos interlocutores, bem como respeitados os princípios éticos previstos nas normativas brasileiras para pesquisas com seres humanos, mediante apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o 96282826.0.0000.5343.

O TRABALHO QUE INVADE A VIDA: QUANDO A FRONTEIRA DEIXA DE EXISTIR

Ao acompanhar os percursos dos interlocutores desta pesquisa-intervenção, um movimento se tornou recorrente e atravessou diferentes narrativas: a progressiva dissolução das fronteiras entre o trabalho e a vida. Hoje, não é apenas a vida que adentra o trabalho; é o trabalho que se expande para além dos muros da escola, ocupando o tempo doméstico, infiltrando-se nos momentos de descanso, atravessando as relações familiares e permanecendo constantemente nos pensamentos, nas preocupações e até mesmo no corpo dos professores e professoras e das equipes diretivas. Assim relata a interlocutora P10:

> "Eu tenho 20 horas só. Nessas 20 horas então eu atendo essas 8 turmas e eu não paro em casa. Em casa tu tem que estar sempre trabalhando (…) Ser professor era bom um tempo atrás, porque não tinha todo esse envolvimento em casa. Porque tu, sim, tu preparava a aula, tu tinha o

> planejamento anual e tudo… Mas tu não tinha que estar sempre alimentando o sistema''.

Os relatos revelam que a jornada de trabalho não se encerra quando termina o expediente escolar. Ela continua no planejamento das aulas realizado durante à noite, nas mensagens respondidas fora do horário de trabalho, na elaboração de relatórios, nas demandas burocráticas que se acumulam, na preocupação persistente com estudantes, famílias e situações que permanecem abertas mesmo após o fechamento dos portões da escola. O trabalho passa, então, a habitar o cotidiano de maneira contínua, tornando-se uma presença que reorganiza o tempo, redefine prioridades e modifica as formas de existir.

Essa realidade, entretanto, não pode ser interpretada como resultado de uma dificuldade individual de administrar o próprio tempo ou estabelecer limites entre a vida profissional e a vida pessoal. Reduzir esse fenômeno a uma incapacidade subjetiva significaria desconsiderar as condições históricas, políticas e econômicas que organizam o trabalho docente. O que emerge das narrativas não é a fragilidade dos sujeitos, mas a potência de um modo de organização social que transforma toda experiência em espaço de produção, desempenho e responsabilização permanente. Nas palavras da interlocutora P15:

> "A gente está vivendo, eu posso dizer assim que eu me sinto em relação a isso em relação ao estado uma escrava não tem salário que paga isso mas daí tu vê que nem eu estou mascarada hoje porque eu estou com gripe deveria estar em casa descansando''.

É nesse contexto que Dardot e Laval (2017), discutem a racionalidade neoliberal. Para os autores, o neoliberalismo não se restringe a um modelo econômico, mas constitui uma forma de governo da vida, capaz de produzir sujeitos que passam a gerir a si mesmos segundo princípios de eficiência, produtividade e desempenho contínuo. Essa lógica ultrapassa os limites das organizações e instala-se na própria subjetividade, fazendo com

que o trabalhador internalize exigências institucionais e passe a administrar a si mesmo como se fosse uma empresa. Sob essa racionalidade, descansar pode ser percebido como improdutividade.

Ricardo Antunes (2025) denomina esse fenômeno como uma das expressões da nova morfologia do trabalho: *Adeus ao Trabalho?*, o autor demonstra que as transformações contemporâneas não conduziram ao desaparecimento do trabalho, mas à sua intensificação e expansão para todas as esferas da vida. O trabalho deixa de ocupar apenas um espaço delimitado do cotidiano e passa a estruturar o próprio modo de viver. As fronteiras entre tempo produtivo e tempo livre tornam-se cada vez mais difusas. O corpo deixa a escola, mas a escola permanece habitando o corpo.

Nessa direção, Christophe Dejours (2004) contribui ao compreender o trabalho como um potente produtor de subjetividade. O sofrimento relacionado ao trabalho não decorre exclusivamente da quantidade de tarefas realizadas, mas, sobretudo, da maneira como o trabalho é organizado e das possibilidades, ou impossibilidades, que os sujeitos encontram para atribuir sentido ao que fazem. Quando a organização do trabalho reduz a autonomia, amplia as exigências e limita os espaços de reconhecimento e elaboração coletiva, o sofrimento deixa de ser um episódio isolado e passa a constituir uma experiência cotidiana. Ao refletir sobre essa vivência, a interlocutora P21 afirma:

> "As mulheres entram na menopausa, elas têm TPM, elas têm filhos, têm casa. Parece que esse lado nosso, ele não é olhado pela mantenedora. Nós somos, a impressão que nós temos é que eles pensam que nós somos robôs''.

Essa compreensão aproxima-se das contribuições de René Mendes e colaboradores (2024), ao situar as patologias relacionadas ao trabalho como processos produzidos socialmente e não como fenômenos restritos ao organismo individual. O adoecimento, nessa perspectiva, não representa uma falha do trabalhador, mas

um indicador das contradições presentes nas formas de organização do trabalho. O sofrimento deixa de ser compreendido como expressão de uma vulnerabilidade individual para revelar os efeitos de condições laborais que, reiteradamente, extrapolam os limites físicos, emocionais e simbólicos dos sujeitos.

Essa leitura também dialoga com a obra *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (Safatle, Silva Junior; Dunker, 2021), ao deslocar a análise do sofrimento da esfera exclusivamente clínica para sua dimensão política. O sofrimento que emerge dos relatos não pode ser interpretado apenas como uma questão psicológica ou individual, pois ele é produzido por formas específicas de gestão que intensificam responsabilidades, individualizam fracassos e silenciam as condições estruturais que atravessam o trabalho docente. Sobre esse aspecto, a interlocutora P8 comenta:

> "Ele (professor) não pode trabalhar doente, insatisfeito, pressionado, triste. Porque ele é um ser humano, e ele vai acabar passando isso para o trabalho dele, porque não tem como separar, nós não somos robôs, nós somos seres humanos. Professor, ele tem que ter um lugar de escuta na sociedade.''

A lógica neoliberal opera precisamente ao transformar problemas coletivos em responsabilidades privadas, fazendo com que trabalhadores atribuam a si mesmos o peso de demandas cuja origem é institucional e política (Safatle, Silva Junior; Dunker, 2021). Nesse cenário, a cartografia permitiu compreender que a escola deixa de ser apenas um local de trabalho para tornar-se uma presença contínua, acompanhando os sujeitos para além do expediente e redefinindo seus modos de existir.

DO TERRITÓRIO VIVO À POLÍTICA MENOR: POTÊNCIAS NA PRODUÇÃO DA SAÚDE

Entre as exigências burocráticas, os indicadores institucionais e a aceleração que marca o trabalho docente contemporâneo, emergem pequenas experiências que, à primeira vista, poderiam parecer banais, mas que sustentam modos de existir e de

permanecer na escola. São gestos discretos, cotidianos e, justamente por isso, frequentemente invisibilizados pelas análises que privilegiam as grandes estruturas organizacionais. A vivência é traduzida pela interlocutora P3 quando afirma: "(...) eu sei que se eu não vier, sobrecarrega os meus colegas porque eles também estão vivendo isso.''

Esses movimentos podem ser compreendidos a partir da noção de política menor, inspirada na filosofia de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1980). O "menor" não designa aquilo que é pequeno, secundário ou de pouca relevância; refere-se, antes, às forças políticas que se produzem nas margens dos grandes dispositivos de poder. Trata-se de uma política que nasce da vida cotidiana, dos encontros, dos afetos e das relações que escapam às formas hegemônicas de organização institucional. Sua potência não reside na escala em que acontece, mas na capacidade de criar fissuras nos modos dominantes de produzir a vida.

Ao longo do percurso da pesquisa-intervenção, essa política menor revelou-se na escuta que interrompe a pressa para acolher um colega, na diretora que assume para si o peso de determinadas decisões para proteger sua equipe, no café compartilhado entre uma reunião e outra, na conversa de corredor que permite transformar a angústia em palavra, no professor que percebe o sofrimento do outro antes mesmo que ele seja anunciado. Esse movimento emerge no relato da interlocutora P13, que também ocupa um lugar na equipe diretiva:

> "E a gente escuta bastante os professores, né? Apesar de muita coisa a gente não poder fazer. A gente entende os anseios, mas não consegue mudar, né, porque a gente tem que seguir uma normativa. Mas a gente escuta.''

Nessa perspectiva, Dardot e Laval (2017) contribuem ao compreender o comum não como um recurso previamente existente, mas como uma prática política continuamente produzida nas relações. O comum constitui-se quando sujeitos compartilham responsabilidades, constroem formas coletivas de enfrentamento e

recusam a lógica concorrencial que caracteriza a racionalidade neoliberal. Assim, os pequenos gestos de solidariedade observados não representam apenas manifestações de gentileza ou empatia; configuram práticas de resistência que preservam a dimensão coletiva do trabalho docente.

Essa compreensão conduz, inevitavelmente, à reflexão sobre o território. No percurso desta pesquisa-intervenção, o território deixou de ser compreendido como um simples recorte geográfico delimitado entre escolas urbanas e rurais. Inspirada na cartografia proposta por Deleuze e Guattari e desenvolvida por Passos, Kastrup e Escóssia (2009), a noção de território desloca-se para um plano existencial, relacional e processual. O território não antecede a experiência; ele é continuamente produzido pelos encontros, pelos afetos, pelos conflitos, pelos movimentos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização que atravessam o cotidiano.

Territorializar significa construir referências, produzir pertencimento, criar lugares onde a vida encontra alguma estabilidade. Entretanto, nenhum território permanece fixo. As exigências institucionais, as mudanças nas políticas educacionais, a intensificação do trabalho e as transformações nas relações escolares produzem constantes processos de desterritorialização. Essa produção de sentido pode ser percebida segundo a interlocutora P2:

> "Eu fiquei muito tempo sem psicólogo, sem nada. Meu psicólogo, meu antidepressivo foi meu aluno foram eles que me ajudaram (...)''

O território não é um cenário neutro onde os acontecimentos se desenrolam; ele participa ativamente da produção das experiências, ao mesmo tempo em que é continuamente transformado por elas (Santos, 2002). A cartografia permitiu acompanhar exatamente esses movimentos, compreendendo o território como um processo vivo, sempre inacabado.

Sob esse olhar, as escolas rurais e urbanas deixam de representar categorias dicotômicas ou realidades passíveis de comparação hierárquica. A pesquisa-intervenção não buscou identificar qual contexto seria mais favorável ao trabalho docente, tampouco estabelecer uma oposição entre eles. Cada território constitui uma composição singular de forças, afetos, desafios e possibilidades.

Acompanhando os movimentos dos interlocutores, tornou-se impossível reduzir a experiência docente apenas ao adoecimento. O mesmo território que produz desgaste também produz encontros; o mesmo trabalho que, por vezes, captura o tempo e os afetos também pode fortalecer vínculos, reafirmar sentidos e sustentar a permanência na profissão.

Nessa direção, a promoção da saúde deixa de ser compreendida apenas como prevenção de agravos ou ausência de sofrimento. Em consonância com a perspectiva ampliada desse conceito, ela se constitui como um processo relacional, coletivo e cotidiano, produzido na medida em que os sujeitos encontram condições para construir redes de apoio, fortalecer sua autonomia e compartilhar modos de enfrentar os desafios impostos pelo trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa-intervenção buscou compreender as vivências de professores de escolas estaduais rurais e urbanas acerca dos fatores que atravessam sua saúde mental, reconhecendo que o sofrimento e o bem-estar docente são produzidos por múltiplos atravessamentos sociais, institucionais e territoriais. A cartografia permitiu acompanhar esses processos em sua complexidade.

Os achados revelaram que a intensificação do trabalho, a ampliação das demandas institucionais e a racionalidade neoliberal atravessam o cotidiano escolar, produzindo processos de desgaste que extrapolam os limites da escola e alcançam a vida privada. Contudo, a pesquisa-intervenção também evidenciou que o

trabalho docente não se constitui apenas como espaço de sofrimento. Nos mesmos territórios em que emergem o desgaste e a sobrecarga, também se produzem vínculos, afetos, cooperação e sentidos capazes de sustentar a permanência na profissão.

Por fim, o percurso cartográfico permite compreender que a docência é um território vivo, onde coexistem forças. Se, por um lado, as lógicas de produtividade, controle e desempenho intensificam o trabalho e produzem sofrimento, por outro, os encontros, os vínculos e as pequenas invenções do cotidiano mantêm aberta a possibilidade de produzir saúde. Mais do que respostas definitivas, esta pesquisa-intervenção pretende contribuir para ampliar o debate sobre a saúde mental docente, dando visibilidade aos processos, às relações e às forças que atravessam o trabalho docente, ao mesmo tempo em que sinaliza a necessidade de construção de políticas e práticas comprometidas com a complexidade da docência e com o fortalecimento dos coletivos que sustentam a vida na escola.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. **Cortez Editora**, 2025.

ARAOZ, EGE. Salud mental en los docentes de instituciones educativas rurales en el contexto de pospandemia. **Revista Brasileira de Educação do Campo**, v. 8, p. e16034-e16034, 2023.

BARRETO, RDO.; CARRIERI, AD.; ROMAGNOLI, RC. O rizoma deleuze-guattariano nas pesquisas em Estudos Organizacionais. **Cadernos Ebape. Br**, v. 18, p. 47-60, 2020.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A nova razão do mundo. **Boitempo editorial**, 2017.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs. **Capitalismo e esquizofrenia**, v. 1, p. 3, 1995.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DE SOUZA, SRL.; FRANCISCO, AL. O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios... desenhando caminhos. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2. 2016.

KASTRUP, V; BARROS, RB. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. **Porto Alegre: Sulina**, 2009.

MACEDO, RM.; MEDEIROS, TM. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. **Saúde em Debate**, v. 49, p. e9507, 2025.

MALDONADO, MMC.; NEVES, L.; NEVES, DSS. A constituição do escolar e sua desterritorialização: uma cartografia de escolas públicas do estado de Mato Grosso em tempos de pandemia. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 105, p. e5764, 2024.

MANSUR, TS. Saúde mental de servidores administrativos e professores de uma instituição de educação profissional e tecnológica. R**esearch, Society and Development**, v. 13, n. 8, p. e9413846636-e9413846636, 2024.

MARTINS, FM.; SCHWEICKARDT, K. HSC.; SCHWEICKARDT, JC. Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia. In: **Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia**. 2022. p. 264-264.

MEDRADO, B.; SPINK, MJP.; MÉLLO, RP. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. 2014.

PASSOS, E. *et al*. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção. In: **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 2009. p. 17 p-31 p.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina**, 2009.

MENDES, R. *et al.* Patologia do trabalho: o essencial, o novo e a prática. 2024.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. **Edusp**, 2002.

SILVA, AKA. *et al.* Síndrome de burnout em professores e suas causas: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 117-128, 2024.

SILVA, JC.*et al.* Saúde mental, adoecimento e trabalho docente. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 27, p. e242262, 2023.

SILVA, SR.; MACHADO, TMR.; COSTA, ALO. Interseccionalidade e trabalho docente: desafios vividos por professoras negras da UFAC. **Revista Teias,** v. 22, n. 64, p. 167-180, 2021.

SCHERER, LA.; GRISCI, CLI. Cartografia como método de pesquisa para estudos de trabalho e subjetividade. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 26, n. suppl 1, p. e210202, 2022.

SAFATLE, V.; DA SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Autêntica Editora, 2021.

TEDESCO, SH.; SADE, C.; CALIMAN, LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: revista de Psicologia**, v. 25, p. 299-322, 2013.


GRUPO DE ESTUDO E
PESQUISA EM SAÚDE/GEPS
ESCOLA
Educação em saúde:
realidade, reflexões e intervenções em escolas de
pequenos municípios do Rio Grande do Sul -
Fase II
CNPq
Saúde

SEÇÃO II

CONEXÕES QUE TRANSFORMAM: O ENCONTRO DA PESQUISA COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TERRITÓRIO RURAL

CONHECENDO O PROJETO DE PESQUISA: TRAJETÓRIA, DIÁLOGOS E AÇÕES NO TERRITÓRIO RURAL

Suzane Beatriz Frantz Krug
Edna Linhares Garcia
Morgana Pappen
Ana Carolina Bienert

O presente capítulo tem como objetivo apresentar a trajetória da pesquisa intitulada "EDUCAÇÃO EM SAÚDE: realidade, reflexões e intervenções em escolas da zona rural em municípios do Rio Grande do Sul (RS) – Fase II", que fundamenta a elaboração deste e-book. Para tanto, são abordados o percurso histórico de construção da pesquisa, suas diferentes etapas de desenvolvimento, os objetivos que orientaram sua realização, as escolhas metodológicas adotadas e alguns dos principais resultados produzidos ao longo do processo investigativo.

DA FASE I À FASE II: A TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A trajetória do projeto iniciou no ano de 2022 com a pesquisa de doutorado desenvolvida pela enfermeira Morgana Pappen, no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) - que se intitulava "EDUCAÇÃO EM SAÚDE: realidade, reflexões e intervenções em escolas da zona rural em municípios do Rio Grande do Sul (RS)".

Inicialmente, em sua fase I, foi desenvolvida em três municípios: Boqueirão do Leão, pertencente a 16º Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e 6º Coordenadoria Regional de Educação (CRE); Gramado Xavier, pertencente a 13º CRS e 6º CRE; e Barros

Cassal, pertencente a 6º CRS e 25º CRE, sendo que os municípios integrantes do estudo possuem a agricultura como a principal atividade econômica e com caracterização de extensas áreas rurais e predominância da população residente nessas áreas. A escolha dos municípios se deu também por serem municípios próximos e pertencentes a diferentes Coordenadorias Regionais de Saúde e de Educação.

Em 2023, alguns pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da UNISC elaboraram um novo projeto de pesquisa, o que gerou sua segunda fase, desenvolvendo suas atividades em outros quatro municípios rurais, agora localizados somente na região de abrangência da 13ª CRS e 6ª CRE: Mato Leitão, Passo do Sobrado, Vale Verde, Venâncio Aires. No final do ano de 2023, a pesquisa em sua fase II, coordenada pela Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug foi contemplada com recursos financeiros no Edital da FAPERGS- 09/2023 Programa PESQUISADOR GAÚCHO – PqG, o que contribuiu para o aprimoramento e ampliação de suas atividades.



A pesquisa em suas duas fases, desde seu início, teve como propósito uma articulação entre os setores da educação e da saúde, com foco na promoção da saúde em comunidades rurais, fomentando práticas educativas e investigativas que valorizam os

saberes locais, respondem às demandas específicas do território e fortalecem a integração entre ensino, pesquisa e extensão na universidade. Difere-se por direcionar o olhar para o contexto rural - frequentemente invisibilizado nas pesquisas e políticas públicas - e por priorizar uma abordagem participativa, dialógica e intersetorial. Ao incluir estudantes, familiares, profissionais da educação, equipes da saúde e gestores públicos, a pesquisa busca não apenas mapear e compreender a realidade local, mas também intervir nessa realidade por meio de processos formativos transformadores, que promovem a autonomia dos sujeitos e incentivam a reflexão crítica sobre a saúde no cotidiano escolar e comunitário.

O estudo pretende também contribuir para o aprimoramento de políticas públicas voltadas para esse cenário nos municípios onde o estudo foi realizado em sua fase I e está sendo realizado em sua fase II e de forma geral no Rio Grande do Sul. Entende-se que a pesquisa por meio das ações educativas, pode proporcionar proporcionará importantes momentos de troca, observações, reflexões, transformações, e principalmente o envolvimento coletivo, fortalecendo o conhecimento da educação em saúde no contexto rural.

SUAS FASES E OBJETIVOS

Ao longo de suas diferentes fases, a pesquisa estrutura-se de maneira progressiva e articulada, apresentando os seguintes objetivos, que se complementam e orientam o desenvolvimento das ações investigativas e interventivas:

Fase I - Conhecer e analisar estratégias e ações de educação em saúde em escolas da zona rural de municípios do RS, bem como, propor e realizar intervenções educativas em saúde.

Fase II - Analisar, sob a perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, as estratégias e ações de educação em saúde e escolas rurais de

municípios do Rio Grande do Sul, bem como, propor e elaborar produtos técnicos e intervenções educativas em saúde.

Ressalta-se que junto à fase II da pesquisa, ocorre a pesquisa de dissertação de mestrado da enfermeira Ana Carolina Bienert no PPGPS intitulada "*EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ESCOLAS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL: estratégias, ações e articulações com o Programa Saúde na Escola*" com o objetivo de analisar estratégias e ações de educação em saúde em escolas localizadas na zona rural de municípios do Rio Grande do Sul e a interação com o Programa Saúde na Escola (PSE), visando à proposição e elaboração de produtos técnicos e/ou intervenções educativas em saúde.

Em suma, o percurso investigativo desenha uma trajetória evolutiva e complementar: enquanto a **Fase I** dedica-se ao diagnóstico e à intervenção prática inicial no contexto das escolas rurais, a **Fase II** amplia o escopo analítico ao incorporar referenciais teóricos e globais — como os Determinantes Sociais da Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável —, culminando na geração de produtos técnicos. A inserção da pesquisa de mestrado fortalece essa segunda fase ao aprofundar, de forma específica, a articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE). Dessa forma, as diferentes etapas se articulam de maneira orgânica, transformando o diagnóstico local inicial em um processo contínuo de produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas e proposição de tecnologias e intervenções aplicadas à saúde no meio rural.

AS PARCERIAS

O desenvolvimento da pesquisa acontece a partir de uma rede de parcerias que dá sentido e sustentação às suas ações. A Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), junto ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e aos Programas de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e em Psicologia, contribui com

conhecimento, formação e apoio na construção das atividades, aproximando teoria e prática de forma contínua.

As Coordenadorias Regionais de Saúde (6ª, 13ª e 16ª) e de Educação (6ª e 25ª) ajudam a conectar a pesquisa com as redes públicas, facilitando o diálogo com as políticas e com o que já acontece nas regiões. Isso torna o trabalho mais alinhado com a realidade e amplia as possibilidades de atuação conjunta. Já as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação dos sete municípios participantes são essenciais no dia a dia da pesquisa, aproximam o projeto das escolas, dos serviços e das comunidades, permitindo que as ações aconteçam de forma concreta, participativa e conectada com as necessidades locais.

Essas parcerias, construídas a partir do diálogo, da escuta e da colaboração entre instituições, serviços e comunidades, fortalecem o desenvolvimento do projeto ao integrar diferentes saberes, experiências e formas de atuação. Além de ampliar a articulação entre ensino, pesquisa, gestão e território, favorecem a construção coletiva de estratégias contextualizadas, sensíveis às necessidades locais e alinhadas às condições de vida e trabalho da população.

O DESENVOLVIMENTO

Os estudos desenvolvidos são do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa. O estudo qualitativo é caracterizado por permitir aproximar e revelar os sentidos do sujeito e seus significados, além de articular a realidade com a base teórica. Esse método qualitativo exibe processos sociais que possibilitam a revisão, a construção e a criação de novos conceitos, abordagens e categorias no decorrer da investigação (Minayo; Costa, 2018). Já a pesquisa-ação, segundo Thiollent; Oliveira (2016) caracteriza-se por investigar e gerar prováveis soluções a problemática encontrada, além de ser um procedimento de interação entre o pesquisador e a população. Por meio desse tipo de pesquisa é possível realizar ações específicas voltadas ao problema que a população participante enfrenta e necessita atuação.

A Fase I da pesquisa envolveu entrevistas semiestruturadas realizadas entre junho e setembro de 2022 em três escolas rurais de três municípios da região central do Rio Grande do Sul. Quanto aos segmentos do estudo, estes apresentam-se divididos da seguinte forma: 14 estudantes do 9º ano; 14 pais/responsáveis; 15 professores; 15 profissionais da ESF; seis secretários municipais, sendo três de saúde e três de educação, totalizando seis segmentos e 64 participantes. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos.

A Fase II consiste na análise de alguns dados da Fase I, produção de dados em outros quatro municípios e continuidade das ações de educação em saúde. Participam 32 participantes, a saber: quatro estudantes do 8º ano e quatro estudantes do 9º ano do ensino fundamental, totalizando oito estudantes; quatro professores, quatro integrantes da equipe diretiva, quatro profissionais de saúde que atuam na unidade de saúde vinculada à escola, quatro integrantes do Grupo de Trabalho Municipal do PSE, quatro gestores municipais de saúde e quatro gestores municipais de educação. A produção dos dados ocorreu por entrevista semiestruturada com roteiro específico/adaptado para cada segmento participante. As entrevistas foram gravadas, mediante consentimento dos participantes e seus responsáveis no caso dos estudantes (por serem menores de 18 anos), posteriormente transcritas e analisadas.

Assim, os dados das duas pesquisas são analisados por Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin, que se organiza da seguinte forma: Pré-análise, compreendida pela preparação do material e definição das hipóteses e objetivos da pesquisa. Envolve leitura flutuante do conteúdo, organização e escolha do que será analisado; Exploração do material, compreendida pela codificação, categorização e classificação das unidades de registro (palavras, expressões ou trechos significativos). É a fase em que se sistematizam os dados para identificar padrões e regularidades; Tratamento dos resultados, inferências e interpretação, compreendida pela análise quantitativa e/ou qualitativa das

categorias e inferência de significados. Aqui se relacionam os achados com os objetivos da pesquisa, buscando explicar os resultados (Bardin, 2016).

ALGUNS RESULTADOS

Para a reflexão e discussão dos achados, os dados foram problematizados à luz dos referenciais teóricos da Saúde Coletiva, com ênfase no campo da Educação, da Educação Popular em Saúde (Freire, 1987; Vasconcelos, 2015) e da Promoção da Saúde. A análise das estratégias educativas e das vulnerabilidades no contexto rural ancorou-se no arcabouço teórico conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007), considerando as especificidades territoriais e socioeconômicas do meio rural.

Na fase I nos três municípios, as falas dos participantes evidenciaram, de forma geral, que as escolas são reconhecidas como espaço estratégico para disseminação de práticas de promoção da saúde, com acesso à informação em saúde, sendo que as ações desenvolvidas resultam na multiplicação de saberes para o núcleo familiar. Constatou-se que as ações educativas fortaleceram os vínculos entre escola, família e serviços de saúde, com relatos dos participantes sobre maior acesso a orientações e posterior autocuidado. Um aspecto importante refere-se às atividades laborais do meio rural dos familiares dos estudantes que impactam na sua disponibilidade para participar das ações escolares.

Ao analisar os tipos e características das ações de educação em saúde nas escolas rurais, sua implementação e o entendimento da comunidade escolar sobre seus impactos na promoção da saúde identificou-se que se manifestam principalmente por ações educativas como campanhas, projetos interdisciplinares, feiras, hortas comunitárias e que tais práticas fortalecem o vínculo entre profissionais e a comunidade, contribuindo para o cuidado integral em saúde. Dentre as temáticas mais valorizadas e referidas pelos integrantes da pesquisa, estão: água, alimentação/segurança

alimentar, saúde bucal, sexualidade, prevenção de drogas e temas relacionados ao trabalho rural. Para além disso, o Programa Saúde na Escola (PSE) e o agente comunitário em saúde apareceram como elos na operacionalização e encaminhamentos relacionados a essas ações.

Dentre as limitações das ações em educação em saúde apontadas pelos participantes, percebeu-se a descontinuidade das ações, dependência das iniciativas dos professores e profissionais da ESF, falta de capacitação para metodologias participativas, bem como, escassez de recursos humanos e logísticos para a realização dessas ações e lacunas de comunicação entre as instituições e comunidade.

Os principais resultados da fase I evidenciaram que as ações educativas em saúde nas escolas rurais revelam situações relacionadas às condições de vida e trabalho (como o impacto do trabalho rural na participação nas ações) às redes sociais e comunitárias (como a família como multiplicadora do conhecimento e rede de apoio). Os participantes ressaltaram que a educação em saúde fortalece a identidade comunitária e seu empoderamento, tornando-a protagonista nas decisões sobre a saúde. As ações tendem a atender demandas locais quando articuladas com outros serviços, mas precisam sempre levar em consideração a realidade local para assegurar e aumentar a adesão da população.

Na fase II, a partir dos dados obtidos na Fase I da pesquisa, foram elaborados materiais educativos voltados às principais demandas identificadas durante a coleta, com os seguintes temas/títulos: Vacinação; Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); Patologias Relacionadas ao Uso de Agrotóxicos; Gestação na Adolescência. Esses materiais incluem elaboração de slides com conteúdos que abordam conceitos, sinais e sintomas, formas de tratamento e estratégias de prevenção.

Além disso, foram produzidos livretos informativos impressos com jogos educativos, como criptogramas e caça-palavras, com o objetivo de facilitar o processo de ensino-

aprendizagem de forma lúdica e acessível. Este material está sendo utilizado durante as atividades de educação em saúde com os estudantes em visitas às escolas participantes da pesquisa, fortalecendo a integração entre conhecimento científico e práticas pedagógicas no contexto escolar.

Na fase II, quanto a perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nas estratégias e ações de educação em saúde nas escolas rurais, os principais resultados evidenciaram que as ações educativas em saúde revelam situações relacionadas às condições de vida e trabalho (como o impacto do trabalho rural na participação nas ações) às redes sociais e comunitárias (como a família como multiplicadora do conhecimento e rede de apoio). Os participantes ressaltaram que a educação em saúde fortalece a identidade comunitária e seu empoderamento, tornando-a protagonista nas decisões sobre a saúde. As ações tendem a atender demandas locais quando articuladas com outros serviços, mas precisam sempre levar em consideração a realidade local para assegurar e aumentar a adesão da população.

Quanto aos resultados preliminares que se referem à intersetorialidade entre saúde e educação, a partir das ações do Programa Saúde na Escola, os dados evidenciaram a existência de ações intersetoriais entre saúde e educação a partir das ações do PSE, configurando-se de forma não homogênea no contexto das escolas rurais. Dentre as ações de educação em saúde, destaca-se a predominância de práticas de caráter verticalizado, direcionadas aos participantes, mas que, ainda assim, atendem às demandas em saúde no cotidiano escolar. Entretanto, observa-se que tais práticas não se configuram como ações institucionalizadas no cotidiano, ocorrendo de forma pontual, dependentes de demandas e da compatibilidade de agendas, o que evidencia fragilidades na consolidação da intersetorialidade como prática contínua. No contexto rural, essa dinâmica se intensifica, uma vez que suas especificidades são pouco incorporadas, limitando sua adequação ao território, ainda assim, as ações atendem às demandas das

escolas e dos estudantes, demonstrando relevância no cotidiano escolar.

Na fase II, a pesquisa integrou a Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT), promovida anualmente pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que se constitui como o maior evento de popularização da ciência no Brasil, reunindo instituições de ensino, pesquisa e extensão em atividades voltadas à socialização do conhecimento científico junto à comunidade. Em sua 21ª edição, realizada em 2024, a temática consistiu em "Biomas do Brasil: Diversidade, Saberes e Tecnologias Sociais". Nesse contexto, o projeto de pesquisa participou ativamente do evento, desenvolvendo materiais educativos voltados à temática. Foram produzidos uma apresentação audiovisual e um livreto impresso intitulado "Doenças emergentes em períodos de enchentes e pós-enchentes", que exploraram conteúdos relacionados a enfermidades frequentemente associadas a essas situações, como dengue, hepatite A, síndromes diarreicas, tétano acidental e leptospirose. Esses materiais foram concebidos com o objetivo de ampliar a compreensão da população acerca dos riscos à saúde em períodos de enchentes e pós-enchentes, promovendo a conscientização sobre medidas de prevenção, formas de transmissão e estratégias de cuidado, fortalecendo, assim, o papel educativo e social da pesquisa.

A PESQUISA COMO PROCESSO: CONSIDERAÇÕES E NOVOS CAMINHOS

Destaca-se que a elaboração, planejamento e execução do projeto acontece de maneira articulada e colaborativa entre Universidade de Santa Cruz do Sul, os municípios (por meio das Secretarias de Educação e Saúde) e as escolas rurais, promovendo uma constante integração entre os mesmos, como se configura a pesquisa de ação. Este processo, por si só, configurou-se como uma estratégia importante do projeto ao promover a articulação ensino-serviço-gestão. Necessário também destacar a ampliação de

municípios integrantes do estudo em sua fase II, passando de três para sete municípios, o que mostra o fortalecimento da pesquisa, ampliando a representatividade dos dados, a diversidade dos contextos analisados e a possibilidade de análises entre diferentes realidades territoriais.

Ressalta-se as atividades educativas desenvolvidas nas escolas rurais como estratégias fundamentais para a promoção da saúde, fortalecimento do vínculo comunitário e estímulo ao protagonismo dos estudantes no cuidado com o território. Nesse caminhar, o projeto se desenha como movimento vivo de fortalecimento de laços entre instituições e de expansão das ações educativas e investigativas, tecendo saberes enraizados nos territórios e nas experiências produzidas, capazes de estimular as práticas de promoção da saúde no meio rural.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279p.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, p. 139-153, 2018.

THIOLLENT, M. J. M.; OLIVEIRA, L. Participação, cooperação, colaboração na relação dos dispositivos de investigação com a esfera da ação sob a perspectiva da pesquisa-ação. *In*: **Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 5. 2016, Porto. Anais** [...]. Porto: CIAIQ, p. 357-366, 2016.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA SOCIAL E SEUS ATORES NO CONTEXTO RURAL

Ana Carolina Bienert
Giuliana Viecilli Castilhos
Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaíni
Thaís Cristina Weis
Victória Staudt Zamboni
Iagro César de Almeida Bavaresco
Edna Linhares Garcia
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo analisar o perfil dos participantes da pesquisa, buscando compreender como suas características sociais, educacionais e territoriais se articulam aos determinantes sociais da saúde (DSS) e influenciam as práticas de educação em saúde no meio rural, considerando as especificidades e desigualdades presentes nesse contexto.

Partindo-se da concepção de educação em saúde, esta pode ser compreendida, em uma ótica mais recente, como um processo pedagógico voltado à construção de saberes sobre saúde, cujo objetivo é promover o engajamento da população e incentivar a apropriação de temas relacionados à saúde pela sociedade (Falkenberg *et al*., 2014). No entanto, essa compreensão nem sempre se concretiza de forma homogênea nos diferentes contextos sociais.

Conforme Buss e Pellegrini Filho (2007), os DSS envolvem desde aspectos estruturais, como condições socioeconômicas e organização social, até fatores intermediários, como condições de vida, acesso a serviços e práticas cotidianas. Nesse sentido, a

compreensão da saúde ultrapassa a dimensão biológica, exigindo a consideração das desigualdades sociais, das condições concretas de vida dos sujeitos e dos contextos em que vivem, o que coloca em questão a forma como as ações de educação em saúde são desenvolvidas e apropriadas pelos diferentes grupos.

No contexto rural, os DSS assumem configurações próprias, refletindo as especificidades desses territórios. As comunidades rurais apresentam estruturas socioeconômicas distintas, diferentes perfis epidemiológicos e maior fragmentação dos sistemas de saúde em comparação às áreas urbanas. Nesse cenário, destacam-se maiores vulnerabilidades associadas ao acesso limitado aos serviços de saúde, ao isolamento geográfico e às iniquidades socioeconômicas. Além disso, a baixa densidade populacional e as grandes distâncias dificultam a fixação de profissionais e a consolidação de infraestrutura adequada para a produção do cuidado (Dauner; Loomer, 2021; Serchen *et al*., 2025).

A distribuição desigual de recursos e riscos que condicionam as condições de vida constitui importante determinante das disparidades em saúde, sendo mais acentuada entre contextos rurais e urbanos. Populações rurais apresentam menor expectativa de vida e maior mortalidade ajustada por idade, mesmo após o controle de fatores demográficos. Essas desigualdades são agravadas por limitações no acesso a tecnologias digitais, serviços comunitários e recursos financeiros e humanos (Tan *et al*., 2024), o que coloca em questão de que forma essas restrições podem interferir na participação, na compreensão e no aproveitamento das ações de educação em saúde desenvolvidas nesses contextos.

DELINEANDO ENCONTROS AFETIVOS COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Diante dessas questões, o presente capítulo busca dialogar e problematizar tais aspectos a partir de experiências vivenciadas. Assim, compreender quem são os sujeitos e a origem dos dados que os constituem torna-se fundamental para analisar como as ações de

educação em saúde se desenvolvem no meio rural. Nesse sentido, o estudo insere-se na análise das ações de educação em saúde no meio rural e de sua articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE), estando vinculado a uma dissertação de mestrado em Promoção da Saúde, integrada a uma pesquisa mais ampla contemplada no Programa Pesquisador Gaúcho. O referido projeto vincula-se ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ambos da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Os 32 participantes da pesquisa estão distribuídos em sete segmentos: oito estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental, quatro professores, quatro integrantes da equipe diretiva, quatro profissionais de saúde, quatro integrantes do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM) do Programa Saúde na Escola (PSE), quatro gestores municipais de saúde e quatro gestores municipais de educação, provenientes de quatro municípios que compõem uma das microrregiões de saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul.

Para este estudo, as informações referentes ao perfil sociodemográfico e ocupacional dos participantes da pesquisa foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas, mediante o consentimento dos participantes e após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, em consonância com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos.

A inserção no campo de pesquisa ocorreu a partir do ambiente escolar, o qual se configurou como um espaço central para a construção dos encontros com os participantes. Nesse contexto, a escola pode ser compreendida como um espaço de produção de pesquisas, o que influencia diretamente a adesão e a permanência dos sujeitos envolvidos. Observou-se que, em duas das quatro escolas participantes, o acesso ocorreu de forma mais imediata, com aceitação do convite e acolhimento da proposta de pesquisa, sendo esta compreendida como uma possibilidade de contribuir para a promoção da saúde e para mudanças no cotidiano escolar.

Por outro lado, nas demais escolas, evidenciaram-se resistências iniciais, relacionadas, sobretudo, à dificuldade de compreensão da proposta e à sobrecarga já existente no ambiente escolar, decorrente da participação em diferentes programas e projetos. Nesse sentido, pode-se considerar que a inserção de novas ações, mesmo quando voltadas à promoção da saúde, pode ser percebida como mais uma demanda para os profissionais da educação, o que interfere na adesão às atividades propostas.

Dessa forma, a aproximação com o campo revelou que o envolvimento dos sujeitos com a pesquisa não ocorre de maneira homogênea, sendo atravessado por fatores institucionais, organizacionais e contextuais, o que reforça a necessidade de considerar essas condições na análise das práticas de educação em saúde desenvolvidas no meio rural.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E APROXIMAÇÕES COM O TERRITÓRIO

A caracterização dos participantes constitui um elemento fundamental para a compreensão do contexto investigado, na medida em que possibilita identificar aspectos que atravessam as práticas de educação em saúde no meio rural. Para além de uma descrição sociodemográfica, busca-se evidenciar características como gênero, escolaridade, faixa etária e vínculo com o território se articulam às condições de vida dos sujeitos, influenciando suas formas de participação, percepção e atuação nas ações desenvolvidas.

Do total de participantes, 84,38% (n=27) pertencem ao gênero feminino e 15,63% (n=5) ao gênero masculino. Ao analisar de forma mais detalhada a distribuição por segmentos, observa-se que há predominância feminina em diversos grupos: todos os participantes dos segmentos de professores, integrantes da equipe diretiva, profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde e integrantes do PSE são mulheres.

No campo da educação, a presença feminina torna-se ainda mais evidente. Santos (2024) destaca que a presença de mulheres na docência está relacionada a processos históricos de expansão da escolarização, articulados a fatores econômicos, políticos e culturais, nos quais se atribuiu às mulheres uma suposta aptidão natural para o cuidado e o ensino. Ainda que tal associação não dê conta da complexidade que envolve a atividade docente, sua permanência contribui para a construção de representações e estereótipos que refletem uma lógica patriarcal nas relações de poder entre homens e mulheres, repercutindo na constituição e valorização da profissão. Nesse sentido, torna-se relevante refletir em que medida essa predominância feminina, especialmente no ensino fundamental, pode também influenciar a forma como as práticas de cuidado e educação em saúde são compreendidas, (re)produzidas e valorizadas nesses espaços.

No que se refere aos profissionais de saúde, observa-se que todos os participantes desse segmento são enfermeiras, o que reforça a predominância feminina também nesse campo. Tal configuração pode ser compreendida à luz de um processo histórico que associa as mulheres às práticas de cuidado, especialmente no contexto da enfermagem, tradicionalmente reconhecida como uma profissão majoritariamente feminina. Nesse percurso, destaca-se a consolidação da enfermagem enquanto profissão e campo científico, impulsionada, entre outros marcos, pela atuação de Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, em 1854.

Ainda hoje, persiste uma construção social que historicamente atribui papéis laborais distintos a homens e mulheres, frequentemente associando o feminino ao cuidado, ao âmbito doméstico e às relações de vínculo. No caso da enfermagem, isso se expressa na forma como a profissão foi, por muito tempo, percebida como subordinada a outras áreas, especialmente à medicina, tradicionalmente ocupada por homens. Embora tais estereótipos venham sendo tensionados ao longo do tempo, sobretudo com o fortalecimento da autonomia profissional por

meio de regulamentações e conquistas institucionais, ainda se observam lacunas nesse processo (Souza *et al*., 2025), o que também pode repercutir nas formas como o cuidado e as ações educativas são desenvolvidas e reconhecidas nesses contextos.

Em relação à idade, observa-se uma distribuição heterogênea entre os participantes. Enquanto os estudantes (n=8) possuem entre 14 e 15 anos, os demais participantes apresentam idades que se estendem até acima dos 50 anos, com maior concentração na faixa etária entre 41 e 50 anos, correspondente a 48,15% (n=13). Essa diversidade etária indica a coexistência de diferentes gerações no contexto investigado, o que pode influenciar as formas de interação, comunicação e desenvolvimento das ações de educação em saúde.

Sob essa perspectiva, Jucá *et al*. (2021) destacam que a interação com adolescentes, por meio de uma linguagem mais próxima de sua realidade, constitui uma estratégia relevante para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Nesse sentido, a aproximação com o contexto em que esses sujeitos estão inseridos, como o acesso a plataformas digitais frequentadas por esse público, favorece a compreensão e a aceitação das ações propostas, ampliando o engajamento dos adolescentes.

Tal processo implica a necessidade de adaptação da linguagem técnica utilizada pelos profissionais de saúde, de modo a torná-la mais acessível e compatível com o universo linguístico e geracional dos adolescentes, incluindo o uso de expressões e formas de comunicação presentes em seu cotidiano. Além disso, os autores ressaltam a importância do estabelecimento de relações baseadas na confiança, tanto entre estudantes e profissionais quanto entre os próprios adolescentes, de modo a favorecer a construção compartilhada dos percursos educativos, em contraposição a modelos pautados na autoridade e na subordinação (Jucá *et al*., 2021).

Nessa direção, a realização de espaços dialógicos, como rodas de conversa, também é apontada por Bomfim (2021) como uma estratégia potente, especialmente quando associada ao uso de uma

linguagem próxima à realidade dos adolescentes, contribuindo para maior participação e envolvimento desses sujeitos. Ademais, Lima *et al* (2025) evidenciam que os adolescentes tendem a atribuir significados às práticas de cuidado em saúde a partir das relações estabelecidas com pessoas mais velhas, especialmente no que se refere às dimensões afetivas, o que reforça a importância das interações intergeracionais no contexto das ações educativas.

Nesse contexto, torna-se relevante considerar a relação entre educação em saúde e literacia em saúde, compreendida como a capacidade dos sujeitos de acessar, compreender e utilizar informações em saúde no seu cotidiano (Silva *et al*., 2024). Assim, para além da oferta de informações, cabe refletir em que medida os diferentes grupos conseguem atribuir sentido às práticas educativas propostas e incorporá-las em suas experiências de vida, o que pode influenciar diretamente a efetividade dessas ações.

Quanto à escolaridade, os participantes apresentam diferentes níveis de formação, que refletem, em grande medida, seus papéis sociais. O ensino fundamental incompleto corresponde a 29,63% (n=8), sendo este grupo composto integralmente por estudantes em processo formativo. Além disso, 11,11% (n=3) possuem ensino médio completo e 77,78% (n=21) possuem ensino superior completo, com uma ou mais pós-graduações, tanto lato sensu quanto stricto sensu.

Essa diversidade de trajetórias educacionais não deve ser compreendida de forma hierárquica, mas como expressão das diferentes posições ocupadas pelos sujeitos no contexto social e institucional. Nesse sentido, os distintos níveis de escolaridade podem influenciar as formas de comunicação, compreensão e participação nas ações de educação em saúde, demandando estratégias educativas que considerem essas especificidades. Ao mesmo tempo, é importante reconhecer que os processos educativos são contínuos, indicando que todos os sujeitos se encontram em permanente processo de aprendizagem, o que reforça a necessidade de ações que dialoguem com diferentes níveis de compreensão e experiências de vida.

Assim como já mencionado por Jucá *et al*. (2021), o estudo de Estrela *et al*. (2025) aponta que o desenvolvimento de ações educativas interventivas, mediadas por recursos didáticos, pode contribuir significativamente para a ampliação do conhecimento acerca das condições de saúde. Essas ações também favorecem a adesão a comportamentos que promovem e mantêm a saúde, contribuindo para a prevenção de doenças.

Nessa perspectiva, tais ações não se limitam ao aumento da literacia em saúde, mas também favorecem a incorporação desse conhecimento nos hábitos de vida dos sujeitos, o que pode ocorrer de formas distintas entre diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade. Assim, evidencia-se a importância de estratégias educativas que considerem as especificidades dos públicos envolvidos. Desse modo, os diferentes níveis de escolaridade podem influenciar diretamente a participação e a adesão às ações de educação em saúde, o que coloca em evidência o papel central da comunicação e da linguagem nesse processo, podendo tanto potencializar quanto limitar o engajamento dos sujeitos e a adoção de práticas mais saudáveis (Estrela *et al*., 2025).

No que se refere ao território de residência, observa-se que 44,44% (n=12) dos participantes residem em áreas rurais, incluindo todos os estudantes participantes da pesquisa. Por outro lado, predomina a residência em áreas urbanas, correspondente a 74,07% (n=20), sendo que muitos desses sujeitos se deslocam cotidianamente para desempenhar suas atividades laborais no meio rural, como é o caso dos professores e dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, a formação e a atuação dos profissionais e dos professores suscitam reflexões, especialmente no que se refere à capacidade de responder às demandas de sujeitos inseridos em territórios distintos daqueles em que residem, o que pode influenciar a forma como as ações de educação em saúde são planejadas e desenvolvidas nesses contextos.

Essa configuração evidencia diferentes formas de relação com o território, indicando que, enquanto alguns sujeitos vivenciam

cotidianamente a realidade rural, outros a experienciam a partir de sua atuação profissional. Tais diferenças podem influenciar os níveis de proximidade com o contexto local, bem como as formas de compreensão e intervenção nas ações de educação em saúde.

Nesse sentido, torna-se relevante considerar a relação entre o território vivido e o território de atuação dos diferentes segmentos participantes, compreendendo que o território ultrapassa sua dimensão geográfica e se constitui como uma forma territorial da vida social, marcada por relações, práticas e dinâmicas específicas. Assim, o meio rural não pode ser entendido apenas como espaço físico ou produtivo, mas como um território permeado por múltiplos fluxos (compreendidos por pessoas, saberes, práticas e políticas) que influenciam as formas de viver, trabalhar e produzir o cuidado em saúde (Leite, 2020).

Partindo dessa compreensão, destaca-se a importância de desenvolver práticas de educação em saúde que considerem as especificidades territoriais e os processos de aprendizagem dos sujeitos, de modo a favorecer a construção de práticas sociais mais adequadas às demandas e realidades locais, o que também coloca em questão como essas ações têm sido efetivamente conduzidas no contexto rural.

REFLEXÕES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O PSE configura-se como uma importante estratégia intersetorial que visa articular ações entre os setores da saúde e da educação, promovendo a integração de saberes e práticas no ambiente escolar (Brasil, 2007). Nesse contexto, a educação em saúde assume papel central, ao possibilitar a construção de conhecimentos que favorecem o desenvolvimento de habilidades e atitudes voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos (Falkenberg *et al*., 2014). No entanto, cabe refletir em que medida tais proporções se concretizam em diferentes contextos, especialmente no meio rural,

marcado por especificidades territoriais e desigualdades no acesso a recursos e serviços.

Ao relacionar-se com o perfil dos participantes desta pesquisa, observa-se a presença de uma diversidade de atores, representados pelos diferentes segmentos envolvidos, que, a partir de suas especificidades territoriais e institucionais, buscam desenvolver as ações propostas pelo programa. Essa diversidade evidencia o potencial do PSE para a construção de práticas intersetoriais, especialmente no contexto rural, onde as relações entre escola, comunidade e serviços de saúde assumem características próprias e demandam abordagens contextualizadas (Vieira; Belisário, 2018). Por outro lado, essa mesma diversidade também pode evidenciar desafios na articulação entre os diferentes atores, considerando suas formações, experiências e níveis de inserção no território.

Nesse sentido, o PSE, enquanto política intersetorial, depende do engajamento e da atuação de sujeitos ativos, sendo influenciado diretamente pelas características do perfil dos participantes, como formação, vínculo com o território e inserção social. Tais elementos podem potencializar o desenvolvimento das ações de educação em saúde, evidenciando a importância de considerar os determinantes sociais da saúde no planejamento e na execução das atividades.

Como potencialidades, destaca-se a presença de profissionais da saúde e da educação, bem como a diversidade de segmentos envolvidos, o que favorece a construção de práticas colaborativas e interdisciplinares. Por outro lado, persistem desafios relacionados à predominância de ações centradas nas instituições, à limitada participação da comunidade e às assimetrias na formação dos atores envolvidos, fatores que podem impactar a efetividade das ações desenvolvidas. Nesse contexto, torna-se pertinente questionar em que medida tais ações têm sido capazes de dialogar com as realidades locais e promover, de fato, o engajamento dos sujeitos nos processos educativos.

Assim, reforça-se a necessidade de fortalecer estratégias que promovam a participação social, a integração entre os setores e a valorização das especificidades do território rural, de modo a

qualificar as ações do PSE e potencializar a educação em saúde como ferramenta de promoção da equidade e do cuidado integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões desenvolvidas ao longo deste capítulo evidenciam que a educação em saúde no contexto rural está intrinsecamente relacionada aos determinantes sociais da saúde, às especificidades territoriais e à diversidade de atores envolvidos. A análise do perfil dos participantes permitiu compreender que aspectos como gênero, escolaridade, faixa etária e vínculo com o território influenciam diretamente as formas de participação, interação e desenvolvimento das práticas educativas, ainda que tais influências não se expressem de maneira homogênea entre os diferentes sujeitos.

Nesse cenário, destaca-se a importância da articulação intersetorial, especialmente por meio do PSE, como estratégia para o fortalecimento das ações de educação em saúde. No entanto, cabe refletir sobre o lugar que o PSE tem ocupado no contexto rural, considerando se suas diretrizes têm sido efetivamente apropriadas pelos diferentes atores e se conseguem dialogar com as especificidades territoriais e sociais presentes nesses espaços.

Ao mesmo tempo, embora se identifiquem potencialidades relacionadas à diversidade de segmentos e à presença de profissionais da saúde e da educação, persistem desafios que envolvem a ampliação da participação comunitária, a superação de práticas centradas nas instituições e a necessidade de maior integração entre os atores envolvidos. Nesse sentido, torna-se relevante questionar em que medida o trabalho desenvolvido no âmbito do PSE tem se configurado como interprofissional e colaborativo, ou se ainda se mantém fragmentado, com ações pontuais e pouco articuladas.

Dessa forma, reforça-se a necessidade de desenvolver estratégias que considerem as especificidades do território rural e os determinantes sociais da saúde. Entretanto, mais do que propor

ações, coloca-se a reflexão sobre como essas práticas têm sido construídas no cotidiano dos serviços e das escolas, e até que ponto têm contribuído para a redução das desigualdades e para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos.

Assim, as reflexões aqui apresentadas não se encerram em respostas, mas apontam para a necessidade de aprofundar o debate acerca da educação em saúde como prática social, especialmente no contexto rural, considerando o papel do PSE enquanto política pública que, ao mesmo tempo em que propõe a integração entre setores, também se encontra atravessada pelos desafios impostos pelos determinantes sociais da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 dez. 2007.

BOMFIM, A. M. A.; MELRO, A. F. L. A contribuição do projeto "infojovem" na educação em saúde de adolescentes. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 164-176, 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

DAUNER, K. N.; LOOMER, L. A qualitative assessment of barriers and facilitators associated with addressing social determinants of health among members of a health collaborative in the rural Midwest. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 867, 2021.

ESTRELA, M. *et al*. Educational interventions for the adoption of healthy lifestyles and improvement of health literacy: a systematic review. **Public Health**, v. 245, p. 105788, 2025.

FALKENBERG, M. B. *et al*. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

JUCÁ, A. L.; GONTIJO, D. T.; VIEIRA, S. G.. Contribuições Freireanas para ações de educação em saúde sexual e reprodutiva com adolescentes. Interritórios, **Revista de Educação Universidade Federal de Pernambuco**, v. 7, n. 14, p. 101, 2021.

LEITE, S. P.. Ruralidades, enfoque territorial e políticas públicas diferenciadas para o desenvolvimento rural brasileiro: uma agenda perdida? **Estudos Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 227-254, 2020.

LIMA, A. O. P. *et al*. Sentidos das relações intergeracionais de adolescentes no convívio com a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e00642025, 2025.

RIDOLFI, L. F. *et al*. A feminização do magistério e a formação de professores: uma análise interseccional das relações de gênero na educação. **Revista Ilustração**, v. 7, n. 3, p. 459-482, 2026.

SANTOS, M. S. dos. O enredo da feminização do magistério: notas sobre mulheres professoras. **Diversidade e Educação**, v. 12, n. 1, p. 591-607, 2024.

SERCHEN, J. *et al*. Improving health and health care in rural communities: a position paper from the American **College of Physicians. Annals of Internal Medicine**, v. 178, n. 5, p. 701–704, 2025. DOI: 10.7326/ANNALS-24-03577.

SILVA, L. C. *et al*. Literacia em saúde: perspectivas e desafios, uma revisão de literatura. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 3, p. e3451-e3451, 2024.

SOUZA, E. de J. *et al*. Retrospecto histórico das enfermeiras para alcançar a valorização profissional e social: uma revisão

integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. e7426-e7426, 2025.

TAN, J. *et al*. Primary care–based digital health–enabled stroke management intervention: long-term follow-up of a cluster randomized clinical trial. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 12, e2449561, 2024.

VIEIRA, L. S.; BELISÁRIO, S. A. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 120-133, 2018.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO RURAL: QUANDO O CONHECIMENTO GANHA FORMA PARA ALÉM DA SALA DE AULA

Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaini
Ana Carolina Bienert
Luci Helen Alvez Freitas
Giuliana Viecilli Castilhos
Letícia Lorenzoni Lasta
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

A educação em saúde configura-se como um processo contínuo de construção de saberes que contribui para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, orientando práticas de cuidado alinhadas às suas especificidades e contextos de vida. Nesse sentido, compreende-se que o acesso à informação, quando mediado por estratégias pedagógicas adequadas, favorece não apenas a aquisição de conhecimentos, mas também a capacidade crítica dos indivíduos em relação ao cuidado de si e do coletivo. Tal perspectiva desloca a educação em saúde de um modelo meramente transmissivo para um campo que integra dimensões sociais, culturais e políticas no processo de produção do conhecimento (Falkenberg *et al*., 2014).

Nessa direção, a educação em saúde pode ser compreendida como um processo político-pedagógico que exige o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, capaz de desvelar as condições concretas da realidade e fomentar ações transformadoras. Tal entendimento encontra respaldo na perspectiva de Paulo Freire, ao afirmar que o processo educativo

deve promover a autonomia e a emancipação dos sujeitos enquanto agentes históricos e sociais, aptos a participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde e à de sua comunidade (Freire, 2005).

No contexto das escolas situadas em zonas rurais, as ações de educação em saúde assumem relevância ainda mais significativa, uma vez que essas populações apresentam especificidades culturais, modos de vida e condições de trabalho que diferem substancialmente dos contextos urbanos, influenciando diretamente o processo saúde-doença. Assim, a elaboração e implementação de práticas educativas nesses espaços requerem sensibilidade às singularidades locais, de modo a promover intervenções que dialoguem com a realidade vivenciada pelos sujeitos e que respeitem seus saberes e experiências. Dessa forma, a educação ultrapassa a dimensão informativa e passa a constituir-se como prática libertadora, ancorada no diálogo, na problematização e na valorização do saber popular (Falkenberg *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o desenvolvimento, a confecção e a aplicação de produtos técnicos emergem como estratégias relevantes no campo da educação em saúde, especialmente, por seu potencial e aplicabilidade em comunidades diversas. Tais metodologias, ao articularem teoria e prática, favorecem a construção de conhecimentos de forma situada e significativa. Em consonância com a perspectiva freireana, o uso de produtos técnicos pode contribuir para a constituição de práticas educativas mais críticas e participativas, nas quais estudantes da área da saúde assumem papel ativo no processo de aprendizagem, desenvolvendo competências relacionadas à problematização da realidade, à tomada de decisão e à elaboração de intervenções contextualizadas (Freire, 2005).

Nesse cenário, o projeto *Educação em Saúde: realidade, reflexões e intervenções em escolas da zona rural em municípios do Rio Grande do Sul (RS): Fase II*, articula a formação acadêmica à atuação em campo. A iniciativa utiliza produtos técnicos como ferramentas

mediadoras para aproximar o conhecimento científico dos saberes locais, transformando o contexto escolar rural em um espaço dinâmico de educação em saúde. Dessa forma, este capítulo objetiva descrever a experiência e os resultados alcançados com o desenvolvimento de um livreto e sua aplicação em escolas rurais.

A CONCEPÇÃO DA IDEIA

O projeto participou da 21ª edição da Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que apresentou como temática "*Biomas do Brasil: diversidade, saberes e tecnologias sociais*", o que possibilitou a ampliação e a concretização das atividades educativas em saúde no contexto escolar rural. A SNCT constitui-se como uma importante estratégia de promoção da cultura científica, aproximando a produção do conhecimento das demandas sociais e ampliando o acesso à informação em diferentes contextos (Brasil, 2024).

A partir dessa inserção, foi desenvolvida a atividade intitulada "*Oficinas educativas em saúde: intervenções em cenários de desastres climáticos*", com o objetivo de desenvolver ações educativas em saúde envolvendo a temática dos agravos à saúde gerados pela exposição às águas das enchentes, bem como, os cuidados e medidas de prevenção. A elaboração do livreto intitulado *"Doenças emergentes em períodos de enchentes e pós-enchentes"*, constituiu-se como um marco inicial no desenvolvimento de produtos técnicos pelo projeto, em especial, de livretos, voltados à promoção da saúde em escolas da zona rural do RS.

A construção deste livreto foi realizada em etapas sistematizadas, que envolveram desde o levantamento bibliográfico até a validação das atividades didáticas, garantindo, assim, rigor científico aliado à acessibilidade da linguagem e à adequação ao público-alvo. A partir dessa experiência inicial, evidencia-se o potencial das ações de educação em saúde no ambiente escolar, especialmente quando articuladas a contextos

concretos vivenciados pelos sujeitos, como no caso dos desastres socioambientais.

A proposta metodológica adotada priorizou não apenas a transmissão de informações, mas a construção de um material interativo, ilustrado e de fácil compreensão, que possibilitasse o engajamento dos estudantes no processo educativo. Nesse sentido, a utilização de recursos visuais e atividades lúdicas, como palavras cruzadas, caça-palavras e exercícios de associação, favoreceu a aproximação dos conteúdos com a realidade dos participantes, promovendo maior interesse e participação durante as atividades. Ademais, a apresentação prévia dos conteúdos por meio de recursos audiovisuais, como slides expositivos, possibilitou a introdução dos temas de forma organizada, contribuindo para a compreensão inicial e preparando os estudantes para a exploração do material impresso.

LIVRETOS EDUCATIVOS COMO PRODUTOS TÉCNICOS

A construção dos livretos educativos constituiu-se como um dos principais produtos técnicos desenvolvidos no âmbito do projeto, configurando-se como estratégia central de mediação no processo de educação em saúde. Esses materiais foram elaborados com o objetivo de traduzir conteúdos científicos para uma linguagem acessível, adequada à faixa etária dos estudantes e sensível às especificidades do contexto rural, favorecendo a compreensão e a apropriação dos temas abordados.

O primeiro livreto, citado anteriormente, intitulado *"Doenças emergentes em períodos de enchentes e pós-enchentes"*, foi desenvolvido a partir de uma demanda relacionada aos eventos climáticos que afetaram o Rio Grande do Sul, em 2024. Sua elaboração seguiu etapas sistematizadas, incluindo levantamento bibliográfico, organização dos conteúdos, criação de ilustrações e definição de atividades didáticas. Esse processo possibilitou a construção de um material fundamentado teoricamente e ao mesmo tempo dinâmico, lúdico e atrativo.

A partir da experiência inicial, foi observado a receptividade do material elaborado, tanto pelos estudantes, quanto pelos professores. Partindo disto, novos livretos foram produzidos, contemplando temáticas como vacinação, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), exposição a agrotóxicos e gravidez na adolescência. A definição desses temas esteve diretamente relacionada às necessidades locais identificadas a partir da análise dos dados produzidos, realizada na fase II do projeto de pesquisa, para a viabilidade das intervenções educativas nas escolas, demonstrando o caráter participativo e contextualizado dos produtos técnicos desenvolvidos.

Em termos estruturais, os livretos foram organizados de modo a articular momentos informativos e atividades interativas. Inicialmente, apresentavam conteúdos introdutórios, abordando conceitos centrais, formas de prevenção e aspectos relevantes de cada temática. Na sequência, foram propostas atividades lúdicas, como caça-palavras, palavras cruzadas, exercícios de associação, desembaralhamento de palavras e espaços para colorir.

Destaca-se, ainda, a incorporação de elementos pedagógicos diferenciados, como o uso de personagens e materiais coláveis destacáveis. No livreto sobre agrotóxicos, por exemplo, foi incluída uma atividade com adesivos representando Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), permitindo que os estudantes realizassem a associação prática entre os itens e sua utilização adequada. Esse tipo de recurso contribui para o fortalecimento da aprendizagem por meio da experimentação e da participação ativa.

Nessa direção, Leite e Pacheco (2008), compreendem que tais recursos podem ser analisados à luz do conceito de dispositivos pedagógicos, entendidos como formas especializadas de comunicação que articulam saber e poder no contexto educativo. Ainda conforme Sobrinho e Rivera (2021), o dispositivo pedagógico organiza-se a partir de regras específicas de distribuição, de recontextualização e de avaliação, que orientam tanto a produção quanto a circulação dos conhecimentos no processo de ensino-aprendizagem. Assim, mais do que veicular conteúdos, esses

dispositivos estruturam modos de ensinar, aprender e avaliar, contribuindo para a constituição de determinadas formas de consciência dos sujeitos envolvidos.

Os livretos, portanto, não se limitaram a instrumentos de transmissão de informações, mas sim constituíram-se como dispositivos pedagógicos interativos, capazes de mobilizar o interesse dos estudantes e favorecer a construção de conhecimentos de maneira ativa e significativa. Sua materialidade, enquanto objeto físico e que pode ser manuseado, revisitado e compartilhado, amplia seu potencial de alcance, extrapolando o espaço da sala de aula e se inserindo no cotidiano familiar e comunitário (Soares *et al*., 2025).

Figura 1. Livretos



Fonte: Banco de dado da pesquisa (2025)

Os livretos podem ser acessados através da digitalização do QR Code ou do link: https://drive.google.com/drive/folders/1REGyIZIydWoOPCw8Afsf2mXTNDfI2C2V

SLIDES COMO ESTRATÉGIA INTRODUTÓRIA

Os slides desenvolvidos para as intervenções nas escolas desempenharam um papel fundamental na organização e condução das atividades educativas, atuando como recurso introdutório aos temas abordados. Por meio deles, foi possível apresentar os conteúdos de forma estruturada e sequencial, favorecendo a compreensão inicial e estabelecendo um fio condutor para as discussões que se seguiram. A utilização desse recurso contribuiu para orientar a mediação pedagógica, permitindo que os conteúdos fossem trabalhados de maneira clara, objetiva e articulada.

A elaboração dos slides contemplou os principais aspectos de cada temática, incluindo formas de transmissão, sinais e sintomas das patologias, estratégias de prevenção e possibilidades de cuidado. A linguagem adotada foi acessível, aliada ao uso de elementos visuais que facilitaram a assimilação das informações, especialmente considerando o público-alvo das intervenções. Além disso, buscou-se evitar uma abordagem excessivamente expositiva, priorizando a construção de momentos de diálogo e interação durante as apresentações.

Durante a utilização dos slides, foram incentivadas a participação dos estudantes por meio de perguntas, comentários e compartilhamento de experiências, o que contribuiu para a construção de um espaço educativo mais dinâmico e participativo. Dessa forma, o recurso audiovisual não se restringiu a uma função meramente ilustrativa, mas integrou-se a uma proposta pedagógica que valoriza a escuta e a construção coletiva do conhecimento. Tal estratégia possibilitou que os estudantes se reconhecessem como protagonistas no processo de aprendizagem.

A articulação entre a apresentação dos slides e os livretos configurou-se como um elemento central na organização das atividades, permitindo uma abordagem pedagógica progressiva. Ademais, os conteúdos eram apresentados de forma dialogada, por meio dos slides, e posteriormente, aprofundados com a utilização

dos materiais impressos, favorecendo a consolidação do aprendizado. Essa combinação de recursos mostrou-se eficaz ao possibilitar diferentes formas de contato com o conteúdo, ampliando as possibilidades de compreensão e retenção das informações.

INTERAÇÃO E ENGAJAMENTO DOS ESTUDANTES

As ações se deram em escolas de ensino fundamental com turmas multisseriadas de municípios predominantemente rurais do interior do Rio Grande do Sul. Desse modo, o público-alvo compreendeu jovens do campo e filhos de agricultores familiares, cujas vivências estão profundamente ligadas ao território. A iniciativa utilizou os produtos técnicos mencionados para aproximar o conhecimento científico dos saberes locais, transformando o contexto escolar rural em um espaço dinâmico de educação em saúde.

Dito isso, a aplicação dos produtos técnicos evidenciou um elevado nível de interação e engajamento por parte dos escolares, o que se manifestou tanto na participação durante as apresentações quanto na realização das atividades propostas nos livretos. Observou-se que os estudantes demonstraram interesse pelos temas abordados, participando ativamente das discussões e interagindo com os materiais de forma espontânea, o que contribuiu para a construção de um ambiente de aprendizagem mais dinâmico e significativo.

Além disso, a interação estabelecida durante as atividades possibilitou a emergência de relatos e experiências pessoais, nos quais os estudantes compartilharam vivências relacionadas às temáticas abordadas, especialmente no que se refere ao contexto familiar. Esse movimento evidenciou a articulação entre o conteúdo trabalhado e a realidade dos participantes, contribuindo para tornar o processo educativo mais significativo e contextualizado.

A construção desse espaço de diálogo favoreceu o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os envolvidos, permitindo que os estudantes se sentissem à vontade para expressar dúvidas, opiniões e experiências. Dessa forma, a interação não se limitou à execução das atividades, mas constituiu-se como elemento fundamental na construção do conhecimento, reforçando o caráter participativo das ações desenvolvidas.

Um aspecto relevante observado durante as intervenções refere-se à possibilidade de os estudantes permanecerem com os materiais distribuídos, no caso, os livretos educativos. Essa característica amplia significativamente o alcance das ações, uma vez que os conteúdos trabalhados podem ser revisitados em outros momentos, favorecendo a consolidação do aprendizado e a continuidade do processo educativo para além do espaço escolar.

Ao levar os materiais para casa, os estudantes passam a atuar como mediadores do conhecimento, compartilhando as informações com seus familiares e promovendo a circulação de saberes no contexto doméstico. Esse movimento contribui para ampliar o impacto das ações de educação em saúde, permitindo que os conteúdos alcancem um público mais amplo e diversificado, extrapolando os limites da sala de aula.

Nesse sentido, os produtos técnicos desenvolvidos demonstram não apenas sua efetividade enquanto ferramentas pedagógicas, mas também sua capacidade de promover a articulação entre escola, família e comunidade. Tal característica reforça seu papel estratégico no campo da educação em saúde, especialmente em contextos que demandam práticas educativas acessíveis, participativas e socialmente implicadas (Ganem; Silva, 2019).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **21ª SNCT: Experimentos científicos e visitas guiadas marcam programação no campus ON/MAST**. Observatório Nacional, 2024.

FALKENBERG, M. B. *et al*. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

GANEM, L. de S.; SILVA, C. C. Baptista da. Ações do atendimento pedagógico domiciliar: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 25, n. 4, p. 587-602, 2019.

LEITE, C.; PACHECO, N. **Os dispositivos pedagógicos na educação inter/multicultural**. 2008.

SOARES, F. D. *et al*. PRÁTICAS PEDAGÓGICAS INTERATIVAS COM APOIO DAS TDICS. **Missioneira**, v. 27, n. 4, p. 101-107, 2025.

SOBRINHO, E. M. A.; RIVERA, J. A. A utilização das TIC's de forma criativa e inovadora no contexto da Educação Profissional e Tecnológica. Educitec - **Revista de Estudos e Pesquisas sobre Ensino Tecnológico, Manaus**, v. 7, p. e110321, 2021.



DR. SALVITO QUERO: A CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE UM MASCOTE COMO DISPOSITIVO SIMBÓLICO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TERRITÓRIO RURAL

Giuliana Viecilli Castilhos
Ana Carolina Bienert
Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaini
Thaís Cristina Weis
Victória Staudt Zamboni
Letícia Lorenzoni Lasta
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

No contexto das escolas rurais, o cuidado em saúde se constrói por meio dos encontros cotidianos entre saberes, experiências vividas e laços comunitários. Em um cenário frequentemente marcado pela rapidez das interações e pelo distanciamento entre as pessoas, a escola assume uma posição central na vida das crianças, das famílias e da comunidade. Nesse panorama, as práticas educativas ultrapassam a mera transmissão de conhecimentos, demandando escuta, proximidade e valorização das realidades locais (Freire, 1987). Assim, pensar a educação em saúde nesse contexto implica reconhecer que o cuidado também se produz nas relações, nos vínculos e nas experiências compartilhadas cotidianamente.

Historicamente, as práticas de educação em saúde foram moldadas por abordagens verticalizadas, centradas na transmissão de informações e, muitas vezes, distanciadas das vivências reais dos sujeitos envolvidos. No ambiente escolar, conteúdos relacionados à saúde frequentemente chegam de forma técnica,

prescritiva e pouco conectada ao cotidiano dos estudantes, dificultando processos de identificação, participação e pertencimento. Diante disso, torna-se necessário construir estratégias que favoreçam aproximação, diálogo e reconhecimento mútuo, compreendendo que educar em saúde vai além do repasse de informações: trata-se também da construção de sentidos, relações e experiências coletivas (Venturi, 2021; Falkenberg, 2014).

Nesse processo, a ludicidade e os recursos simbólicos ganham destaque como importantes mediadores da aprendizagem e da comunicação em saúde (Qi *et al*., 2023; Taheri *et al*., 2023; Zeng *et al*., 2025). Personagens, mascotes e elementos visuais despertam curiosidade, estimulam a imaginação e aproximam os estudantes dos conteúdos trabalhados, tornando-os mais acessíveis, acolhedores e compatíveis com o universo infantil. Além disso, recursos dessa natureza auxiliam na redução de barreiras emocionais relacionadas a temas sensíveis, favorecendo maior participação, interação e envolvimento nas atividades educativas (Kirkan; Kahraman, 2023).

Mais do que dispositivos ilustrativos, mascotes podem atuar como mediadores entre conhecimento, cultura e território, especialmente quando dialogam com elementos reconhecidos pelos estudantes em seu cotidiano. Em contextos rurais, estratégias educativas sensíveis à cultura local favorecem o pertencimento, aproximação e valorização das experiências comunitárias, ampliando a participação dos estudantes na construção do conhecimento em saúde (Bosi *et al.*, 2023).

Foi nesse contexto que emergiu a proposta de elaboração do mascote "Dr. Salvito Quero", desenvolvido no âmbito do projeto de pesquisa "Educação em Saúde: realidade, reflexões e intervenções em escolas da zona rural do interior do Rio Grande do Sul - FASE II", contemplado no edital 09/2023 - Programa Pesquisador Gaúcho da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul desenvolvido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul. Inspirado no quero-quero, ave emblemática do campo gaúcho associada à

vigilância, proteção e cuidado com o território, o mascote ultrapassou a função de uma simples identidade visual, passando a dialogar com elementos culturais, afetivos e simbólicos presentes no cotidiano escolar rural.

Este capítulo nasce da tensão presente nos processos de educação em saúde: como aproximar temas relacionados ao cuidado do universo estudantil sem reduzir sua complexidade? Como construir práticas educativas que dialoguem com os territórios vividos, respeitando suas culturas, experiências e modos de vida? Mais do que transmitir conteúdos, busca-se produzir encontros, vínculos e pertencimento entre saúde, educação e comunidade. Assim, objetiva-se refletir sobre o processo coletivo de construção do mascote "Dr. Salvito Quero" enquanto mediador simbólico na educação em saúde em escolas da zona rural, discutindo sobre os sentidos produzidos em sua criação, sua relação com o território e o papel dos estudantes nesse percurso.

Para tanto, o presente capítulo é estruturado em três eixos analíticos. O primeiro, intitulado "Entre encontros e desenhos: a construção coletiva do mascote", conta os percursos metodológicos e participativos envolvidos nas concepção do personagem. O segundo, "Entre o voo e o território: os significados do quero-quero", dedica-se a explicitar a simbologia cultural e territorial que atravessa a escolha do animal e a sua relação com o território. Por fim, a seção "Quando o mascote passou a produzir encontros" discute os desdobramentos dessa intervenção nas dinâmicas escolares, enfatizando o seu papel na mediação de afetos, fortalecimento de laços comunitários e na consolidação de práticas transformadoras de educação em saúde.

ENTRE ENCONTROS E DESENHOS: A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO MASCOTE

As primeiras discussões acerca do mascote emergiram gradualmente nas reuniões semanais da equipe, constituída por docentes, pós-graduandas e bolsistas de iniciação científica de

diferentes cursos da área da saúde. Entre trocas de ideias, desenhos iniciais e reflexões coletivas, surgiu a necessidade de criar um personagem que aproximasse os estudantes das ações educativas de maneira mais leve, acessível e significativa, sem reduzir a complexidade dos temas relacionados à saúde.

Nesse processo, diferentes possibilidades foram sendo construídas coletivamente. As discussões envolveram desde as características visuais do personagem até os elementos simbólicos que passariam a compor sua identidade. Considerando-se a especificidade do projeto em ser desenvolvido em escolas rurais do Rio Grande do Sul, buscou-se incorporar referências que dialogassem com a cultura gaúcha, com o cotidiano do campo e com os elementos presentes na realidade dos estudantes.

Os desenhos iniciais foram inspirados em elementos associados ao território rural e à cultura regional, mobilizando reflexões sobre pertencimento, identidade e reconhecimento. Ao longo desse percurso, consolidou-se a ideia de que o mascote não deveria assumir a forma de um personagem humano, mas de um animal capaz de representar, simbolicamente, aspectos relacionados ao cuidado, à educação e ao território. Assim, o quero-quero (*Vanellus chilensis*), ave símbolo do pampa gaúcho, associada ao zelo, à proteção e à constante vigilância do seu espaço, passou a ganhar espaço nas discussões da equipe.

Aos poucos, o mascote passou a incorporar elementos que remetiam ao cotidiano rural e às práticas educativas desenvolvidas pelo projeto, como o chapéu de palha, as botas de borracha, os livros e as ferramentas de trabalho no campo. Mais do que adereços, tais elementos buscavam aproximar o personagem das vivências cotidianas dos estudantes e reforçar a relação entre educação, saúde e território.

Conforme o mascote ganhava forma, também emergiram discussões acerca de sua materialidade. Entre as diferentes possibilidades, optou-se pela elaboração de duas versões do personagem: uma em escultura e outra em amigurumi. A escolha por diferentes formatos esteve relacionada à intenção de ampliar a

circulação do mascote nas ações educativas, favorecendo aproximação, interação e reconhecimento junto aos estudantes.

A definição do nome do mascote ocorreu por meio do envolvimento direto dos estudantes das escolas participantes da pesquisa. Ao final das atividades educativas, os escolares foram convidados a sugerir nomes para o personagem e, posteriormente, participaram de uma votação coletiva para escolha da proposta final. O processo evidenciou não apenas o entusiasmo dos estudantes, mas também sua identificação com o mascote e com os significados que ele passou a representar.

Durante as discussões, uma das falas que emergiu entre os estudantes foi: "ele parece um doutor, tem que ter doutor no nome", associando a figura do personagem a alguém que estudou, possui conhecimento e busca auxiliar as pessoas em suas necessidades. A partir disso, o termo "Salvito" passou a remeter à articulação entre saúde, educação e vida, enquanto "Quero" estabeleceu relação direta com a ave quero-quero e com o próprio território em que os estudantes estão inseridos.

Mais do que uma escolha estética, o processo de construção do mascote reforçou o caráter coletivo do projeto e a importância da participação estudantil nas ações de educação em saúde. Ao envolver os estudantes na criação do personagem, fortalece-se o pertencimento, a identificação e a aproximação com as atividades desenvolvidas, permitindo que o mascote deixasse de ser apenas uma representação visual e passasse a integrar, simbolicamente, o cotidiano das ações educativas.

ENTRE O VOO E O TERRITÓRIO: OS SIGNIFICADOS DO QUERO-QUERO

A elaboração simbólica do mascote foi construída com o propósito de estabelecer aproximação com a realidade sociocultural dos estudantes e com os objetivos do projeto. Inspirado em elementos da cultura gaúcha e do cotidiano rural, o personagem incorporou símbolos relacionados à educação, ao

cuidado e ao território, buscando dialogar com experiências vividas pelos estudantes em seu contexto comunitário.

A escolha do quero-quero (*Vanellus chilensis*) como figura central do mascote relaciona-se ao fato de a ave ser reconhecida como símbolo biológico do Rio Grande do Sul, estabelecendo aproximação com a identidade territorial do projeto (Goldschmidt *et al*., 2023). Além disso, o comportamento vigilante e protetor da ave dialoga com aspectos relacionados ao cuidado coletivo, à comunicação e à atenção às necessidades do território, elementos diretamente relacionados à educação em saúde. Além dessa representatividade, o quero-quero também integra o cotidiano dos pesquisadores, sendo sua presença frequentemente observada no campus da Universidade.

Outro aspecto simbólico associado ao quero-quero refere-se ao movimento de alçar voo. Ao abrir as asas e deslocar-se pelo território, a ave amplia sua capacidade de observar o espaço ao redor. Tal característica foi associada ao processo formativo vivenciado pelos estudantes, compreendendo que o ambiente escolar também representa um espaço de construção de possibilidades, descobertas e desenvolvimento de potencialidades.

Para além de um recorte geográfico, o território é compreendido como espaço produzido pelas relações, experiências e modos de vida dos sujeitos que o habitam. Essa perspectiva aproxima-se da concepção de "território vivo" proposta por Merhy (2002), ao compreender que os processos de saúde e cuidado se constroem nos encontros cotidianos, nas vivências e nas relações estabelecidas entre os sujeitos e o espaço em que vivem.

Nesse contexto, o quero-quero também representa um animal que habita o território, conhece suas dinâmicas e mantém relação constante com o espaço onde vive. Tal característica estabelece aproximação com os estudantes participantes da pesquisa, que, em sua maioria, residem no meio rural e compartilham conhecimentos, experiências e vivências relacionadas ao território em que estão inseridos.

A composição visual do mascote incorporou, ainda, elementos que remetem ao contexto rural, à educação e à saúde, como ilustrados nas Figuras 1 e 2. O chapéu de palha e as botas de borracha aproximam o personagem do cotidiano campesino e da relação com a terra, enquanto os livros presentes na bolsa de pano simbolizam a educação como prática itinerante e disseminadora do conhecimento.

Figura 1. Mascote em suas versões de amigurumi e escultura



Fonte: Autores (2026)

A presença da enxada, na versão em escultura, e da pá, em amigurumi, remete às ferramentas utilizadas no trabalho no campo, reforçando a valorização das experiências rurais presentes na vida dos estudantes e de suas famílias. Já o estetoscópio simboliza a atenção ao cuidado em saúde e a importância da escuta das necessidades presentes no cotidiano escolar e comunitário.

Mais do que reunir elementos visuais, o mascote passou a constituir uma representação simbólica construída coletivamente, atravessada por aspectos relacionados ao território, à cultura local, à educação e às práticas de cuidado. Ao circular entre escolas, comunidade e ações educativas, o "Dr. Salvito Quero" passou a produzir aproximações entre os estudantes e os temas trabalhados,

fortalecendo vínculos e favorecendo processos de identificação com as atividades desenvolvidas pelo projeto.

QUANDO O MASCOTE PASSOU A PRODUZIR ENCONTROS

No contexto da educação em saúde, estratégias lúdicas e personagens simbólicos têm se mostrado importantes mediadores na aproximação entre estudantes e conteúdos relacionados ao cuidado. Ao transformar temas complexos em linguagens mais acessíveis, personagens e recursos visuais favorecem o diálogo, despertam curiosidade e estimulam maior participação nas ações educativas, especialmente no público infantil e adolescente.

No âmbito do projeto, o "Dr. Salvito Quero" passou gradualmente a integrar as atividades desenvolvidas nas escolas rurais, ultrapassando a função de uma representação ilustrativa e assumindo um papel de mediação entre estudantes, profissionais da saúde, pesquisadores e práticas educativas. Sua presença nas ações favoreceu aproximação com os estudantes, estimulando interações mais espontâneas, acolhedoras e participativas.

Ao circular entre as escolas e as diferentes atividades do projeto, o mascote passou a ser reconhecido pelos estudantes como parte integrante das ações de educação em saúde. Durante os encontros, sua presença despertava curiosidade, facilitava o diálogo sobre temas sensíveis e contribuía para tornar os conteúdos trabalhados mais próximos da realidade dos alunos. Nesse processo, o mascote passou a produzir vínculos que extrapolavam o caráter visual ou ilustrativo, assumindo uma dimensão afetiva e relacional.

Mais do que transmitir informações, a experiência possibilitou compreender a educação em saúde como construção coletiva de cuidado, produzida nas relações estabelecidas entre estudantes, professores, pesquisadores e comunidade escolar. Nesse sentido, o mascote contribuiu para romper com perspectivas verticalizadas da educação em saúde, favorecendo processos mais dialógicos, participativos e conectados às vivências cotidianas dos estudantes.

A participação ativa dos estudantes ao longo das atividades também fortaleceu o sentimento de pertencimento e a identificação com as ações do projeto. O mascote passou a ocupar diferentes espaços das intervenções educativas, integrando conversas, dinâmicas e momentos de interação coletiva, o que favoreceu maior envolvimento dos estudantes com as atividades propostas, mediante uma perspectiva de alçar voo, ou seja, expandir horizontes, formas de pensar e de construir ações em prol da fusão saúde e educação rural.

Ao mesmo tempo, o "Dr. Salvito Quero" também passou a circular entre os próprios pesquisadores e integrantes da equipe, acompanhando reuniões, planejamentos e ações desenvolvidas no território. Nesse percurso, ele deixou de representar apenas um recurso pedagógico para assumir, simbolicamente, uma presença constante no cotidiano do projeto, tornando-se um elemento de aproximação entre os sujeitos envolvidos nas ações.

A experiência evidenciou que estratégias criativas e territorializadas podem ampliar as possibilidades de comunicação e interação na educação em saúde, especialmente quando articuladas aos contextos culturais e às experiências vividas pelos estudantes. Ao dialogar com elementos do território rural e do imaginário infantil, o mascote favorece processos de reconhecimento, participação e construção compartilhada de sentidos relacionados ao cuidado e à saúde.

A partir disso, o mascote deixou de ser apenas um recurso pedagógico, tornando-se um mediador relacional que contribui para a circulação de afetos, aproximação entre sujeitos e redução de barreiras comunicacionais. O mascote passou a organizar a atenção coletiva e a convidar a participação, atuando como operador de encontros no/com o território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de construção e utilização do mascote "Dr. Salvito Quero" permitiu reconhecer o potencial de estratégias

lúdicas, simbólicas e territorializadas na educação em saúde desenvolvida no contexto escolar rural. Mais do que um recurso ilustrativo, o mascote constituiu-se como uma construção compartilhada atravessada por elementos culturais, afetivos e relacionais, produzidos ao longo dos encontros entre estudantes, pesquisadores, escola e comunidade.

Ao envolver os estudantes em seu processo de criação e incorporá-lo às ações educativas, favoreceu-se a produção de pertencimento, identificação e aproximação com os temas trabalhados. Nesse percurso, evidenciou-se que práticas educativas sensíveis às experiências e aos contextos vividos pelos sujeitos possibilitam formas mais participativas, dialógicas e significativas de construção do conhecimento em saúde.

A articulação entre ludicidade, território e educação também permitiu compreender o cuidado para além da transmissão de informações, reconhecendo-o como processo construído nas relações, nos vínculos e nas experiências compartilhadas no cotidiano escolar. Assim, o mascote passou a integrar simbolicamente o território da pesquisa, acompanhando ações, encontros e experiências que ultrapassaram os limites das atividades educativas em si.

Nesse sentido, a experiência apresentada evidencia que recursos criativos e culturalmente contextualizados podem fortalecer práticas de educação em saúde comprometidas com escuta, participação e valorização dos territórios em que os sujeitos estão inseridos. Ao longo desse percurso, o "Dr. Salvito Quero" deixou de representar apenas um personagem para tornar-se parte das relações produzidas no projeto.

Por fim, compreende-se que, assim como o grito do quero-quero ecoa pelos campos, a educação em saúde também precisa ecoar de forma viva, coletiva e transformadora, produzindo encontros, sentidos e possibilidades de cuidado nos territórios em que se faz presente.

REFERÊNCIAS

BOSI, M. F. da R. *et al*. Educação em saúde com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: relato de ações extensionistas. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 23, n. 45, 2023.

FALKENBERG, M. B. *et al*. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847–852, mar. 2014.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: *Artmed*, 2009. 164p.

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

GAL, C. *et al*. **Fantoches como mediadores: aprimorando o engajamento comportamental em crianças com transtorno do espectro autista** (TEA). 2026.

GOLDSCHMIDT, J. L. J. *et al*. Símbolos e tradição gaúcha: um enfoque biológico. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 10, n. 1, p. 284–296, 2023.

KIRKAN, Ç. *et al*. Effect of therapeutic play using a toy nebulizer and toy mask on a child's fear and anxiety levels. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 73, p. E556–E562, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.10.033.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

QI, X. *et al*. Awayvirus: a playful and tangible approach to improve children's hygiene habits in family education. **arXiv**, 2023.

TAHERI, M. *et al*. **Design, development and use of Maya robot as an assistant for the therapy/education of children with cancer: a pilot study**. 2023.

VENTURI, T. *et al*. Panorama e Análise de Períodos e Abordagens da Educação em Saúde no Contexto Escolar Brasileiro. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 23, p. e33376, 2021.

ZADEH, T. *et al*. **Design, development, and use of Maya robot as an assistant for the therapy/education of children with cancer: a pilot study**. 2023.

ZENG, I. *et al*. Octo's Heartland: supporting children with congenital heart disease through digital health education. **arXiv**, 2025.



ENTRE A ARTE E A CIÊNCIA: A MÚSICA COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Kaiany Geller
Kemily Geller
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

A ciência e a arte, historicamente, eram reconhecidas como domínios distintos e independentes, cada uma com suas especificidades e características, sendo consideradas formas opostas de expressão de conhecimentos. A arte, do latim *ars*, significa "habilidade" e era entendida como um processo subjetivo do pensar humano, abordando sensações, imaginação, paixão e memórias, o que se distancia da racionalidade científica, caracterizada por um pensamento objetivo, claro e de rigor lógico no entendimento sobre os saberes. E conforme afirma Ferreira (2010, pág. 267), "Arte e ciência, portanto, são modos de manifestação do pensamento, são formas distintas de produção de conhecimento e não há uma hierarquia entre elas". Dessa maneira, o escritor aborda a possibilidade de interação e articulação entre ambas as ferramentas de produção de conhecimento, potencializando o processo de aprendizagem a partir de estratégias artísticas.

E atualmente, seriam, de fato, arte e ciência campos tão distantes e incompatíveis quanto historicamente se acreditou? A percepção acerca dessa interação é compreendida, contemporaneamente, como uma possibilidade promissora para a ampliação dos processos educativos. Uma vez que, compartilham elementos estruturantes, como a criatividade, a imaginação, a

racionalidade e a construção de linguagens capazes de interpretar e ressignificar a realidade. Nesse sentido, os saberes científicos e artísticos não devem ser concebidos como dimensões excludentes, mas como produções humanas que se interpenetram por meio da racionalidade, da estética, da criatividade e dos condicionantes históricos de produção, constituindo formas complementares de compreensão do mundo. Sendo assim, a arte não se limita à expressão subjetiva, assim como a ciência não se reduz exclusivamente à objetividade e ao rigor técnico. Ambas se configuram como formas de interpretação e ressignificação da realidade, mediadas pela experiência humana, pela criatividade e pela produção de sentidos (Francisco Junior, 2024).

É nesse cenário de aproximação entre os saberes científicos e artísticos que a música emerge como uma das expressões mais significativas dessa convergência. Desde a Antiguidade, a música esteve associada não apenas à experiência estética e sensível, mas também à busca pelo conhecimento, sendo compreendida como um campo que articula proporções matemáticas, percepção sonora, experimentação e expressão humana. Conforme demonstrado pela trajetória de Vincenzo Galilei que, ao articular conhecimentos sobre acústica, afinação, matemática e expressão estética, compreendia que a música envolvia simultaneamente dimensões científicas e artísticas, sem que uma anulasse a outra. Sob essa perspectiva, a música evidencia que o conhecimento humano não se constrói apenas pela objetividade científica ou pela subjetividade artística, mas pela interação entre razão, emoção, criatividade e experiência. Dessa maneira, pensar a música como espaço de convergência entre arte e ciência possibilita ampliar as formas de ensino, aprendizagem e comunicação, sobretudo por favorecer experiências mais sensíveis, criativas, reflexivas e significativas na construção dos saberes e conhecimento (Ferreira, 2025).

A música sempre esteve presente na construção dos saberes populares, sendo utilizada como forma de expressão, comunicação e transmissão de conhecimentos entre gerações. É uma linguagem que desempenha múltiplas funções, como relaxamento, expressão

corporal, comunicação, reflexão e aprendizagem. No contexto educacional, a linguagem musical contribui para o desenvolvimento dos indivíduos, estimulando aspectos cognitivos, emocionais, culturais e psicomotores, além de favorecer a criatividade e a construção do pensamento a partir das experiências vivenciadas (Oliveira; Lopes; Oliveira, 2020).

Referindo-se ao campo da educação em saúde, é um processo político-pedagógico que tem como objetivo de desenvolvimento da autonomia e a construção de conhecimentos voltados à melhoria da qualidade de vida. Quando o olhar é direcionado à educação em saúde nas zonas rurais, percebe-se desafios e características particulares relacionados ao acesso à informação, às distâncias geográficas e às especificidades culturais das comunidades. Diante disso, a construção de estratégias educativas que considerem a realidade social e cultural dos sujeitos é essencial, promovendo ações de saúde que ultrapassem o modelo biomédico tradicional e valorizem a participação ativa da comunidade (Boff; Biachi; Cavalheiro, 2022; Silveira *et al*., 2023).

Nesse contexto, a música torna-se uma ferramenta inovadora no processo de expressão e educação, potencializando processos de ensino-aprendizagem ao promover maior atenção dos alunos e estudantes, concentração e interação entre informações e aprendizado. Sendo assim, a forma de manifestar conhecimentos, vivências e culturas através da canção, configura-se como uma ferramenta formativa capaz de transformar modos de percepção e expressão dos sujeitos (Boff; Biachi; Cavalheiro, 2022; Oliveira; Lopes; Oliveira, 2020; Silveira *et al*., 2023).

A partir disso, a pesquisa "Educação em Saúde: realidade, reflexões e intervenções em escolas da zona rural de municípios do Rio Grande do Sul (RS) – Fase II" denominada carinhosamente como "EducaRural", possui como objetivo analisar o impacto das ações educativas em saúde no âmbito de escolas rurais, na promoção e nos cuidados em saúde da comunidade avaliada, além de promover a elaboração de materiais educativos e produtos técnicos que envolvem a temática da educação em saúde. Sendo

assim, com a finalidade de conectar o conhecimento científico às expressões culturais e artísticas da comunidade, foi proposta a produção de uma música como um dos elementos de identidade do projeto de pesquisa, além de ser uma estratégia educativa, visando traduzir conteúdos em saúde, o contexto rural e os objetivos do projeto de forma artística.

O CONTEXTO DA ZONA RURAL

A realidade das populações rurais é marcada por um conjunto de especificidades territoriais, sociais e culturais que influenciam diretamente suas condições de vida e organização social. A zona rural é um local marcado por extensos territórios, isolamento geográfico e grandes distâncias em relação aos centros urbanos, além de vulnerabilidades socioeconômicas importantes, como insegurança alimentar, limitações no acesso à água tratada, ausência de equipamentos educacionais e escassez de oportunidades de lazer e trabalho, fatores que dificultam o acesso a serviços essenciais, como saúde, educação e infraestrutura básica (Fausto *et al.*, 2023; Sombra Neto *et al.*, 2022).

Ao mesmo tempo, o meio rural é sinônimo de riqueza sobre saberes populares e particularidades culturais, caracterizado por vasto conhecimento de práticas e modos de vida construídos historicamente a partir da relação com a terra, com o trabalho e com a coletividade. Nesse contexto, a cultura rural emerge como elemento central no processo educativo, uma vez que expressa modos de vida, valores, tradições e formas de organização social que constituem a identidade dos povos do campo. A valorização dessas dimensões culturais é fundamental para o desenvolvimento de práticas pedagógicas significativas, que articulem teoria e prática e promovam a construção coletiva do conhecimento a partir da realidade local (Boff; Biachi; Cavalcante *et al*., 2024; Cavalheiro, 2022).

Sob esse contexto, a educação em espaços rurais deve ser compreendida como uma prática social, histórica e política, na qual

deveria ser diretamente vinculada às suas condições de existência, trabalho e cultura. Entretanto, historicamente, a educação ofertada no meio rural esteve marcada por um modelo tradicional e urbanocêntrico, que desconsidera as especificidades culturais, sociais e econômicas dessas populações. Tal lógica contribui para o distanciamento entre o conteúdo escolar e a realidade vivenciada pelos sujeitos, reforçando desigualdades e invisibilizando os saberes locais (Cavalcante, *et al.*, 2024).

Dessa forma, a educação do campo apresenta especificidades que exigem práticas pedagógicas contextualizadas e articuladas às vivências dos sujeitos rurais, considerando os aspectos culturais, ambientais e sociais presentes no território em que estão inseridos. Conforme discutido no estudo de Folmer *et al.* (2025), a escola de áreas rurais deve valorizar os saberes locais e promover um ensino conectado à realidade dessas comunidades, reconhecendo que o processo educativo não pode ocorrer de forma desvinculada da cultura e das experiências cotidianas dos estudantes.

Nas áreas rurais, e educação em saúde, além de suas particularidades, possui papel fundamental na promoção da qualidade de vida e no fortalecimento da autonomia das comunidades, especialmente diante das vulnerabilidades sociais, geográficas e estruturais que marcam esse contexto. Além de contribuir para a prevenção de doenças e promoção de hábitos saudáveis, essas ações possibilitam maior aproximação entre os serviços de saúde, a escola e a comunidade, fortalecendo vínculos e ampliando o acesso à informação e ao cuidado. A educação em saúde no campo permite também estimular o trabalho coletivo, a participação comunitária e a construção compartilhada do conhecimento, repercutindo positivamente nos hábitos de vida e no protagonismo dos sujeitos envolvidos (Komori *et al*, 2021; Pappen *et al*, 2025).

Diante dessas características da realidade rural, a música destaca-se como uma importante ferramenta de mediação do conhecimento, por possibilitar a aproximação entre educação, cultura e território, favorecendo a construção de práticas

educativas mais participativas, dinâmicas e significativas. No contexto da educação do campo, sua utilização como estratégia pedagógica possibilita a aproximação entre o conhecimento científico e a realidade sociocultural dos estudantes, promovendo um processo de aprendizagem mais contextualizado, participativo e significativo. Ademais, fortalece o sentimento de pertencimento ao território rural e contribui para a valorização da cultura local e para a construção de práticas educativas mais humanizadas e inclusivas. A música, ainda, exerce impactos positivos nas funções cognitivas, emocionais e sociais, favorecendo o bem-estar, a interação comunitária e os processos de aprendizagem em diferentes contextos sociais (Dingle *et al*, 2020).

MÚSICA: FERRAMENTA POTENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O potencial da música como ferramenta no processo educativo vem sendo amplamente discutido na literatura científica contemporânea, sobretudo pela sua capacidade de integrar aspectos cognitivos, emocionais, sociais e culturais ao contexto educacional. Historicamente, a música esteve associada às práticas de cuidado e comunicação entre os povos, sendo utilizada como forma de expressão coletiva, transmissão de conhecimentos e fortalecimento de vínculos sociais, o que contribui para processos de socialização, expressão de sentimentos e construção de vínculos. No contexto educacional, sua utilização amplia as possibilidades metodológicas de ensino, tornando o aprendizado mais participativo, dinâmico e contextualizado à realidade dos sujeitos. Além disso, a música apresenta importantes contribuições para o aprendizado por estimular aspectos cognitivos, sensitivos e sociais, além de atuar como instrumento de linguagem, estímulo ao raciocínio e a criatividade e formação do sujeito pensante (Reis; Muniz, 2023).

Sob essa potencialidade da música como ferramenta no processo educativo, o recurso musical torna-se um grande

potencial como ferramenta de educação em saúde, especialmente no contexto da infância e adolescência, por possibilitar processos educativos mais dinâmicos, participativos e sensíveis às necessidades dos sujeitos. Uma vez que a música ultrapassa a função de entretenimento, constituindo-se como estratégia de promoção da saúde, capaz de estimular o desenvolvimento social, emocional, cultural e cognitivo das crianças e adolescentes. Conforme descrito por Souza *et al* (2016), destaca-se que a música ultrapassa a função de entretenimento, constituindo-se como estratégia de promoção da saúde, capaz de estimular o desenvolvimento social, emocional, cultural e cognitivo das crianças e adolescentes. O projeto descrito no estudo utilizou o canto coral e a experimentação de instrumentos musicais como meios para trabalhar temas relacionados ao viver saudável, à convivência social, à família, à cidadania e ao fortalecimento de vínculos entre escola, universidade e comunidade.

A relação entre música, saúde e bem-estar também se fundamenta na compreensão ampliada do conceito de saúde, que ultrapassa a dimensão biológica e considera aspectos subjetivos, emocionais e sociais da experiência humana. Nesse contexto, práticas artísticas, como a música, atuam diretamente nos determinantes sociais da saúde, promovendo integração social, autonomia, pertencimento e qualidade de vida. A arte e saúde compartilham características relacionais, estéticas e temporais, uma vez que ambas se desenvolvem a partir das experiências humanas e das interações sociais. Dessa forma, a música pode ser compreendida como importante ferramenta de promoção da saúde e fortalecimento do bem-estar individual e coletivo (Sheppard; Broughton, 2020).

Sob a ótica da realidade cultural das zonas rurais, a música apresenta grande potencial como ferramenta de educação em saúde no contexto do campo, especialmente por dialogar com a cultura, os saberes populares e as experiências cotidianas das comunidades campesinas. A educação musical, ao estimular a percepção, a criatividade e a sensibilidade, favorece processos

educativos mais participativos e significativos, aproximando o conhecimento científico das vivências locais. Nesse sentido, a música pode atuar como estratégia de mediação entre educação, cultura e saúde, tornando as ações educativas mais acessíveis, afetivas e contextualizadas. Além disso, considerando que o campo é reconhecido como espaço produtor de cultura, conhecimento e emancipação social, as práticas educativas que utilizam a música contribuem para fortalecer identidades culturais, promover o protagonismo dos sujeitos e ampliar o alcance das ações de educação em saúde. Dessa forma, no contexto das escolas do campo e das práticas pedagógicas voltadas à realidade campesina, a música configura-se como um recurso interdisciplinar capaz de facilitar a comunicação, a reflexão crítica e a construção coletiva do conhecimento em saúde (Silva; Pereira, 2017).

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A PRODUÇÃO DA MÚSICA DO PROJETO

Desde sempre, a motivação sonhadora da professora da coordenadora do projeto de pesquisa para a elaboração de uma música nas pesquisas que coordenava e integrava nasceu do desejo de fazer com que pesquisa e ciência pudessem tocar as pessoas para além das palavras e conteúdos formais. Inspirada pelas vivências em docência e em pesquisas, pelas histórias, pela força das comunidades, a música foi idealizada como uma forma de gerar pertencimento e cuidado coletivo. Mais do que uma estratégia educativa, ela representa o sonho de transformar experiências em afeto, conhecimento em sensibilidade e aprendizagem em memória, valorizando as vozes, os territórios e os modos de vida em áreas rurais.

Assim, no início de 2025, a professora coordenadora do projeto propôs a elaboração da música a partir da percepção de que a temática do projeto possibilita essa ferramenta inovadora e de que a educação em saúde, especialmente no contexto das escolas rurais, precisa dialogar com as realidades, culturas e formas de expressão

das comunidades envolvidas. A música foi pensada como uma ferramenta educativa e afetiva capaz de aproximar conhecimento, sensibilizar estudantes e fortalecer vínculos entre escola, saúde e território. Além disso, representa uma maneira de valorizar as experiências vividas no projeto de pesquisa, traduzindo em linguagem acessível e sensível os aprendizados construídos coletivamente ao longo das ações desenvolvidas nas escolas rurais.

Nesse contexto, enquanto bolsista de iniciação científica vinculada ao projeto, a idealização da música surgiu como uma possibilidade de integrar vivências pessoais e acadêmicas, uma vez que a música sempre esteve presente em minha trajetória como forma de expressão, sensibilidade e conexão com a cultura e com as emoções. Assim, a oportunidade de associar esse interesse pessoal ao contexto científico e acadêmico do projeto permitiu pensar na música como uma ferramenta educativa capaz de dialogar com a realidade das escolas rurais, além de ser uma ferramenta de identidade ao grupo de pesquisa, promovendo aproximação, pertencimento e fortalecimento das ações de educação em saúde.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA LETRA

A partir da idealização pelos participantes do projeto em compor a música, a bolsista tomou iniciativa na organização das etapas na produção. O primeiro passo foi a elaboração poética da canção e para isso, a bolsista realizou o convite à sua tia, Raquel Helena Geller Signor, para a elaboração da letra da canção, considerando não apenas a proximidade afetiva, mas principalmente o reconhecimento prévio de sua sensibilidade artística, de seu talento para a escrita e de sua habilidade em utilizar as palavras de maneira poética e significativa.

A inspiração para a construção da letra emergiu, sobretudo, da vivência de Raquel no contexto rural, cenário que permeia seu cotidiano e sua percepção sobre os modos de vida do campo. Sua familiaridade com os costumes, valores, linguagens e experiências

características da população rural contribuiu para que a composição apresentasse elementos simbólicos e narrativos capazes de dialogar de forma sensível e acessível com essa realidade.

Após a elaboração inicial da letra, foram realizados momentos de discussão e alinhamento com os integrantes do projeto, com o objetivo de adequar determinados trechos à proposta educativa e aos objetivos centrais da ação. Esse processo ocorreu de forma colaborativa, respeitando a essência poética da composição, ao mesmo tempo em que buscava assegurar clareza na mensagem transmitida, sempre em contato com a compositora da música para possíveis necessidades de alterações. A partir dessas trocas, foram efetuados ajustes pontuais na estrutura textual e em determinadas expressões utilizadas, resultando em uma composição final integrando sensibilidade artística, vivências culturais e intencionalidade educativa.

Letra da música Educação Saúde Rural: colheita farta

A escola rural
Símbolo de valor
Espaço que preserva a vida,
Com simplicidade e amor.

O verde que anuncia,
Um amanhecer com esplendor,
O Ar puro, e calmaria,
São as maravilhas do interior.

Sabedoria se mostra de várias formas,
No cultivo, no pomar ou na pureza dos chás,
Essa mistura de saber é a nossa certeza,
Que educação em saúde é a maior riqueza.

Composição: Raquel Signori

No campo e na cidade,
Educação é conexão,
Com o projeto Educa saúde rural,
A UNISC promove a inclusão.
Professores, aluno e comunidade,
Uma parceria de sucesso,
Troca de conhecimentos
Certeza de saúde e progresso.

Na roça ou no interior,
A infância é feliz demais,
Tem quero-quero e bergamota,
Tem sorrisos e paz.

É no campo que a vida floresce,
Entre o sol, o suor e a produção,
Um ciclo que só se completa,
Na mesa tecendo uma reflexão.

PROCESSO DE COMPOSIÇÃO/INTERPRETAÇÃO

Após o desenvolvimento da letra e composição da música, a próxima etapa foi a composição da melodia. Dessa forma, como bolsista do projeto e já incluída na organização de produção da música, a participante Kaiany estendeu o convite para o músico Carlos Rodrigo Martins, o qual havia sido seu professor de música. Com entusiasmo, o professor Rodrigo aceitou o convite de forma voluntária, e após algumas combinações em relação ao estilo melódico e tonalidade, desenvolveu uma melodia que dialogasse com a mensagem educativa da canção, buscando transmitir sensibilidade e expressar o que a letra tinha de mensagem. Durante esse processo, foram considerados aspectos como ritmo, entonação, musicalidade dos versos e potencial de memorização da música, elementos importantes para fortalecer o caráter educativo e comunicativo da produção. Após a definição da estrutura

melódica, realizou-se uma gravação inicial na voz do próprio músico, com o objetivo de apresentar a proposta sonora completa da canção. Posteriormente, esse material foi enviado à bolsista, permitindo a apreciação, análise e alinhamento da composição às finalidades do projeto.

Concluída essa etapa, a bolsista convidou sua irmã, Kemily Geller, para realizar a interpretação vocal e a gravação da música. O convite esteve relacionado à afinidade musical entre ambas, construída desde a infância por meio de experiências compartilhadas com a música e o canto. Sendo assim, conforme destaca, após o convite realizado pela bolsista, sua irmã iniciou os ensaios, buscando compreender a essência da música e transmitir, por meio da interpretação, a emoção presente nos versos e na melodia. Durante os ensaios, praticou a execução da música no violão, buscando a harmonia entre a voz e o acompanhamento instrumental, sendo um processo que exige sensibilidade, concentração e repetição constante, o que contribuiu para construção da identidade artística da música. Aos poucos, a música foi ganhando forma como composição e também como expressão emocional e artística.

Após os ensaios, revisão melódica, entendimento da letra e harmonização dos acordes, foi realizada a gravação da música, em formato de voz e violão e audiovisual. A produção ocorreu nos estúdios da UNISC TV, espaço vinculado à Universidade de Santa Cruz do Sul e reconhecido pela sua atuação na produção audiovisual universitária e comunitária. A UNISC TV dispõe de estúdios, laboratórios de áudio e vídeo, ilhas de edição e equipamentos destinados à captação e pós-produção audiovisual, configurando-se como um importante espaço de formação prática e desenvolvimento de produções acadêmicas e culturais. A estrutura disponibilizada pela emissora possibilitou a realização de um processo de gravação qualificado, reunindo recursos técnicos, equipamentos profissionais e suporte especializado fundamentais para a concretização da proposta musical do projeto.

Além da infraestrutura física e tecnológica, destacou-se o acolhimento e o comprometimento da equipe técnica e profissional da emissora, que contribuiu de forma significativa durante todo o processo de gravação. O suporte oferecido envolveu orientação técnica, organização do ambiente de gravação, captação de áudio e acompanhamento da produção, favorecendo a qualidade sonora e artística da música. A experiência na UNISC TV permitiu que a gravação ocorresse em um ambiente profissional, mas ao mesmo tempo sensível às propostas educativas, culturais e extensionistas vinculadas ao projeto.

E conforme destacam as intérpretes da música, todo o processo de desenvolvimento da música até a gravação trouxe novos aprendizados e desafios, desde a adaptação aos equipamentos até a busca pela melhor expressão da melodia durante as gravações. Participar deste momento permitiu compreender mais profundamente as etapas envolvidas na produção musical e perceber a importância do trabalho coletivo para transformar uma ideia em uma obra concreta.

A vivência no estúdio representou não apenas a conclusão de uma etapa, mas também a materialização de um processo construído com criatividade, dedicação e parceria familiar. Cada ensaio, até o momento da gravação contribuiu no fortalecimento da nossa relação com a música e ampliou a percepção sobre o fazer artístico e a possibilidade de conexão que existe entre o campo da ciência.

Figura 1. Kemily, professora Letícia Lorenzoni (integrante do projeto) e a bolsista Kaiany no estúdio de gravação durante a gravação da música



Fonte: Autores (2025)



Fonte: Autores (2025)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo possibilitou compreender a música como uma potente ferramenta de educação em saúde, especialmente no contexto das escolas rurais, ao evidenciar sua capacidade de articular ciência, arte, cultura e sensibilidade em processos educativos mais significativos e humanizados. A partir das discussões teóricas e do relato de experiência apresentado, observou-se que a música ultrapassa o caráter exclusivamente

artístico ou recreativo, configurando-se como estratégia capaz de favorecer a comunicação, o fortalecimento de vínculos, a valorização cultural e a construção coletiva do conhecimento. Além disso, a utilização da música mostrou-se relevante por promover maior identificação, pertencimento e participação no processo educativo, incorporando elementos culturais e experiências relacionadas ao cotidiano do campo.

O processo de desenvolvimento da música do projeto também evidenciou a importância da construção coletiva e interdisciplinar na elaboração de estratégias educativas inovadoras. Desde a escrita da letra, inspirada nas vivências rurais, até a composição melódica, interpretação e gravação da canção, cada etapa foi permeada por diálogo, sensibilidade, criatividade e colaboração entre os participantes envolvidos. Dessa forma, a experiência demonstrou que a integração entre arte e ciência amplia possibilidades de ensino, aprendizagem e promoção da saúde, tornando as ações educativas mais acessíveis, afetivas e socialmente significativas. Por fim, destaca-se que iniciativas que associam música e educação em saúde representam importantes possibilidades de inovação pedagógica, especialmente em contextos rurais, ao favorecerem processos educativos mais participativos, reflexivos e culturalmente contextualizados.

REFERÊNCIAS

BOFF, E. T. de O.; BIACHI, V.; CAVALHEIRO, K. A. Educação em saúde: uma perspectiva de articulação dos conteúdos disciplinares com temáticas relevantes socialmente. In: SILVA, R. A. R.; VENTURI, T. (org.). **Pesquisas, vivências e práticas de educação em saúde na escola.** Chapecó: Editora UFFS, 2022. p. 72-86. DOI: https://doi.org/10.7476/9786586545722.0007

CAVALCANTE, L.V., CARVALHO, S.M. G.; MENDES, J. E.; ANDRADE, T. V. P. **Educação popular e educação do campo:**

diálogo de saberes e resistência em territórios camponeses. 1. ed. Fortaleza, CE : Editora da UECE, 2024.

DINGLE G.A. *et al*. How Do Music Activities Affect Health and Well-Being? A Scoping Review of Studies Examining Psychosocial Mechanisms. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 12, p. 713818, 2021.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220382pt, 2023.

FERREIRA, F. R. Ciência e arte: investigações sobre identidades, diferenças e diálogos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.36, n.1, p. 261-280, jan./abr. 2010.

FERREIRA, M. P. Ciência e arte no saber musical: a propósito de Vincenzo Galilei. **Revista Portuguesa de Educação Musical**, Lisboa, v. 151, e47, 2025.

FOLMER, V. *et al*. Território, identidade e currículo em assentamentos rurais: experiências educativas contra-hegemônicas. **Revista Humanidades & Inovação**, v. 12, n. 4, p. 20719-20727, 2025.

FRANCISCO JUNIOR, W. E. Por uma ciência com mais poesia: possibilidades de uma dualidade? **Revista Ensino em Debate (REDE)**, Fortaleza, v. 2, e2024003, jan./dez. 2024.

KOMORI, N. M.; FERREIRA, D. O.; LIMA, F. R.; RODRIGUES, L. R.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. A prática da educação em saúde na perspectiva de profissionais da zona rural de um município do interior de Minas Gerais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e58980, 2021.

OLIVEIRA, A. P. G. de; LOPES, Y. K. S.; OLIVEIRA, B. P. de. A importância da música na educação infantil. **Revista Educação & Ensino**, Fortaleza, v. 4, n. 1, jan./jun. 2020.

PAPPEN, M.; ALVEZ, L. H.; POHL, H. H.; FRANTZ KRUG, S. B. Educação em saúde: intervenções em escolas da zona rural em municípios do Rio Grande do Sul. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 24, n. 1, p. 498–513, 2025

REIS, D. P.; MUNIZ, S. de S. As contribuições da música para o processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança na educação infantil. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 10, n. 20, 2023.

SHEPPARD A, BROUGHTON MC. Promoting wellbeing and health through active participation in music and dance: a systematic review. **International journal of qualitative studies on health and well-being**. Dec;15(1):1732526.2020, 2020.

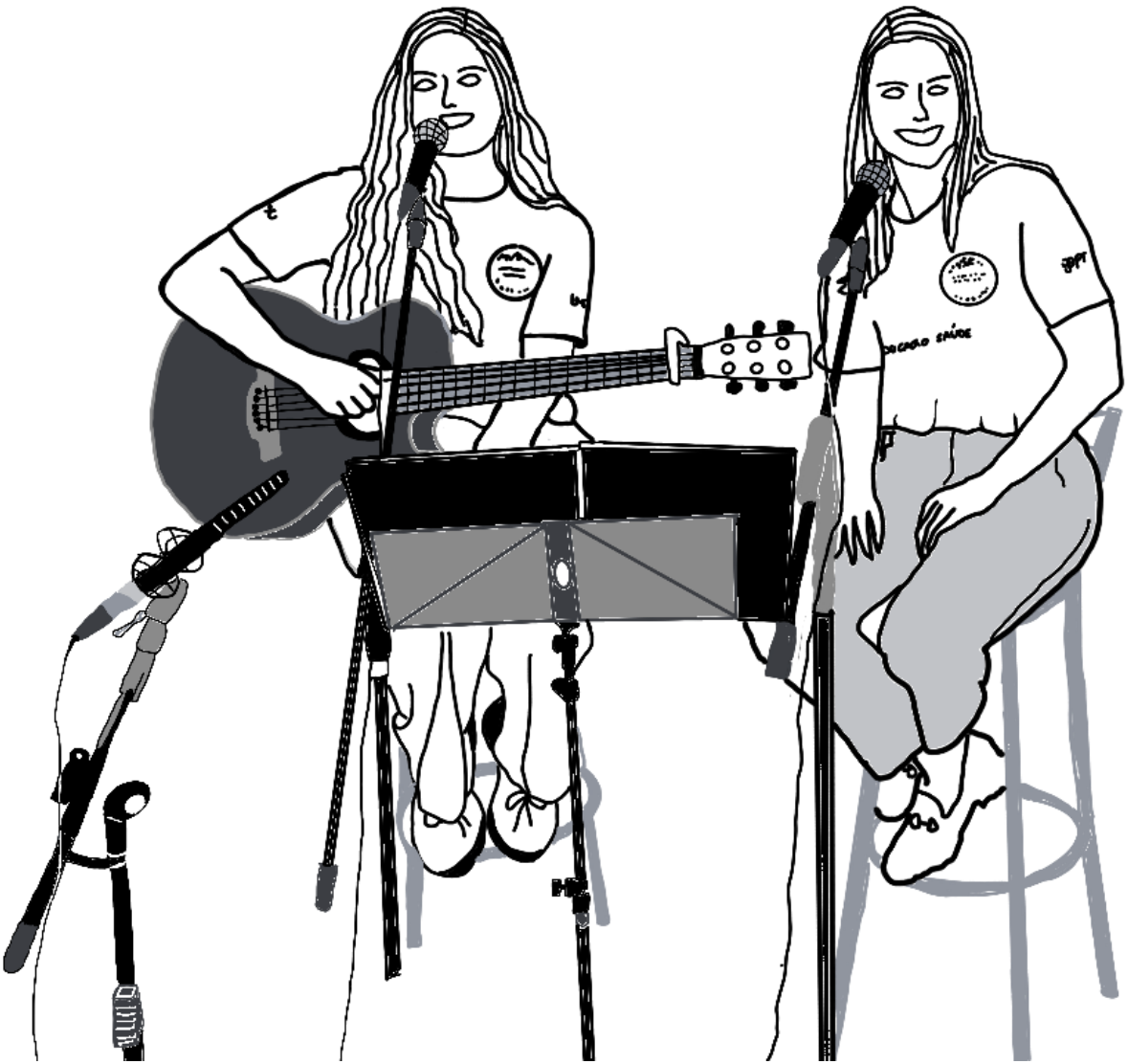
SILVA, W. P. da; PEREIRA, A. de J. S. Educação musical na educação do campo: metodologias alternativas em uma abordagem contemporânea. **Revista de estudios e investigación en psicología y educación.** eISSN: 2386-7418, 2017, Vol. Extr., No. 04

SILVEIRA, L. S.; VARGAS, D. S.; JACOBI, L. F.; CHITOLINA, M. R. Saúde no ambiente escolar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Foco**, Curitiba, v. 16, n. 6, 2023.

SOMBRA NETO, L. L.; SILVA, F. V. E. da; BARBOSA, A. C. M.; CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para Agenda 2030. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 148-162, 2022.

SOUZA, J. B. de, ZANETINNI A., FINGER, D., FRANCESHI, V. E., URIO, A., FUNAI, A. Música, educação e saúde: uma mistura saudável em prol da infância e adolescência. **Cidadania em Ação:**

Revista de Extensão e Cultura, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 90–99, 2016




Escuta Cuidado
Protagonismo
Comunidade
Acolhimento
Cidadania
Saúde
Prevenção
Qualidade de Vida
Saúde Coletiva Bem-estar
Conscientização Saúde Mental
Alimentação Saudável Diálogo
Autocuidado
Qualidade de Vida
Protagonismo
Comunidade Saúde

ENTRE PESSOAS E SABERES: QUEM COMPÕE ESTE LIVRO

Suzane Beatriz Frantz Krug
Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Regional e Doutora em Serviço Social. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e do Corpo Permanente do Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde. Líder do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), desenvolvendo pesquisas com apoio do CNPQ, FAPERGS, CAPES e Ministério da Saúde/OPAS.

Letícia Lorenzoni Lasta
Psicóloga. Mestre em Educação e Doutora em Psicologia Social e Institucional. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado Profissional da UNISC. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Edna Linhares Garcia
Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psicologia Clínica. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado Profissional. Vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Anelise Miritz Borges
Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS). Desenvolve pesquisas nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde da Criança e do Adolescente e Promoção da Saúde.

Ana Carolina Bienert
Enfermeira. Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e bolsista PROSUC/CAPES. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES) e da equipe editorial da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde (RIPS).

Afonso Cima
Graduado em Relações Internacionais. Mestre e doutorando em Educação pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Amanda Luisa Winkelmann
Graduanda em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista de iniciação científica do PPSUS/FAPERGS. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Andressa Audrey Haussen Sehn
Psicóloga pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Neuropsicologia e Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da mesma instituição.

Atilio Arthur Rossato
Graduando em Odontologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista de iniciação científica.

Beatriz Baldo Marques
Cirurgiã-dentista. Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Bruna Rezende Martins
Enfermeira. Mestra e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGPS/UNISC). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES) e da equipe editorial da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde (RIPS).

Camilo Darsie
Geógrafo. Doutor em Educação, com pós-doutorado em Educação e em Saúde Coletiva. Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação e docente do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Caroline Bertelli
Enfermeira. Mestre e doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do Hospital Santa Cruz e docente do Curso Técnico em Enfermagem do Centro de Educação Profissional da instituição (CEPRU). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES).

Daiane Kipper
Licenciada em Matemática e em Letras-Libras. Doutora em Educação pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Professora de Matemática da Rede Estadual de Ensino do Rio Grande do Sul e docente da Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES).

Daniele Weis Fernandes de Moura
Graduanda em Odontologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Douglas Luís Weber
Geógrafo. Doutor em Educação. Docente do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e analista educacional da Secretaria da Educação do Estado do Rio Grande do Sul. Tutor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Francieli Ester Müller
Enfermeira. Mestra em Enfermagem e doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES) e da equipe editorial da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde (RIPS).

Gabriel Benicio Sehgno Pinheiro
Graduando em Odontologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Giana Diesel Sebastiany
Licenciada em Educação Especial. Doutora em Desenvolvimento Regional e pós-doutora em Educação. Docente na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Santa Cruz (HSC).

Giuliana Viecilli Castilhos
Graduanda em Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES).

Helena Müller
Graduanda em Odontologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Henrique da Silva Domingues
Enfermeiro pela Universidad de Jaén, na Espanha. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e doutor em Cuidados Integrales y Servicios de Salud pela Universidad de Jaén. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Iagro César de Almeida Bavaresco
Médico. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGPS/UNISC). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES) e da equipe editorial da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde (RIPS).

Isabela Cristina Lemos
Psicóloga. Mestra em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGPSI/UNISC).

Jéssica Candaten Pacheco
Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiovascular e em Cardiologia, esta última na modalidade de Residência Multiprofissional, pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestranda em Saúde e Ruralidade pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).

Jéssica de Aquino Pereira
Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Doutora em Ciências da Saúde, na área de Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Educação, Conhecimento e Sociedade e líder do Grupo de Pesquisa EDUCA+SAÚDE.

Kaiany Geller
Graduanda em Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES). Bolsista PUIC de iniciação científica.

Katieli Isabel Müller
Estudante do curso Técnico Agrícola e jovem vinculada ao meio rural de Vale do Sol (RS).

Kelly Andressa Haas Fonseca
Cirurgiã-dentista pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Kemily Geller
Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Leonardo Schmidt Alves
Médico pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Luci Helen Alvez Freitas
Psicóloga pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da instituição e bolsista da CAPES. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES).

Luciane Maria Schmidt Alves
Enfermeira pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Enfermagem do Trabalho e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Doutora em Desenvolvimento Regional e pós-doutora em Promoção da Saúde pela instituição em que se graduou, onde atua como docente e coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Luísa Batista da Rosa de Sousa Boscaini
Técnica em Radiologia e graduanda em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista de Iniciação Científica FAPERGS. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES) e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Cidadania (GEPEC). Atua como estagiária no Serviço Integrado de Saúde (SIS) da UNISC.

Magda de Sousa Reis
Cirurgiã-dentista pela Universidade de Uberaba (UNIUBE). Especialista em Endodontia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), professora adjunta do Departamento de Odontologia e Enfermagem e subcoordenadora do Curso de Odontologia da instituição. Doutora em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES).

Maria Carolina Magedanz
Psicóloga pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Saúde da Família, na modalidade de Residência Multiprofissional, pela Escola de Saúde Pública de Florianópolis. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da mesma instituição e bolsista PROSUC/CAPES. Integrante do Grupo da Pesquisa sobre Adolescências (Grupad).

Marieli Elena Müller
Historiadora pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em História da Alimentação e Patrimônio Cultural e em Gestão Rural pela mesma instituição, e em História e Cultura Afro-Brasileira pelo Centro de Ensino Superior Dom Alberto. Mestra e doutoranda em Desenvolvimento Regional, com bolsa CAPES. Integra o Grupo de Estudos sobre Democracia e Políticas Públicas (GEDEPP).

Marta Cocco
Enfermeira pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Saúde Pública e em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Mestra e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com pós-doutorado pela Universidade Nova de Lisboa. Professora associada da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões, e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC) e integrante do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS), Observatório de Violência e Gênero da Universidade Nova de Lisboa e da Rede Ibero-Americana de Investigação Interdisciplinar em Ciências e Humanidades.

Miriam Beatris Reckziegel

Graduada em Educação Física, especialista em Pesquisa em Educação Física e mestra em Ciência do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), onde coordena os cursos de Educação Física - Licenciatura e Bacharelado. Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e tutora da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital Santa Cruz. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Morgana Pappen

Enfermeira pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) e em Enfermagem do Trabalho pelo Centro de Ensino Superior Dom Alberto. Mestra e doutora em Promoção da Saúde pela instituição em que se graduou. Docente do Departamento de Ciências da Saúde, com atuação no Curso de Graduação em Enfermagem e nos cursos técnicos do Centro de Educação Profissional (CEPRU). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Renata Damaceno Pinto

Nutricionista e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com bolsa CNPq. Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e em Nutrição em Saúde Pública, Nutrição com Ênfase em Alimentação Escolar e Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela Faculdade Iguaçu. Graduanda em Biomedicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).

Renita Baldo Moraes

Cirurgiã-dentista e doutora em Ciências Odontológicas pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Mestra em Desenvolvimento Regional, pós-doutora e professora do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Integra o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e o Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES).

Rosane Machado Rollo

Psicóloga pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), bacharela em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), administradora pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e bacharela em Ciências Contábeis pela Faculdade Porto-Alegrense de Ciências Contábeis e Administrativas (FAPCCA). Especialista em Gestão Pública pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) e em Tutoria em Educação a Distância pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Mestra em Saúde Coletiva e em Educação pela UFRGS. Doutoranda em Educação pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), com bolsa PROSUC/CAPES. Integra os grupos PPIPS, GEPS, NECCSO e Famílias e Contexto.

Samantha Lopes de Moraes Longo
Bacharela em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Gestão de Sistemas Prisionais e em Segurança Pública pelo Centro de Ensino Superior Dom Alberto e em Administração Pública pela Faculdade Futura. Atua na gestão penitenciária e na segurança pública e exerce a função de delegada penitenciária da 8ª Delegacia Penitenciária Regional do Rio Grande do Sul.

Thaís Cristina Weis
Graduanda em Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista de iniciação científica do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PUIC). Integrante do Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES).

Vera Elenei da Costa Somavilla
Enfermeira, obstetra e licenciada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira. Mestra em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Na universidade em que concluiu o mestrado, é professora adjunta do Departamento de Ciências da Saúde, atua nos cursos de Enfermagem e Medicina e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado Profissional, e coordena a área de Enfermagem do Serviço Integrado de Saúde (SIS). Integra o Grupo de Pesquisa Identidade e Diferença na Educação e o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Victória Staudt Zamboni
Graduanda em Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Técnica em informática pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS). Bolsista de iniciação científica do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PUIC). Integrante do Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e do Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde (GIATES).

Wylliane Cavalcante Spinellis
Graduanda em Analise e Desenvolvimento de Sistemas pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescentes – 57; 59; 60;

D

Determinantes Sociais da Saúde – 13; 28; 29; 36; 37; 42; 70; 73; 88; 152; 153; 156; 158; 162; 171; 172; 173; 204.
Diálogo – 13; 14; 15; 21; 23; 26; 28; 36; 39; 65; 76; 77; 78; 95; 96; 101; 125; 154; 177; 182; 184; 187; 193; 212.

E

Ensino – 47; 48; 94; 97; 101; 107; 109; 114; 152; 154; 155; 157; 159; 164; 166; 180; 183; 199; 200; 202; 203; 212.

L

Livreto – 157; 159; 178; 179; 180; 181; 182; 183; 184.

M

Mascote – 14; 187; 188; 189; 190; 191; 192; 193; 194; 195.

P

Políticas Públicas – 11; 14; 19; 21; 23; 26; 28; 29; 33; 35; 40; 41; 54; 64; 83; 89; 95; 102; 107; 134; 152; 153.
Profissionais de saúde – 34; 36; 50; 51; 75; 94; 98; 101; 155; 164; 165; 166; 167; 169.

S

Saúde coletiva – 37; 156.
Serviços de saúde – 14; 21; 26; 29; 38; 47; 48; 59; 78; 83; 84; 85; 96; 102; 114; 125; 126; 156; 163; 171; 202.

V

Vacinação – 14; 22; 27; 73; 95; 96; 97; 98; 100; 101; 102; 157; 180.



FAPERGS

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

UNISC
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

geps | grupo de estudos e pesquisa em saúde

Programa de Pós-Graduação em Saúde: Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado Profissional

GIATES UNISC
Grupo Interdisciplinar Ampliado de Trabalho e Estudos em Saúde



Pedro & João Editores
pedroejoaoeditores.com.br

ISBN 978-65-265-3394-9