



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ- REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA SANTOS

**As ações do Programa Saúde na Escola na perspectiva dos profissionais da
saúde e da educação**

Teresina- PI

2017

LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA SANTOS

**As ações do Programa Saúde na Escola na perspectiva dos profissionais da
saúde e da educação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Saúde na Escola

Orientador: Profº. Drº. Osmar de Oliveira Cardoso

Teresina- PI

2017

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

Santos, Lúcia de Fátima da Silva.
S237a As ações do Programa Saúde na Escola na perspectiva dos profissionais da saúde e da educação / Lúcia de Fátima da Silva Santos. –
– Teresina, 2017.
81 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, 2017.

“Orientador: Prof. Dr. Osmar de Oliveira Cardoso.”

Bibliografia

1. Saúde escolar. 2. Atenção básica à saúde. 3. Promoção da saúde.
I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 614

LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA SANTOS

**As ações do Programa Saúde na Escola na perspectiva dos profissionais da
saúde e da educação**

Data da defesa: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. Osmar de Oliveira Cardoso – Presidente – UFPI

Prof^a. Dr^a. Leandra Andréia de Sousa – Examinador Externo – Estácio UniSEB

Prof. Dr. Fábio Solon Tajra – Examinador Interno – UFPI

Prof. Dr. Cássio Eduardo Soares Miranda – Examinador Suplente – UFPI

Teresina- PI
2017

DEDICATÓRIA

À Deus.

À minha Mãe, Maria Josimeira.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, por ter me dado uma grande guerreira como mãe; Por ter me concedido força, saúde e coragem para desenvolver todas as atividades ao longo dos anos e por nunca me abandonar; Por ter me permitido chegar até aqui; Por ter me colocado nas mãos de excelentes mestres e seres humanos, professor Osmar de Oliveira Cardoso e Fábio Solon Tajra, pra me acompanhar e tornar mais leve essa jornada chamada mestrado.

À minha mãe, por estar sempre ao meu lado me incentivando, me apoiando e compartilhando comigo todas as minhas conquistas; Por compreender minha ausência em alguns momentos, pela paciência indescritível e pelo total apoio e dedicação ao longo de todos esses anos.

Aos meus irmãos pelo apoio e compreensão.

Ao meu orientador Osmar de Oliveira Cardoso, pela oportunidade, paciência, colaboração, compreensão e apoio sempre. Por sua atenção e dedicação incansável durante essa trajetória. Além do grande exemplo de mestre, profissional, professor e ser humano que foi pra mim.

Muito Obrigada!

À Tauani Zampieri Cardoso pelo apoio, paciência e colaboração que dispensou a mim e ao meu trabalho desde o início.

Ao professor Fábio Solon Tajra pela paciência, compreensão e colaboração para minha formação, além do grande exemplo de mestre, profissional, professor e ser humano.

Ao Victor Ricelly Palhares por estar sempre presente, pela paciência, a compreensão e a atenção dedicada a mim em todos os momentos, inclusive naqueles mais difíceis.

À amiga e irmã, Mayane Carneiro Alves Pereira, que desde o início dessa jornada esteve ao meu lado me apoiando, incentivando, ajudando e dividindo comigo todos os momentos.

Ao amigo Francisco Junior pelo apoio, atenção, amizade e compreensão sempre.

À amiga Keila Cardoso de Sousa Barros pelo apoio e incentivo.

Aos colegas Rosalves Júnior, Ruth Fialho e Cleyton Galeno da Costa pelo apoio inestimável e companhia durante essa trajetória.

Aos colegas de turma do mestrado pelo período que compartilhamos saberes, angústias, dificuldades e experiências.

À Dília Sávia de Sousa Falcão (SESAPI- DUVAS), Márcia Silva (SESAPI- DUVAS), diretores e professores das escolas municipais de Teresina e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família que com disponibilidade e satisfação forneceram informações valiosas sobre o PSE no município de Teresina.

Aos grandes amigos que me acompanharam nesta etapa de dedicação ao mestrado e por compreenderem meu distanciamento e ausências.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comunidade pela dedicação e compromisso com nosso aprendizado, em especial aos professores Cássio Eduardo Soares Miranda e Marize Melo dos Santos que colaboraram nas qualificações da minha dissertação e com muita sabedoria e a maestria de verdadeiros educadores me mostraram os caminhos da pesquisa qualitativa.

À Banca examinadora dessa pesquisa, pelas valiosíssimas contribuições dadas a esta dissertação.

Enfim, a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e estiveram comigo ao longo dessa trajetória tornando-a mais leve e prazerosa.

SANTOS, Lúcia de Fátima da Silva. **As ações do Programa Saúde na Escola na perspectiva dos profissionais da saúde e da educação.** 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

RESUMO

O vínculo entre saúde e educação é reconhecido desde a antiguidade grega consolidando-se como uma estratégia importante e necessária para a efetivação de políticas públicas de saúde. Atualmente, a saúde na escola tem sido alvo de significativa atenção de órgãos internacionais, ratificando sua relevância mundialmente. No intuito de estabelecer a intersetorialidade entre os setores saúde e educação e promover a saúde integral no ambiente escolar, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE) no território brasileiro. O objetivo deste estudo foi analisar o processo de implementação das ações de saúde propostas pelo PSE segundo os enfermeiros das equipes de Saúde da Família (ESF) e os gestores das escolas municipais de Teresina. Neste estudo realizamos uma análise de implementação, com abordagem qualitativa e seleção intencional determinada pela saturação dos dados. Conduzimos entrevistas semiestruturadas, entre junho e outubro de 2016, posteriormente submetidas à análise de conteúdo temática. Participaram da pesquisa nove enfermeiros das ESF atuantes no PSE e 11 gestores de escolas municipais da cidade de Teresina, Piauí- Brasil. Os dados analisados apontaram sete categorias temáticas: Ações de saúde; Planejamento das ações de saúde; Desenvolvimento das ações de saúde; Integralidade das ações de saúde; Aspectos facilitadores; Aspectos dificultadores; e Alcance dos objetivos do PSE. Constatamos que as ações de saúde desenvolvidas no PSE em Teresina visam à prevenção de doenças, possuem foco biológico e as ações voltadas para a promoção de saúde são pontuais. Observamos que, para alguns trabalhadores, essas ações tem alcance limitado na promoção da saúde, prevenção e assistência à saúde. Apontamos a ausência de articulação entre os setores, comprometendo a intersetorialidade a integralidade das ações de saúde. A parceria entre os atores envolvidos no programa e a proximidade entre a escola e a unidade básica de saúde (UBS) foram citados como aspectos facilitadores para execução das ações do PSE. Como aspectos dificultadores foram citados falhas na comunicação entre os atores envolvidos no programa, deficiência de recursos humanos e materiais e a ausência de colaboração da família e/ou da escola. O presente estudo revelou alguns desafios a serem enfrentados na implementação do PSE, tais como a superação do modelo biomédico e da setorialidade. Acreditamos que novos estudos, indo além das ações de saúde e inserindo novos atores e abordagens podem favorecer a

elaboração de diretrizes para contribuir na consolidação da saúde integral no ambiente escolar.

Palavras-chave: Saúde Escolar. Atenção Básica à Saúde. Promoção da Saúde

SANTOS, Lúcia de Fátima da Silva. **The actions of the Health in School Program from the perspective of health professionals and education.** 2017. Dissertation (Master in Health and Community) - Federal University of Piauí, Teresina, 2017.

ABSTRACT

The link between health and education has been recognized since ancient times in Greece, consolidating itself as an important and necessary strategy for the implementation of public health policies. Currently, health at school has received significant attention from international bodies, confirming its relevance worldwide. In order to establish intersectoriality between the health and education sectors and to promote integral health in the school environment, the Health in School Program (HSP) was established in Brazil. The objective of this study was to analyze the process of implementation of the health actions proposed by the PSE according to the nurses of the Family Health teams (FHT) and the managers of the municipal schools of Teresina. In this study we performed an analysis of implementation, with a qualitative approach and intentional selection determined by the data saturation. We conducted semi-structured interviews between June and October 2016, later submitted to the thematic content analysis. Nine nurses from the FHT working in the HSP and 11 managers from municipal schools in the city of Teresina, Piauí, Brazil, participated in the study. The analyzed data pointed to seven thematic categories: Health actions; Health action planning; Development of health actions; Integrality of health actions; Facilitating aspects; Challenging aspects; And Achieving the objectives of the HSP. We found that the health actions developed in the HSP in Teresina aim at disease prevention, have a biological focus and actions aimed at health promotion are punctual. We note that, for some workers, these actions have limited scope in health promotion, prevention, and health care. We point out the lack of articulation among the sectors, compromising the intersectoriality of health actions in their entirety. The partnership between the actors involved in the program and the proximity between the school and basic health unit (BHU) were cited as facilitating aspects for the implementation of the HSP actions. Difficult aspects were the lack of communication between the actors involved in the program, the lack of human and material resources and the lack of collaboration between the family and / or the school. The present study revealed some challenges to be faced in the implementation of the HSP, such as overcoming the biomedical and sectoral model. We believe that new studies, going beyond health actions and inserting new actors and approaches

may favor the elaboration of guidelines to contribute to the consolidation of integral health in the school environment.

Keywords: School Health. Primary Health Care. Health Promotion

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Desenvolvimento das práticas de saúde escolar no Brasil segundo as diferentes concepções e períodos históricos.....	21
------------------	---	----

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PNE	Política Nacional de Educação
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	12
1.2	QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	14
1.3	RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	SAÚDE ESCOLAR E SAÚDE NA ESCOLA.....	16
2.2	UM BREVE RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE NA ESCOLA	16
2.3	A SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL	19
2.4	O MOVIMENTO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	23
2.4.1	Promoção de Saúde e Intersetorialidade.....	26
2.5	O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	27
3	METODOLOGIA.....	32
	REFERENCIAS.....	33
	APÊNDICES.....	40
	APÊNDICE A.....	41
	APÊNDICE B	44
	APÊNDICE C	45
	ARTIGOS.....	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A posição dos atores e instituições sociais que integram um processo intersetorial determinam uma capacidade de avaliar ou emitir julgamento que influencia a definição da qualidade e a relevância de determinados critérios ou componentes de um programa (UCHIMURA; BOSI, 2002). Neste sentido, Camara (2009) cita que nos últimos anos tem aumentado a produção científica voltada para a análise do processo de implementação de políticas e programas de Atenção Primária a Saúde (APS)¹, a partir do olhar dos atores envolvidos.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por meio do Decreto nº 6.286 de 5 de Dezembro de 2007, surgiu como resultado do trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e Educação com o intuito de estabelecer a intersetorialidade entre saúde e educação e contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica (DIAS *et al.*, 2014).

Este programa prevê ações em saúde que devem ser articuladas entre as equipes de Saúde da Família (ESF) e a rede pública de educação básica em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas ações organizam-se em componentes que incluem: Avaliação Clínica e Psicossocial; Ações de Promoção da Saúde; Prevenção de Doenças e Agravos; Educação Permanente; Capacitação de Profissionais da Educação, da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola; Monitoramento; e Avaliação da Saúde dos Estudantes (BRASIL, 2007; DIAS *et al.*, 2014).

No âmbito da Vigilância em Saúde e como sujeitos que compartilham responsabilidades pela saúde e qualidade de vida das populações na qual estão inseridas, as eSF devem se articular com a escola e constituir agentes importantes no desenvolvimento das iniciativas de promoção da saúde escolar em todos os ambientes e espaços. No contexto do PSE, as eSF podem garantir e melhorar o acesso das escolas à Unidade Básica de Saúde da Família (UBS), conduzindo ações contínuas e longitudinais que promovam a integralidade das ações e serviços de saúde relativos às demandas da escola (SILVEIRA; PEREIRA, 2004).

¹ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Neste estudo utilizaremos preferencialmente o termo “atenção básica”.

Da mesma forma, as ESF podem contar com a parceria dos profissionais da educação na tentativa de orientar sobre o uso de instrumentos pedagógicos e educacionais que possam ser inseridos em sua abordagem de educação e comunicação em saúde (BRASIL, 2009).

O PSE foi implantado em Teresina no ano de 2008. A partir de então o Estado e o município se organizaram para aderir a esta política criando os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI) e desenvolvendo estratégias de integração entre os setores saúde e educação. Na pactuação vigente do PSE em Teresina, estão envolvidas um total de 273 unidades escolares, sendo 200 escolas municipais e as demais estaduais, administradas pela Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC) e Secretaria Estadual de Educação e Cultura (SEDUC), respectivamente (TERESINA, 2015).

Quanto à atenção básica o município conta com 250 ESF, equivalente a uma cobertura populacional de 100% (BRASIL, 2016), gerenciadas por três regionais de Saúde: Sul, Leste-Sudeste e Centro-Norte. As equipes são distribuídas em 88 UBS coordenadas pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

A razão pela qual optamos por analisar o processo de implementação das ações em saúde do PSE centra-se em conhecer, a partir dos profissionais envolvidos no programa, como está ocorrendo a implementação das ações em saúde propostas pelo PSE. Ademais, a presente pesquisa é fruto das reflexões acerca da minha formação enquanto professora e profissional de saúde, pois durante meu processo formativo houve poucas discussões sobre a responsabilidade da escola com a saúde e a tarefa de enquanto educador ser um agente que pudesse contribuir para a promoção da saúde; apesar de sabermos do reconhecimento do potencial da escola como espaço para promoção de saúde e que as ações de educação em saúde na escola têm relevância destacada em documentos oficiais, tais como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) nº 9.394/96 (BRASIL, 1996), Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) (BRASIL, 1997), Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica (BRASIL, 2010) e o PSE (BRASIL, 2007).

Também destacamos que o espaço oportunizado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (UFPI) contribuiu para a construção do objeto de estudo desse projeto, considerando que esta ocasião foi fundamental para estimular e aprofundar nossas discussões sobre as políticas públicas de promoção de saúde na escola.

Assim, delinear-se como objeto deste estudo as ações de saúde do PSE.

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DO ESTUDO

Baseado no objeto deste estudo e diante do que foi apresentado foram elaboradas as seguintes questões para nortear essa pesquisa:

1. Como ocorre a articulação entre os setores saúde e educação para o desenvolvimento das ações de saúde previstas no PSE?
2. As ações de saúde na escola estão considerando para sua realização a promoção, prevenção e assistência à saúde?
3. Quais os aspectos facilitadores e dificultadores para a realização das ações de saúde do PSE?
4. Como os profissionais de saúde e da educação avaliam as ações de saúde desenvolvidas quanto ao alcance dos objetivos do PSE?

Com o intuito de responder a essas questões norteadoras o presente estudo teve como objetivos:

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde e da educação sobre a articulação entre os setores educação e saúde para o desenvolvimento das ações de saúde na escola.
- Verificar, segundo os profissionais de saúde e da educação, se as ações de saúde realizadas na escola estão considerando para sua realização a promoção, prevenção e assistência à saúde.
- Identificar aspectos dificultadores e facilitadores para a realização das ações de saúde na avaliação dos profissionais de saúde e da educação.
- Verificar, de acordo com os profissionais de saúde e da educação, se a partir das ações de saúde desenvolvidas os objetivos do PSE estão sendo alcançados.

1.3 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A saúde advém de múltiplas ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros setores da sociedade. Deste modo, não é garantida apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde, no seu sentido literal (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

A escola assume papel de importância relevante, uma vez que constitui parceira intersetorial para essas ações e revela-se há muito tempo como um espaço estratégico para execução de ações de promoção da saúde. Por ser um dispositivo social que pode ser utilizado como cenário e instrumento da educação em saúde, contribui para formação de opiniões de crianças, adolescentes e de suas famílias e, conseqüentemente, colabora para formar cidadãos conscientes e responsáveis por suas escolhas e comportamentos (BRASIL, 2009).

Atualmente, a saúde na escola tem sido alvo de significativa atenção de órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), ratificando sua relevância mundialmente. No Brasil, o PSE foi instituído em 2007 e compõe uma política de governo pautada na intersetorialidade regida pelos princípios e diretrizes do SUS. O PSE preconiza um modelo de política educacional em saúde fundamentada na formação ampla para a cidadania, promoção da articulação de saberes e a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral ao tratar a saúde e educação de forma integral (CARVALHO, 2015).

Outrossim, considerando que o PSE se trata de um programa respaldado na proposta de promoção de saúde, Bógus (2002) destaca a relevância das ações de promoção da saúde como uma estratégia da saúde coletiva, tendo em vista que se opõem a medicalização da sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde. Essas ações são entendidas como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais, visando melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas (MOYSÉS, MOYSÉS, KREMPEL, 2004).

Diante disto, este estudo visa contribuir, para reflexão de profissionais de saúde, educação, parceiros intersetoriais e organismos governamentais acerca do cumprimento e alcance dos objetivos do PSE. Esperamos proporcionar informações consistentes e úteis, para permitir a incorporação do conhecimento e das experiências adquiridas nesse estudo nos processos de tomadas de decisões de políticas de saúde, em especial o PSE.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE ESCOLAR E SAÚDE NA ESCOLA

O tema saúde adentrou as escolas brasileiras durante o final do século XIX. Nesse período, priorizava-se o desenvolvimento de hábitos, atitudes e valores levando em consideração a dimensão assistencial e atitudinal, a partir do entendimento de indivíduo saudável difundido à época. Deste modo objetivavam evitar a transmissão de doenças infecto-contagiosas na escola (FERRIANE, 1997). Desde então, muitas discussões foram conduzidas em torno dos vínculos estabelecidos entre saúde e educação, constituindo um campo denominado saúde escolar (GODOI; POL; MATIA, 2012).

A expressão “saúde escolar” se consagrou ganhando sentido genérico para políticas e programas de saúde que se realizam na escola. Todavia, nas questões ligadas a pessoas na faixa etária convencional para educação fundamental (7 a 14 anos) também é comum o uso simultâneo e constantemente indiferenciado das denominações “saúde escolar” ou “saúde do escolar”. Isto gera uma imprecisão quanto ao sujeito de quem se fala, além de restringir esses termos a um grupo populacional e sua situação de saúde a partir da escolarização. Por consequência, a expressão “saúde na escola” se tornou mais adequada para expressar as relações que envolvem a saúde no ambiente escolar, sejam elas programas, ações, concepções ou projetos de saúde de natureza educativa, preventiva ou assistencial. No entanto, ressalta-se que a expressão saúde escolar foi amplamente utilizada nas referências anteriores ao SUS, em função das representações adquiridas em décadas de práticas, sobretudo assistenciais e normativas (VALADÃO, 2004).

2.2 UM BREVE RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE NA ESCOLA

O vínculo entre saúde e educação é reconhecido desde a antiguidade Grega e manifestou-se ao longo da história, não sendo uma criação da contemporaneidade. Relatos demonstram que na Grécia antiga essa relação já era considerada por pesquisadores como Hipócrates, Sócrates, Platão e Aristóteles (ANTUNES, 2009). No entanto, somente no final do século XVIII e início do século XIX surgiu a política de atenção à saúde escolar (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A política de atenção à saúde escolar teve início na Alemanha com a institucionalização da “Polícia Médica” e a elaboração do Sistema Frank, criado pelo médico

alemão Johann Peter Frank (1745-1821). O Sistema Frank ou *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei* (Sistema de Política Médica Integral) foi um guia publicado, a partir de 1779 na Alemanha, em nove volumes, que abordava além da saúde escolar e a supervisão de instituições educacionais, outros aspectos da saúde pública e individual, caracterizando-se como um manual de saúde com caráter abrangente e ênfase na educação. As ideias do “Sistema Frank” logo se difundiram por todo o continente europeu e os Estados Unidos da América contribuindo para a disseminação dos ideais da “Polícia Médica” (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

O Sistema Frank dispunha detalhadamente sobre o atendimento ao escolar e a supervisão de instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula. Essa obra conferiu a Johan Peter Frank o reconhecimento de pai da saúde escolar e inspirou Franz Anton Mai na elaboração de um código. Tratava-se de um código com bastante ênfase no problema da educação e propunha em uma de suas leis a atuação de um oficial de saúde nos colégios, instruindo alunos e professores a respeito da manutenção e promoção da saúde. Todavia, o código proposto por Mai não chegou a vigorar plenamente em decorrência de questões de ordem econômica e política (ROSEN, 1979).

Marcado pela Revolução Industrial esse período trouxe consigo desenvolvimento do proletariado alemão e francês dentro das precárias condições de vida e saúde da classe operária desse tempo, o que implicou no surgimento de doutrinas médicas que atribuíam às condições de vida as enfermidades e propunham a medicina como instrumento de reforma social. Essas doutrinas ficaram conhecidas como higiene social e medicina social e vigoraram até os anos 1848, quando o sanitarismo e a assistência ao pobre passaram a constituir os principais elementos do processo de medicalização (LIMA, 1985).

Na Alemanha, o final do século XVII e início da maior parte do século XVIII foram marcados pelo pensamento político e econômico sustentado na admiração das virtudes de uma população crescente e a vontade de aumentar o número de habitantes do país (ROSEN, 1979). Diante disso, a preocupação com a higiene das pessoas e das cidades tornou-se um meio para controlar doenças e melhorar a vida em sociedade, uma vez que a higiene era entendida como um mecanismo para diminuir o desperdício de recursos humanos causado pelas doenças (LAROCCA; MARQUES, 2010).

Em sintonia com os anseios da sociedade alemã e o discurso ideológico da época, a escola foi apresentada como instituição responsável por “modelar” o tipo de cidadão exigido e assim também contribuir na superação do “atraso” dos países subdesenvolvidos. Alicerçada

na hipótese que a doença surgia e se mantinha em consequência da ignorância, a solução seria então a prescrição de normas e regras (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Nesse contexto, a escola foi reconhecida como um espaço estratégico e privilegiado para prescrição de normas e regras e para disseminação de ideais de higiene, tendo em vista que agrupava num mesmo espaço crianças que sendo consideradas “massa modelável” seriam capazes de se tornar multiplicadores das prescrições recebidas na escola (LAROCCA; MARQUES, 2010). Desse modo, a saúde escolar ou mais propriamente, a higiene escolar dessa época, se deu na intersecção de três doutrinas: a polícia médica, o sanitarismo e a puericultura, que estimulava a difusão de uma pedagogia mais “fisiológica”, isto é, mais adequada aos corpos escolares ao qual se destinava (LIMA, 1985)

Inspirado nas experiências europeias apresentadas até então, a saúde escolar praticada nas décadas de 1980 e 1990 em países da América latina passou a ser reconhecida como um modelo de “higiene escolar”, restringindo-se a programas escolares que se caracterizavam por reunir esforços para melhorar as condições de higiene e saneamento por meio de campanhas massivas de vacinação, prevenção de doenças transmissíveis, tratamento de doenças específicas, temas de educação para a saúde, realização de exames médicos e provas de triagem. Essas ações representavam um modelo de saúde vertical, “medicalizado” e assistencialista, com ênfase nas ações de caráter preventivo e assistencial (OPAS, 2003; CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014; CASTRO, 2008). Neste modelo, a saúde da população escolar era compreendida em termos de ausência de doença e não como o resultado de um processo de transformação dos fatores determinantes sociais em que os profissionais da saúde e todos os membros da comunidade escolar pudessem converter-se em atores ativos (OPAS, 2003).

Ao longo dos anos, a concepção de saúde e doença no cenário escolar foi sendo construída de acordo com o discurso ideológico e o referencial teórico de saúde abordado em cada época, suscitando ações de saúde realizadas com foco na doença e sem impacto significativo na qualidade de vida e nas condições de saúde dos estudantes (VALADÃO, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2008).

No final do século XX, as práticas de saúde na escola ganharam novos desenhos em consequência da ampliação das concepções teóricas da saúde e da educação. A saúde passou a ser entendida a partir da complexidade de seus determinantes sociais e a escola apresentou-se não mais como um espaço de transmissão de informações, mas como um espaço ideal para processos de ensino/aprendizagem com a participação ativa dos estudantes e apropriação cultural, caracterizando a iniciativa das EPS (BRASIL, 2007a).

Vale ressaltar que em 1954, a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecendo as limitações e ineficácia da estratégia de saúde escolar realizada naquele momento, já apontava a necessidade de se realizar dentro do espaço escolar atividades que favorecessem a promoção da saúde e não somente a transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde. Neste sentido, apresentou uma abordagem inicial do conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS) (OMS, 1954).

A EPS nasceu com a proposta de inserir a concepção de promoção da saúde dentro do espaço da escola. Consiste em uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que estimula atividades intersetoriais, ação interdisciplinar, interinstitucional e participação comunitária a partir da identificação das necessidades locais e linhas de enfrentamento priorizando práticas de promoção de saúde (LEVORLINO, 2000; BRASIL, 2007a).

Assim, o desenvolvimento histórico da saúde escolar passou por distintas fases e definições, como a polícia médica ou higienista, o biologicismo e o sanitarismo (LIMA, 1985; LEVORLINO, 2000), que sustentaram as práticas de saúde na escola. Isso significa que, ao longo do tempo, diversos modelos de saúde na escola foram sendo planejados e implantados a partir dos conceitos de saúde e de educação elaborados para cada época.

2.3 A SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL

No Brasil, o discurso patológico e higienista na escola têm sua emergência histórica a partir do século XIX com o estabelecimento e consolidação da prática médica na escola (TEIVE; ABUD, 2014). Moncorvo Filho, relata que os primeiros estudos sobre saúde escolar no Brasil se deram a partir de 1850 e consistiam em teses sobre higiene escolar (MONCORVO FILHO, 1917 *apud* LIMA, 1985). Nesse mesmo período, a questão da saúde na escola ganhou evidência com a intervenção do estado brasileiro na saúde. Essa intervenção se deu pela necessidade de tentar controlar frequentes epidemias de febre amarela, cólera e varíola que assolavam a cidade do Rio de Janeiro e, embora a escola não tivesse nenhum destaque especial, era mais um local que reunia alguma quantidade de pessoas assim como tantos outros locais (LIMA, 1985).

Segundo Mohr e Schall (1992), a implementação da saúde nas escolas se tornou obrigatória por meio do artigo 7º da lei Nº 5.692 de 1971, que determinava a realização de ações de saúde nas escolas de primeiro e segundo graus, com o objetivo de estimular o conhecimento e a prática da saúde básica e da higiene.

As conjecturas desta época preconizavam uma nação civilizada, regenerada e educada, por meio da medicalização da sociedade. Desde então os médicos foram inseridos nas escolas para capacitar os professores com noções de higiene, puericultura e outros temas que objetivavam evitar qualquer desvio, seja corporal ou comportamental na escola (TEIVE, ABUD, 2014).

No final do século XIX, por meio de normas e por trás de uma assistência prestada pelos programas de higiene escolar, o espaço da escola era utilizado pelo sistema de saúde visando evitar que doenças contagiosas se disseminassem. Havia na realidade uma proposta de controle das classes populares conforme os interesses do sistema produtivo (MIRANDA *et al.*, 2000).

O Brasil, então, adentrou o século XX impulsionado pelos ideais higienistas que se estabeleceram durante os primeiros trinta anos deste século. O movimento higienista na saúde brasileira, reconhecido como um conjunto de ações capazes de inserir hábitos higiênicos e eugênicos (preservação e melhoria da raça) na população e reestruturarem o “tipo nacional” orientou discursos produzidos nas sociedades médico científicas tornando-se “rituais de saúde” necessários para a formação de novos e higienizados cidadãos (LAROCCA; MARQUES, 2010).

A concepção higienista-eugenista marcou o início do século XX e tinha como pressupostos a educação para o desenvolvimento de uma “raça” sadia e produtiva, obtida por meio da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas desse modelo de saúde escolar eram focadas em ações pontuais e individuais que visavam à mudança de comportamentos e atitudes, sem considerar na maioria das vezes a realidade dos escolares (VALADÃO, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2008).

A década de 1950 constituiu um marco na história da saúde escolar no Brasil, posto que, nesse período, a escola passou a ser reconhecida como espaço ideal para iniciativas e abordagens em saúde e, em especial os estudantes, a partir e/ou dentro de uma perspectiva sanitária (OPAS, 2003; BRASIL, 2009).

Nesse período os problemas de aprendizagem na escola passaram a ser discutidos por uma ótica biológica resultando na biologização dos problemas de aprendizagem e do fracasso escolar. Nas décadas seguintes ganharam impulso as discussões em torno da desnutrição e dos programas de merenda escolar, dos distúrbios neurológicos e das triagens neurológicas, auditivas e visuais, enquanto ações de Saúde Escolar (LIMA, 1985).

Por consequência, no final do século XX as comunidades educativas, foram sobrecarregadas por múltiplas intervenções desarticuladas, dirigidas à solução de problemas

ou objetivos específicos, sem que houvesse estratégias claras dentro de um marco conceitual que permitisse avançar na conquista de objetivos comuns e relevantes para os diferentes setores, especialmente saúde e educação (OPAS, 2003). Nesse período, o modelo de saúde vigente favoreceu o processo de medicalização da educação, visto que os problemas de aprendizagem foram atribuídos a questões relacionadas à saúde e esta precisaria atender a essas demandas (HARADA *et al.*, 2003; BRASIL, 2009).

Instaurou-se então a medicalização da educação influenciada pela nova abordagem que era dada a saúde, em que a prioridade de programas e políticas de saúde era atender faixas etárias específicas, sendo valorizadas ações como vacinação, crescimento e desenvolvimento da criança, amamentação, controle de diarreias e de doenças respiratórias e, ainda, ações voltadas para a concepção, pré-natal, parto e puerpério, com o propósito de prevenir e evitar os agravos nesses grupos (SILVA, 2010).

Dessa forma, políticas e programas, com o objetivo de prestar assistência e abordar a saúde na escola, ganharam espaço juntamente com a busca pela universalização dos sistemas de ensino (VALADÃO, 2004), evidenciando o potencial para ações de promoção da saúde na escola. No Brasil, a concepção de saúde escolar foi inicialmente expressa na legislação educacional sob a designação genérica de “Programas de Saúde”. Essa concepção partia da lógica higienista, biologicista, biomédica e assistencialista (VIEIRA, 2013). No entanto, durante o século XX, a saúde escolar no Brasil experimentou avanços ao lado da evolução técnico-científica, substituindo o discurso tradicional – de lógica biomédica –, para a concepção da EPS (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Entretanto, não chegou a instituir política de saúde na escola com base na EPS (COUTO *et al.*, 2016).

Considerando o recorte histórico exposto, o quadro a seguir apresenta o desenvolvimento das práticas de saúde escolar no Brasil nas diferentes concepções e períodos históricos e as principais características de cada modelo de saúde escolar.

Quadro 1 - Desenvolvimento das práticas de saúde escolar no Brasil segundo as diferentes concepções e períodos históricos

Higiene Escolar (1850)	Biologicismo (1950)	Medicina escolar (1970)	Escolas Promotoras da Saúde (1990)
- Propunha medidas de asseio e higiene aos escolares; - Necessidade do controle de epidemias; - Inserção de hábitos higiênicos e eugênicos;	- Fatores orgânicos justificavam o fracasso escolar;	- Modelo de saúde vertical; - Saúde determinada pela ausência de doença;	- Estímulo à participação comunitária e ações intersetoriais;

Continuação do Quadro 1 - Desenvolvimento das práticas de saúde escolar no Brasil segundo as diferentes concepções e períodos históricos

Higiene Escolar (1850)	Biologicismo (1950)	Medicina escolar (1970)	Escolas Promotoras da Saúde (1990)
- Prescrição de normas e regras;	- Intervenções voltadas para o diagnóstico e cura das doenças.	- Ações de caráter preventivo e assistencial;	- Visão integral do ser humano.

FONTE: FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; LEVORLINO, 2000; VALADÃO, 2004; SILVA, 2010.

A EPS define-se como importante estratégia de promoção da saúde no contexto escolar, caracterizada por uma visão integral e interdisciplinar do ser humano que considera o ambiente familiar, comunitário, ambiental, político e social na concepção de saúde escolar. O modelo de EPS está baseado no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas, ou seja, tem seus pilares na participação e corresponsabilização do sujeito na tomada de decisões, por meio do estímulo a uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida (HARADA *et al.*, 2003).

Paralelamente ao desenvolvimento da EPS, a publicação da LDBEN 9394/96 e a construção dos PCN apresentaram a saúde como tema transversal das disciplinas e ações no contexto escolar, em que se preza a incorporação das três dimensões da saúde: promoção, assistência à saúde e prevenção de agravo e doença (BRASIL, 1996). Cabe ressaltar que a construção de ambientes escolares saudáveis, com ênfase na promoção da saúde, também constitui ação prevista no novo Plano Nacional de Educação (PNE) decênio 2011-2020 (BRASIL, 2012).

A partir de então a responsabilidade de promover a saúde na escola deixou de ser competência exclusiva do setor saúde e passou a ser tratada como processo de conscientização da comunidade para serem participantes ativos no processo de promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida, caracterizando o setor educação como aliado importante no processo saúde e doença por meio da capacitação do indivíduo para ser agente multiplicador de educação em saúde.

Nessa perspectiva, foi instituído em todo o território nacional o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que cria o PSE (BRASIL, 2007). Diferentemente do proposto pelas escolas promotoras de saúde que tinham ações de promoção da saúde apoiada nos professores, o PSE busca promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (COUTO *et al*, 2016).

O PSE é resultado da política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. No entanto, outros órgãos governamentais estão envolvidos diretamente na concretização desta proposta, a saber, as Secretarias de Saúde e de Educação, comunidade escolar e as instâncias representativas da sociedade que atuam no âmbito da saúde e da educação. O trabalho conjunto desses setores visa o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2007).

Atualmente, mesmo diante do reconhecimento da escola como um espaço ideal para promoção da saúde, a saúde na escola agrega uma mistura de contribuições de modelos novos e antigos. Diante disto, destacam-se importantes desafios para concretização da saúde escolar no Brasil, tais como: o processo político institucional, o caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações desenvolvidas, a utilização de metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais, bem como as dificuldades que envolvem a articulação intersetorial, a participação da comunidade e da gestão do SUS (BRASIL, 2007a).

2.4 O MOVIMENTO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 25 anos, representa uma estratégia de saúde relevante para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. As definições modernas de promoção de saúde partem de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e condicionantes (BUSS, 2000). Estas foram resultado de diferentes momentos históricos e receberam contribuições teóricas desde as obras hipocráticas, passando por Virchow no século XIX, até a utilização desse termo por Sigerist em 1946, como uma das tarefas essenciais da medicina (BUSS, 2003).

Em 1965, Leavell e Clarck também utilizaram o termo promoção de saúde como parte do nível da prevenção primária no esquema da História Natural das Doenças, abordando a promoção de saúde como estratégia para aumentar a saúde e o bem-estar do indivíduo e das famílias (LEAVELL; CLARCK 1976; BUSS, 2003; BUSS, 2000). No entanto, o termo sugerido pelos autores era limitado à medicina e se mostrava inapropriado especialmente no que diz respeito a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BUSS, 2003; BUSS, 2000)

Nos últimos anos, a concepção moderna de promoção da saúde se aprimorou nos países em desenvolvimento, tendo início no Canadá e se disseminando pelos Estados Unidos

e países da Europa Ocidental. Nesse período, foram realizadas importantes Conferências Internacionais e regionais sobre Promoção da Saúde – em Ottawa (OPAS, 1986), Adelaide (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988), Sundsvall (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991), Jacarta (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997), México (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000), Bangkok (WHO, 2005) e Nairobi (WHO, 2009) –, que contribuíram para a elaboração do conceito moderno de promoção de saúde.

O moderno movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Informe Lalonde (LALONDE, 1974). Este foi o primeiro documento oficial a abordar a promoção da saúde. Lalonde, então ministro da Saúde do Canadá, diante do aumento das DCNT, dos excessivos gastos com assistência médica e com a manutenção do bem estar social divulgou o Informe Lalonde visando estimular interesses e discussões sobre o futuro dos programas de saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006; CARVALHO, 2004; WESTPHAL, 2006).

Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de campo da saúde, que reúne os chamados determinantes da saúde. Esse conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (BUSS, 2000; CARVALHO, 2004; WESTPHAL, 2006). Todavia, esse modelo foi criticado pelo possível viés de “culpabilização das vítimas” uma vez que o enfoque estava voltado para a mudança nos estilos de vida a partir de ações individuais, mantendo uma perspectiva preventivista (RADDATZ *et al.*, 2011).

Ainda assim, o Informe Lalonde influenciou positivamente a concepção de saúde estabelecendo um novo paradigma internacional de saúde formalizado na Conferência da Organização Mundial de Saúde em Alma Ata (OMS, 1978) com as propostas "Saúde para Todos no ano de 2000" e "Estratégia de Atenção Primária de Saúde", (OMS, 1978; RADDATZ *et al.*, 2011) que se consolidou na Carta de Ottawa, em 1986.

A Carta de Ottawa se caracterizou como um marco no qual a promoção de saúde passou a ser definida como: o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 9).

Esta enfatizou ainda que a Promoção de Saúde deve ser uma meta intersetorial, com a participação ativa da população. Além disso, estabeleceu a realização de políticas públicas saudáveis, o fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e

reorientação de serviços sanitários e sistemas de saúde (BUSS, 2003; SICOLI, 2003; HEIDMANN *et al.*, 2006; BUSS, 2000).

Dez anos mais tarde, ocorreu a Conferência de Adelaide (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988), realizada na Austrália em 1988, esta reafirmou as ações citadas na Carta de Ottawa e apontou propostas de atuação prioritárias como o apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, controle sobre o uso de tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis. Nessa concepção o discurso de promoção da saúde foi novamente marcado pela proposta de intersetorialidade e a responsabilização do setor público pelas políticas econômicas e de saúde, bem como seu impacto sobre o sistema e a situação de saúde (BUSS, 2000).

Outras conferências internacionais e regionais contribuíram para a expansão do debate e desenvolvimento da concepção de promoção de saúde ao longo dos anos. Tais como a Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde que aconteceu em 1991, na Suécia e tratou da interdependência e inseparabilidade entre ambientes e saúde, em todos os seus aspectos (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991). Anos depois aconteceria a primeira conferência de promoção de saúde sediada em um país em desenvolvimento. Esta abordou a promoção de saúde para o século XXI (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997), suscitando uma atualização da discussão sobre um dos campos de ação definidos em Ottawa: o reforço da ação comunitária. Ademais, foi a primeira a discutir a inclusão do setor privado no apoio à promoção da saúde (BUSS, 2000).

A Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorreu no México (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000) com o tema “Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade”. Nela, ficou clara a prioridade da inserção da promoção da saúde nas políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, reafirmou ainda a importância da intersetorialidade, proposta desde a carta de Ottawa.

Em 2005, a Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada na cidade de Bangkok, Tailândia, tendo como tema central as estratégias de promoção da saúde em um mundo globalizado (WHO, 2005), esta também reafirmou valores e estratégias da Carta de Ottawa. A última conferência realizada ocorreu em 2009, na África e foi sediada em Nairobi. A conferência em Nairobi destacou as ações de promoção de saúde e caminhos necessários para efetividade da implementação e desenvolvimento da promoção de saúde (WHO, 2009).

No Brasil, as concepções de promoção da saúde foram contemporâneas a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa e inseridas através da VIII

Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Constituição Cidadã, em 1988 (CARVALHO, 2008). Desde o seu marco legal aos dias atuais ocorreram avanços significativos no que concerne a promoção de saúde, tais como a implementação de iniciativas diversificadas no campo de ação do SUS e em outros espaços sociais. Todavia, ainda é marcante a ausência de intersetorialidade e a presença do modelo de saúde biomédico na execução das ações de saúde o que dificulta o desenvolvimento das ações de promoção de saúde em sua concepção moderna (BUSS; CARVALHO, 2009) e revela uma promoção de saúde isolada, incipiente e restrita a alguns espaços.

Mundialmente, a promoção de saúde está sendo construída e aceita por outras áreas do conhecimento, uma vez que o setor saúde sozinho não é capaz de responder por todos os problemas de saúde. Nesse sentido, destaca-se a importância da intersetorialidade, proposta desde a carta de Ottawa, e nela o papel da escola como aliada e *locus* estratégico para prática de promoção de saúde (OPAS, 1986).

2.4.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE

A efetivação da promoção da saúde demanda a articulação do conjunto das políticas públicas e dos diferentes setores da sociedade visando à melhoria da qualidade de vida (MALTA *et al.*, 2014). Neste sentido, apresenta claras evidências de que esta é diretamente dependente de uma série de necessidades e por isso requer uma ação intersetorial (SOUSA, 2014).

A intersetorialidade consiste no processo em que objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (OPAS, 1992 *apud* BUSS, 2000). Deste modo, procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas públicas. No setor saúde isso significa a adoção de uma análise global da questão saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura, o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política (BUSS, 2000).

Assim, a intersetorialidade pode representar um mecanismo de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população. Diante disso, estimular e valorizar a incorporação de práticas intersetoriais implica um

impacto significativo na priorização de ações que visam à consolidação da integralidade da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2004).

A articulação intersetorial, no âmbito da Promoção da Saúde, tem como objetivo promover a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidades (MALTA *et al.*, 2014). Contudo, é senso comum que a superação do modelo setorial para o intersetorial não é tarefa fácil, pois representa uma lógica de trabalho que necessita da aceitação das partes envolvidas, uma releitura da realidade e tempo para ser atingida (TUSSET, 2012). No campo da saúde e da educação, promover a articulação de diferentes setores e a interação e mobilização de distintos saberes, com vista a superar seus desafios e expandir suas fronteiras de ação, também se constitui um desafio (SOUSA, 2014).

Os entraves para a materialização da intersetorialidade vão desde os problemas estruturais até a qualificação do debate sobre a mesma, que ainda se mostra incipiente, carecendo de mais aprofundamento, embora a literatura tenha sido profícua nos últimos anos, sinalizando um aumento substancial sobre o tema. Quando nos reportamos particularmente às ações interssetoriais entre a saúde e a educação na perspectiva da promoção da saúde, observamos que a dificuldade que persiste no desenvolvimento de ações interssetoriais encontra-se em desenvolver ações que sejam convergentes com o conceito ampliado de saúde e conseqüentemente a persistência de práticas do modelo biomédico (CAVALCANTI, LUCENA, LUCENA 2015).

2.5 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Por serem baseadas na universalização de direitos, não é de hoje que se reconhecem, no campo das políticas públicas, os vínculos entre os setores saúde e educação. Vínculo que historicamente já foi unidade, em 1950, quando o então Ministério da Educação e Saúde se desdobrou em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura, cada um com autonomia para elaboração e implantação de políticas em sua área (BRASIL, 2009).

Em 2007, o momento político vivenciado no país e a preocupação com a saúde dos jovens acometidos pela desnutrição, geralmente em idade escolar, influenciaram no cenário das políticas públicas brasileiras as propostas de trabalho intersetorial entre saúde e educação (DIAS *et al.*, 2014).

Nesse cenário foi instituído o PSE por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. O PSE incorpora a deliberação de uma política intersetorial entre os

ministérios da saúde e educação na perspectiva de contribuir com a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica brasileira (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos) em parceria com a UBS e ESF (BRASIL, 2009; BRASIL, 2007; DIAS *et al.*, 2014).

O PSE consiste numa importante estratégia de articulação entre as equipes de saúde de atenção básica e os profissionais de educação no território da escola permitindo a sustentabilidade das ações, a partir da corresponsabilização sobre o território (BRASIL, 2011; MALTA *et al.*, 2014). Tal política tem como proposta a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio do envolvimento de profissionais, educandos e comunidade no planejamento e participação das ações, visando garantir a oportunidade dos educandos fazerem escolhas mais saudáveis e de serem protagonistas do processo de produção da própria saúde (MALTA *et al.*, 2014).

O PSE trata-se, portanto de uma nova concepção da política de saúde na escola, indo além dos modelos biomédicos e incorporando no seu contexto aspectos determinantes da qualidade de vida (GOMES, 2012). Isto posto, o programa é implementado com base em cinco componentes: avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens das escolas públicas; promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde; educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2011).

O paradigma de saúde vigente prevê que o PSE deve ser implementado em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e com a participação efetiva das ESF (FIGUEIREDO, MACHADO, ABREU, 2010) que deverão desenvolver as ações de saúde propostas pelo PSE nos territórios definidos segundo a área de abrangência das ESF, possibilitando a criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (MALTA *et al.*, 2014).

As ESF no contexto do PSE desempenham um papel ímpar, constituindo-se importantes agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar nos mais diferentes espaços. Desta forma atuam como corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida das populações onde estão inseridas. Nesse papel também cabe às equipes garantir e potencializar o acesso e a parceria das escolas com as UBS, facilitando ações contínuas e longitudinais, além de atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes. Essa parceria ainda pode ir além, no sentido de compartilhar com profissionais de saúde, através dos profissionais de educação,

ferramentas pedagógicas e educacionais que podem ser incorporadas à sua abordagem de educação e comunicação em saúde (BRASIL, 2009).

A articulação dos setores saúde e educação, proposta pelo PSE, visa o alcance dos seguintes objetivos: promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação, articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis, contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos, contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos, fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007).

Para o alcance desses objetivos, o PSE propõe uma atuação que rompe com o caráter puramente assistencialista das ações, através de propostas com trabalho direcionado à promoção da saúde, e a intersetorialidade como mecanismo central dessas ações. No entanto algumas fragilidades são apontadas para a consolidação do programa, entre elas a incompreensão da concepção de promoção à saúde adotada na construção do PSE e por parte dos profissionais envolvidos no programa (COUTO *et al.*, 2016).

Os documentos que sustentam a teoria do PSE quando se reportam à Promoção da Saúde apresentam interpretações reducionistas da abordagem assumida na Carta de Ottawa, em 1986, pela OMS, em que a promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. Na maioria dos documentos que normatizam o PSE, as ações a serem desenvolvidas são mencionadas separadas do contexto estrutural e estritamente profissionais. São ações planejadas através de campanhas sazonais, a exemplo de: palestras educativas e oficinas com adolescentes; caminhada e exercícios de alongamento; grupo de ajuda mútua; escovação supervisionada com aplicação tópica de flúor e triagem de risco; monitoramento e palestras educativas para hipertensos e diabéticos; palestras educativas; trocas de receitas e encaminhamentos; busca ativa de hipertensos; atividades esportivas; e aferição de peso e altura. Na concepção de promoção da saúde da OMS (construída e reconstruída desde 1986 em Ottawa), estão ratificados aspectos como

participação popular, responsabilização do setor público, redução das iniquidades, sem os quais se torna inexecutável promover saúde (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015).

Para aderir ao programa, o município interessado deve organizar um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), que será responsável pela gestão, e elaborar um projeto que contenha o diagnóstico situacional das escolas locais, o mapeamento do território e as atribuições das equipes de saúde e dos profissionais das escolas acerca das atividades imputadas ao PSE (BRASIL, 2007).

O GTI constitui-se obrigatoriamente por representantes das Secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros), em todos os níveis federados. A proposta de gestão do PSE por meio dos GTI é baseada numa gestão compartilhada, que pressupõe a realização coletiva do planejamento e execução das ações, de forma a atender às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2011). A implantação, por sua vez, ocorre condicionada à adesão realizada mediante a assinatura do termo de compromisso pelos estados, Distrito Federal e municípios os quais devem se responsabilizar pelo cumprimento dos objetivos e diretrizes do programa (BRASIL, 2007).

Na implementação do PSE, estão envolvidos profissionais de saúde, normalmente os integrantes da ESF (BRASIL, 2009), o corpo docente e diretores das escolas (BRASIL, 2011). Todavia, demais membros da comunidade escolar, pessoas da comunidade, familiares dos educandos e outros profissionais que venham a integrar a equipe de saúde, conforme as necessidades locais, também podem estar envolvidas (BRASIL, 2011; FONTINELE JUNIOR, 2003).

A expansão do Programa foi uma das metas do Plano Nacional de Saúde para os anos 2012 a 2015, que teve como objetivo a universalização do programa com a adesão de todos os municípios (5.565 mil) e cobertura de todas as escolas, visando garantir e qualificar o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012a; IBGE, 2010).

Tratando de financiamento, os recursos financeiros do PSE são repassados pelo Ministério da Saúde para as Secretarias Municipais de Saúde fundo a fundo na modalidade Piso da Atenção Básica Variável da Estratégia Saúde da Família. Esse repasse ocorre condicionado à assinatura do Termo de Compromisso, pelos secretários municipais de Saúde e Educação, sob responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) (BRASIL, 2011).

Para sua operacionalização efetiva, cumprimento de metas e alcance dos objetivos, o PSE se fundamenta em documentos oficiais que orientam, normatizam e capacitam os atores envolvidos no programa (DIAS *et al.*, 2014). Destaca-se que é preconizada pelo programa a inserção das ações do PSE no Projeto Político Pedagógico da escola, o reconhecimento e acolhimento das ações de integração entre saúde e educação já existentes na escola e a importância do apoio dos gestores de todos os níveis e de ambos os setores (BRASIL, 2011).

De uma forma geral, os documentos descrevem o PSE como uma estratégia de formação integral dos estudantes da educação básica, atuando com base na integração e articulação intersetorial. Contudo, atualmente a proposta de trabalho intersetorial é o principal desafio do programa que visa reconstruir e solidificar a relação entre a saúde e a educação (DIAS *et al.*, 2014).

3 METODOLOGIA

Esta dissertação foi desenvolvida no formato de artigo e neles estão descritos a metodologia, os resultados e a discussão desta pesquisa.

Título do artigo: Análise das ações de saúde do Programa Saúde na Escola: o olhar do setor saúde

Nome do periódico: Revista Ciência e Saúde Coletiva

Área de avaliação: Saúde Coletiva

Qualis do periódico: B1

Título do artigo: Análise das ações de saúde do Programa Saúde na Escola: perspectivas do setor educação

Nome do periódico: Revista Cadernos Saúde Pública

Área de avaliação: Saúde Pública

Qualis do periódico: A2

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. A. M. Políticas públicas em Educação e saúde. Das praticas higienistas à saúde escolar como pratica social inclusiva. In: LIMA, E. M. M. *et al.* **Políticas públicas de educação- saúde: reflexões, diálogos e práticas.** Campinas: Alínea, 2009. P. 29-47.

BÓGUS, C. M. A Promoção da Saúde e a Pesquisa Avaliativa. In: VILLELA, W; KALCKMANN, S; PESSOTO, U. C. **Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2002.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Lei nº 9394/96, 20/12/1996. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>> Acesso em 28 set. 2015.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).** Brasília, 1997. Disponível em:< <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf> >Acesso em 25 nov. 2015.

_____. Decreto nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.** Brasília, 2007. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. > Acesso em 03 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde & OPAS. **Escolas Promotoras de Saúde: Experiências no Brasil.** Brasília: MS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Brasília: MS; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

_____. Resolução nº 4, de 13 de Julho de 2010. **Define Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica.** Brasília, 13 de Julho de 2010. Disponível em:< http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_10.pdf > Acesso em 25 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo PSE.** Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: MS; 2011. Disponível em: <http://189.28128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf. >Acesso em 03 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Plano Nacional da Educação – PNE 2011-2020** (Projeto de Lei), Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16478&Itemid=1107>. Acesso em 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília, DF: MS; 2012a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 06 jan. 2017.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177. 2000.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305- 2316, 2009.

CAMARA, J. T. **A Expansão da Estratégia da Saúde da Família em Caxias- MA na Percepção da Equipe de Saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p.669-78, 2004.

CARVALHO, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008.

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p.1207-1227, 2015.

CARTA DE OTTAWA. 1986. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.9.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014.

CASTRO, M. L. S. C. A educação na América Latina: Antigos dilemas em novo contexto. **Educação**, v. 31, n. 2, 2008.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, v.14, n.2, p.387-402, 2015.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. 1988. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.35-40.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. 1991. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.41-44.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. 1997. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.49-51.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. 2000. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.29-32.

DIAS, M. S. A; GOMES, D. F.; SANTOS, R. B.; BRITO, M. C. C.; SILVA, L. C. C.; SILVA, A. V. Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. **Revista S A N A R É**, v.13, n.1, p. 29-34, 2014.

FERRIANE, M. G. C. **A inserção do enfermeiro na saúde escolar**: análise crítica de uma experiência. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB Editora, 2003. 214 p.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS). **Unidades Básicas de Saúde**. Teresina, 2015. Disponível em: < <http://fms.teresina.pi.gov.br/unidades-basicas-de-saude>> Acesso em 25 nov. 2015.

GODOI, S. C.; POL, P.; MATIA, G. A inserção da equipe de saúde da família no ambiente escolar público: perspectiva do professor. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.2, p.232-8, 2012.

GOMES, L. C. **O desafio da intersetorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GONÇALVES, F. D.; CATRIB, A. M. F.; VIEIRA, N. F.C.; VIEIRA, L. J. E. S. Health promotion in primary school. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p.181-192, 2008.

HARADA, J.; MATTOS, P. C. A.; PEDROSO, G. C.; MOREIRA, A. M. M.; GUERRA, A. B.; SILVA, C. S.; NEVES, M. B. P.; SANTOS, M. L. M. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**, Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar, v.1, 2003. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>> Acesso em 28 set. 2015.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em 06 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The bangkok charter for health promotion in a globalized world**. 2005. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/>. Acesso em 07 jun. 2016.

LALONDE, M. **A New Perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Health and Welfare, 1974.

LAROCCA, L.M.; MARQUES, V.R.B. Sanitizing, caring and civilizing: the medical discourse for schools in the State of Paraná (1920-1937). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.647-60, 2010.

LEAVELL, H.R.; CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 1976. 744 p.

LEVORLINO, S. A. **Escola Promotora da Saúde - Um projeto de qualidade de vida**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LIMA, G.Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; ALBUQUERQUE, G. M.; LIMA, C. M.; CAVALCANTE, T.; JAIME, P. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, 2014.

MOHR, A; SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cadernos de Saúde Pública**, v.8, n.2, p.199-203. 1992.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

MIRANDA, M.I.F.; IOSSI, M.A.; FERRIANI, M. G.C.; CANO, M.A.T. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 83-90, 2000.

MONCORVO FILHO, C.A.A. Higiene escolar: seu histórico no Brasil. In: Anais do Primeiro Congresso Médico Paulista. v. 3, São Paulo: Seção de Obras d'O Estado de São Paulo. 1917. p. 141-153 *apud* LIMA, G.Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

OPAS 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá, pp. 41-47. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1996. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília *apud* BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde**. Washington: 1954.

_____. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em 30 jan. 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Escuelas promotoras de la salud:** fortalecimiento de la iniciativa regional: estrategias y líneas de acción 2003-2012. Washington, D.C.: OPS, 2003. (Serie de Promoción de la Salud, nº 4).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em 30 jan. 2016.

RADDATZ, A.; SCHOLZE, A. S.; DUARTE JÚNIOR, C. F.; SILVEIRA, P. F. A. Análise do discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde.** v. 23, n. 3, p. 191-8, 2011.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social:** ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SICOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface,** v. 7, n.12, p.91-112, 2003.

SUTHERLAND, R.W.; FULTON, M.J. Health promotion. In: SUTHERLAND, R. W; FULTON, M. J. **Health Care in Canada.** Ottawa: CPHA, 1992. 161- 181p.

SILVEIRA, G. T.; PEREIRA, I. M. T. B. Escolas Promotoras de Saúde ou Escolas Promotoras de Aprendizagem/Educação? In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde ou a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p. 119-33.

SILVA, C. S. **Promoção da saúde na escola:** modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SOUSA, M. C. **Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersectorialidade.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

TEIVE, G. M. G.; ABUD, C. C. R. Biopolítica e biossociabilidade na escola: o programa Saúde Escolar. **Debates em educação,** v. 6, n. 12, 2014.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2004.

TERESINA. **Prefeitura de Teresina**. Disponível em: <http://www.teresina.pi.gov.br/> Acesso em 25 nov. 2015.

TUSSET, D. **Competências em promoção da saúde no programa saúde na escola no Distrito Federal**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2012.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1561-1569, 2002.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VIEIRA, M. E. M. **Programa Saúde na Escola: a intersetorialidade em movimento**. 2013. xiv. 94 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The bangkok charter for health promotion in a globalized world**. 2005. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/>. Acesso em 07 jun. 2016.

_____. **Nairobi call to action. 2009**. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index.html>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

WESTPHAL, M.F. Promoção de saúde e prevenção de doenças. CAMPOS. G.; MINAYO, M.; AKERMAN, M. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/São Paulo: Hucitec, 2006. p. 634 – 68.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa intitulada “A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SEGUNDO OS GESTORES DAS ESCOLAS E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Este estudo está sendo conduzido por Lúcia de Fátima da Silva Santos, orientada pelo professor Dr. Osmar de Oliveira Cardoso. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte aos responsáveis pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Este documento possui três páginas e está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado pelo pesquisador e/ou profissionais das instituições envolvidas na pesquisa. Em caso de dúvida você poderá procurar os pesquisadores, a qualquer momento, nos contatos abaixo:

- Osmar de Oliveira Cardoso: osmar.cardoso@gmail.com
- Lúcia de Fátima da Silva Santos (Inclusive ligações a cobrar): 86 99818 1432/
lucia3584@hotmail.com

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de implementação das ações em saúde previstas no Programa Saúde na Escola (PSE).
- Você será entrevistado, uma única vez, sobre as ações em saúde do Programa Saúde na Escola, a articulação entre a equipe de saúde da família e a escola e aspectos facilitadores e dificultadores para realização dessas ações.
- A entrevista será gravada com um gravador de voz digital *Powerpack® Dvr-1040* e posteriormente transcritas pela pesquisadora no editor de texto *Microsoft® Office Word* (versão 2007) para análise.

- O estudo possui o risco de constrangimento do entrevistado frente ao desconhecimento da temática a ser abordada na entrevista. Nessas situações, garantimos que a entrevista será encerrada imediatamente e dedicaremos atenção integral ao participante.
- Os pesquisadores garantem a responsabilidade de dar assistência integral e o direito à indenização ao participante da pesquisa se este sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa.
- Este estudo terá como benefício a utilização dos resultados pelos profissionais de saúde, educação, parceiros intersetoriais e organismos governamentais para a definição da qualidade e a relevância de determinados critérios ou componentes do Programa Saúde na Escola.
- Fica garantido o sigilo do participante e das informações por ele prestadas, bem como o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer ônus para os pesquisadores e o participante.

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SEGUNDO OS GESTORES DAS ESCOLAS E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido neste Serviço.

Teresina, _____, de _____ de 201_.

Assinatura do sujeito ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, _____, de _____ de 201_.

Assinatura do pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Reis Velloso - Av. São Sebastião, 2819 - Bloco 16 - Sala 05 - Bairro Reis Velloso. CEP 64202-020 - Parnaíba/PI.
Fone: (86) 3323-5251 - email: cep.ufpi.cmrj@gmail.com

APÊNDICE B

FICHA Nº _____
 UBS: _____
 ESCOLA: _____

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS (PROFISSIONAIS)

“A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SEGUNDO OS GESTORES DAS ESCOLAS E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Idade: _____ Sexo: _____
 Formação: _____ Titulação: _____ Ano de formação: _____
 Tempo de trabalho na ESF: _____ Tempo de atuação no PSE: _____

QUESTÕES DE PESQUISA

1. Quais as ações em saúde desenvolvidas na escola?
2. Como são realizadas essas ações dentro da escola?
3. Levando em consideração a forma como estão sendo realizadas as ações em saúde, como essas ações cumprem o papel de promoção, prevenção e assistência à saúde?
4. Como essas ações são planejadas entre a escola e a equipe de saúde da família?
5. Quais aspectos facilitadores e dificultadores para realização dessas ações?
6. Como você avalia as ações em saúde desenvolvidas quanto ao alcance dos objetivos do PSE?

PESQUISADOR: _____

DATA: _____

APÊNDICE CFICHA Nº _____
UBS/ ESCOLA: _____

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS (PESQUISADOR)

“A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SEGUNDO OS GESTORES DAS ESCOLAS E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**1. IDENTIFICAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO**

Escola: _____

Bairro: _____

Região da cidade: _____

Escolas atendidas pela UBS: _____

UBS que atende a escola: _____

Profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família no território:

PESQUISADOR:

DATA:

ARTIGOS

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar as ações de saúde propostas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), baseada na perspectiva dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família (ESF) da cidade de Teresina, Piauí, Brasil. **Método:** Realizamos um estudo de análise de implementação, com abordagem qualitativa, conduzida por entrevistas semiestruturadas submetidas à análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os dados evidenciaram que as ações de saúde desenvolvidas no PSE têm ocorrido de forma setorial, desarticulada e protagonizada pelo setor saúde, limitando a evolução da atenção integral à saúde do escolar e o alcance de objetivos vislumbrados pelo PSE. **Conclusão:** O presente estudo revelou alguns desafios a serem enfrentados na implementação do PSE, tais como a superação do modelo biomédico e da setorialidade. Acreditamos que novos estudos, indo além das ações de saúde e inserindo novos atores e abordagens podem favorecer a elaboração de diretrizes para contribuir na consolidação da saúde integral no ambiente escolar.

Palavras-chave: Saúde Escolar. Atenção Básica à Saúde. Promoção da Saúde

Objective: The aim of this study was to analyze the health actions proposed by the Health in School Program (HSP), based on the perspective of nurses from the Family Health teams (FHT) in the city of Teresina, Piauí, Brazil. **Method:** We carried out a study of implementation analysis, with a qualitative approach, conducted by semi-structured interviews submitted to thematic content analysis. **Results:** The data showed that the health actions developed in the HSP have occurred in a sectoral way, disarticulated and carried out by the health sector, limiting the evolution of integral health care to the school and the achievement of goals envisaged by the HSP. **Conclusion:** The present study revealed some challenges to be faced in the implementation of the HSP, such as the overcoming of the biomedical and sectoral model. We believe that new studies, going beyond health actions and inserting new actors and approaches may favor the elaboration of guidelines to contribute to the consolidation of integral health in the school environment.

Key words: School Health. Basic Health Care. Health promotion

Análise das ações do Programa Saúde na Escola: o olhar do setor saúde
Título resumido: Programa Saúde na Escola segundo o setor saúde

INTRODUÇÃO

O vínculo entre saúde e educação é reconhecido desde a antiguidade grega e manifestou-se ao longo da história, não sendo um evento da contemporaneidade¹. Atualmente, a saúde na escola tem sido alvo de significativa atenção de órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), ratificando sua relevância mundialmente².

No Brasil, o Decreto nº 6.286 de 5 de Dezembro de 2007 instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) e deu concretude a uma política de governo intersetorial fundamentada na formação ampla para a cidadania, promoção da articulação de saberes e a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral, ao tratar a saúde e educação de forma integral²⁻⁵.

Partindo desses pressupostos, o propósito do PSE é fazer com que o trabalho conjunto dos setores saúde e educação possam ampliar os sentidos para a promoção da saúde⁶. Para isso propõe ações de saúde que devem ser articuladas entre os dois setores e produzidas nos territórios de abrangência das equipes de Saúde da Família (ESF) em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)^{6,7}.

O presente estudo representa uma contribuição acerca do alcance dos objetivos do PSE. Além disso, expõe informações consistentes e úteis, relevantes no cenário científico nacional e internacional, que podem auxiliar nos processos de decisórios de políticas de saúde na escola.

Ante o exposto, esta pesquisa teve como objetivo analisar as ações de saúde propostas pelo PSE, valendo-se da perspectiva dos enfermeiros das ESF do município de Teresina, Piauí, Brasil.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo consiste em uma análise de implementação⁸, a partir de uma abordagem qualitativa⁹. A seleção dos participantes deste estudo foi intencional. Deste modo, os participantes selecionados para este estudos foram aqueles atuantes nos territórios com as maiores comunidades escolares municipais, pois entendemos que as ações desenvolvidas por

esses atores, nesses territórios, pressupõem um impacto maior, uma vez que devem alcançar um número maior de indivíduos. Destacamos que a rede municipal de ensino de Teresina responde pela educação básica incluindo as modalidades: educação infantil, ensino fundamental, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e atendimento da educação especial¹⁰. O fechamento amostral deste estudo foi determinado pela saturação dos dados, ou seja, quando os conteúdos das entrevistas se tornaram repetitivos ou redundantes não foram entrevistados novos depoentes¹¹.

Foram critérios de inclusão para os enfermeiros das ESF: pertencer ao quadro efetivo de funcionários da unidade básica de saúde (UBS); atuar no território de abrangência de uma escola municipal; exercer suas atividades em apenas uma UBS; e estar em atividade no período da coleta de dados.

Para a coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada, realizada por uma única pesquisadora. O roteiro utilizado nas entrevistas foi previamente testado com quatro profissionais envolvidos no PSE em Teresina e que não foram incluídos no estudo.

A coleta dos dados ocorreu no período entre junho e outubro de 2016, no local de trabalho dos profissionais, de acordo com datas e horários previamente acordados. Todas as entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador digital e tiveram duração média de 20 minutos. Os resultados dessa pesquisa foram complementados com registros feitos em um diário de campo nos períodos anterior e posterior às entrevistas e observações.

O tratamento dos dados baseou-se na análise de conteúdo temática proposta por Bardin¹². Foram seguidas as etapas: pré-análise, exploração dos dados, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra e exploradas por meio de sucessivas leituras com a finalidade de exaustão dos dados. Em seguida, realizou-se o mapeamento das falas, assinalando os principais pontos para facilitar a visualização do material como um todo. Na etapa posterior, foram identificadas as unidades de registro e realizados os recortes necessários. Por fim, buscou-se apreender as informações contidas nos relatos para estabelecer as categorias temáticas do estudo¹².

De modo a alcançar uma postura crítica frente ao conteúdo das falas dos sujeitos entrevistados, o referencial teórico utilizado na discussão dos dados foram as práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos constantes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹³ e obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, Parecer nº 1.543.214/2016. Para garantir o anonimato os entrevistados foram identificados pela letra E, seguida de nomes de capitais de países.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise das entrevistas possibilitou a construção de sete categorias temáticas, como podemos visualizar no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorias temáticas e respectivas unidades temáticas encontradas na análise dos dados.

Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram deste estudo nove enfermeiros, sendo seis mulheres e três homens, com idades entre 27 e 50 anos e atuação de 1 a 18 anos na atenção básica à saúde. Quanto à titulação, sete são especialistas, um mestre e um doutor. Os enfermeiros entrevistados compõem equipes de saúde que atendem de uma a seis escolas pertencentes ao território de abrangência da respectiva ESF; seis destes profissionais estão inseridos em ESF ampliada; um profissional compõe uma equipe juntamente com os agentes comunitários de saúde. Outros quatro enfermeiros foram convidados a participar do estudo, no entanto se recusaram; um deles por não estar executando as ações do PSE. Em uma UBS, localizada no território de uma grande comunidade escolar, não encontramos profissionais de enfermagem.

Ações de saúde

O primeiro aspecto abordado com os profissionais entrevistados referiu-se às ações de saúde desenvolvidas pelo PSE nas escolas municipais do território de abrangência da respectiva ESF. Segundo os profissionais as práticas de saúde realizadas pelas ESF nas escolas são pontuais e fragmentadas, não havendo ações permanentes, planejadas e realizadas pelos dois setores. O discurso a seguir revela que as questões médicas e de saúde bucal são priorizadas, em detrimento de ações coletivas e de promoção de saúde:

“A principal ação que a gente tá desenvolvendo são as campanhas de vacina, quando tem vacina do HPV. Da parte da dentista, ela faz muita escovação e aplicação de flúor. Quando tem a campanha do albendazol e da geo-helmintíase, a gente faz. Basicamente realizamos campanha da geo- helmintíase, da hanseníase e a escovação pela dentista.”(E-Lima)

Na maioria dos relatos, foram citadas atividades com ênfase na prevenção de doenças, ações com foco biológico, triagens e pontualmente foram citadas as ações promoção de saúde. Segundo Casemiro, Fonseca e Secco¹⁴ o processo de implementação das escolas promotoras de saúde não está ocorrendo com a eliminação completa dos modelos de saúde na escola anteriormente vigentes, ou seja, a construção de estratégias de promoção da saúde na escola coexiste com ações construídas a partir dos ideais da higiene escolar, uma vez que as doenças e a prevenção destas continuam sendo objeto das intervenções. É o que se verifica na individualização dos condicionantes dos processos de saúde/doença¹⁵ e ao tentar focalizar e tratar alguns problemas de saúde através de planos de combate sob forma de campanhas¹⁶. Ainda assim, os profissionais entrevistados foram unânimes quanto à importância das ações de promoção de saúde, indicando uma oportunidade de implementar estratégias que possam potencializar o fortalecimento dessas ações. Deste modo, a inserção de uma agenda de planejamento conjunta entre profissionais de saúde e educação, o empoderamento dos profissionais e a priorização das ações de promoção da saúde escolar merecem ser incentivadas e incorporadas no cotidiano de trabalho dos profissionais de ambos os setores, saúde e educação.

Nos discursos analisados, constatamos ainda, a ausência de relatos de ações de saúde que envolva a família dos escolares, a comunidade e outros atores. Esse achado se opõe a proposta de promoção da saúde na escola, que recomenda uma abordagem integral e multidisciplinar do ser humano, indo além da delimitação física da escola e considerando as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental^{17,18}. Nesse sentido, é evidente o papel de destaque que a escola desempenha na comunidade e a importante relação desta com a família dos alunos. Por isso, ela pode representar uma referência e ter influência nas práticas políticas, atitudes de estudantes, professores, outros profissionais de educação e de saúde e seus familiares¹⁷. Diante disso, em um processo educativo integral, utilizado como uma ferramenta fundamental de promoção da saúde, a comunidade, a família e a escola não devem estar dissociadas¹⁹.

Planejamento das ações de saúde

O PSE é concebido como uma política pública saudável uma vez que se propõe a realizar ações de promoção da saúde e tem a intersetorialidade como principal diretriz de implantação e implementação^{3,6,20,21}. Na análise do planejamento das ações de saúde verificamos que geralmente as ações são planejadas predominantemente pela equipe de saúde

e na maioria das vezes a escola é apenas informada sobre as ações previstas, a necessidade de documentos, de materiais e consultadas acerca do melhor dia e horário para realização das ações, de modo a não interferir nas atividades do calendário escolar. Achado semelhante também foi encontrado por Teixeira et al²². A escola apenas recebe e prepara o aluno para receber a ação. A ESF não se utiliza do conhecimento epidemiológico para planejar ações de saúde e identificar riscos e vulnerabilidades no território de abrangência, deste modo realiza as ações sem considerar o contexto escolar e a realidade local na priorização de demandas a serem respondidas pelo PSE. Acerca disso, o PSE destaca que cada população possui características e culturas distintas, por isso as práticas de saúde na escola devem considerar diferentes contextos, respeitando o saber popular e o formal na construção de propostas que façam sentido para a comunidade escolar e para os profissionais de saúde²³.

Sobre o planejamento das ações de saúde, um dos profissionais relatou a realização de uma reunião entre a ESF e a escola. Entretanto, destaca-se no discurso do profissional a participação da escola somente quanto à seleção de turmas que serão beneficiadas pelas ações e as datas para realização destas.

“A equipe se dirige a escola, é feita uma reunião entre a equipe técnica do PSF e a direção da escola, e eles elegem as turmas que vão ser trabalhadas e o período durante o semestre, para que não choque com o período de provas.”(E-Jacarta)

Outro relato nos leva a observar que não há articulação entre os profissionais da educação e da saúde no que se refere ao planejamento das ações.

“Primeiro tenho uma reunião com minha equipe. Aí uma das minhas agentes, que é da área da escola, ela vai na escola, avisa a diretora e pede pra diretora solicitar os cartões do SUS. Depois a gente vai na escola e faz o atendimento normal.”(E-Paris)

Dos discursos apreendemos que o principal contato da equipe de saúde é com atores da gestão escolar (diretor, vice-diretor e coordenador pedagógico), na maioria das vezes mediadas pelo agente comunitário de saúde. Verificamos que o envolvimento de profissionais da saúde ainda é predominante na realização de ações de saúde que buscam atender integralmente o estudante da educação básica, corroborando com o resultado do estudo de Faria et al²³. Por conseguinte, é notório que os profissionais da educação, sejam atores da gestão escolar ou professores, representaram pouca ou nenhuma participação na condução do PSE, não havendo evidências de atuações no planejamento ou execução das ações de saúde, afastando-se da sua corresponsabilização com o programa.

Na intersetorialidade, a articulação entre setores e saberes requer a responsabilização mútua, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas. Desse modo, remete a um processo de planejamento conjunto com vistas a um objetivo comum, superando uma visão fragmentada na formulação e implementação de políticas de saúde^{20,24}. No contexto de programas e políticas públicas de promoção de saúde, a Organização Mundial de Saúde²⁵ afirma o planejamento é um procedimento imprescindível, pois auxilia na definição de decisões a serem tomadas, alocação de recursos e na avaliação de estratégias para a ação. Na ausência de planejamento e de discussões mais amplas o que se observa é a fragilização da articulação das ações de saúde^{24,26}.

Desenvolvimento das ações de saúde

Quanto à forma como são desenvolvidas as ações de saúde na escola, foi predominante o relato da palestra como estratégia didática. Ademais, foi citada a realização de exames e encaminhamentos.

“No dia que a gente vai, faz pesagem das crianças, calcula IMC, quando tem criança obesa a gente encaminha para a nutricionista ou endocrinologista e passa alguns exames de rotina. Quais são esses exames? De sangue, fezes e urina. Então, uma vez no ano a gente faz isso. Se tem alguma campanha, por exemplo a que teve agora, da dengue, da zika e da chikungunya, eu fui lá fiz uma palestra, escolhi cinco turmas, né? A gente fez uma palestra, fiz demonstração..aí é desse jeito que a gente faz.”(E-Paris)

Observamos que as questões de saúde ainda são vistas como um campo exclusivo dos profissionais de saúde. Embora documentos oficiais preconizem a abordagem da saúde na escola de forma transversal, o setor saúde ainda detém os saberes que são transmitidos aos escolares, bem como a estratégia metodológica para repassar esse conhecimento. A consequência disso, segundo Barros¹⁵ e Carvalho², são ações de saúde reduzidas a intervenções pontuais, sobre conteúdos afeitos a questões nosológicas do momento e atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo.

Nesse contexto, Barros¹⁵ cita que é perceptível que práticas e concepções disciplinarizantes e de regulação biopolítica continuam tendo lugar, sendo, inclusive, a premissa das discussões sobre saúde em muitas escolas. É previsível que, ao tomar a doença como objeto diminui-se a potência de uma ação de promoção de saúde e conseqüentemente a

atuação interssetorial²⁴, distanciando-se cada vez mais de uma proposta de atenção integral à saúde.

Integralidade das ações de saúde

Os profissionais entrevistados divergiram quando questionados sobre o cumprimento do papel de promoção, prevenção e assistência à saúde que devem ser contemplados pelas ações de saúde na escola, conforme preconiza o decreto que institui o PSE³. Nesse aspecto, observamos a incompreensão do conceito de promoção de saúde pelos profissionais, pois foi possível notar a persistência do entendimento de promoção de saúde como ausência de doença, ou mesmo o desconhecimento da proposta de promoção de saúde, que às vezes chega a ser confundida com prevenção.

“No caso da promoção de saúde na escola... eu acho assim, que essa política é muito interessante por que ela promove mesmo. As palestras, as oficinas, os trabalhos que são feitos com relação à promoção eles surtem um efeito interessante. Com relação à assistência, eu acho que os dois tópicos anteriores eles englobam de uma certa forma, que faz com que essa assistência seja colocada minimamente, mas é colocada.”(E-Jacarta)

“A parte que a gente tá fazendo, a gente tá promovendo saúde e prevenindo doença. A partir do momento que a gente tá fazendo campanha de vacina, da geo- helmintíase e da hanseníase .”(E-Lima)

Constatamos que a escola continua sendo um lugar de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças, frequentemente vista pelo setor saúde como uma instituição passiva para realização de ações de saúde. Somado a isso, a incompreensão dos conceitos de prevenção e promoção da saúde pelos profissionais de saúde, dificulta a elaboração de estratégias para efetivação e alcance da prática de promoção de saúde.

Embora a integralidade das ações de saúde seja considerada importante pelos profissionais, ainda é algo distante e em construção. Evidenciamos o relato de práticas desintegradas e focadas na doença, revelando que o princípio da integralidade presente no SUS e no PSE não é contemplado. Alguns profissionais consideraram que as ações cumprem de forma parcial os papéis a elas atribuídos, e algumas vezes apontaram como justificativa as ações episódicas e conseqüentemente a falta de continuidade das ações. Nesse sentido, o

decreto nº 6.286, que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE)³, é enfático na visão processual e não estimula ações esporádicas e descontextualizadas.

“Elas cumprem, mas é o mínimo possível, por que a ação é irrisória, durante uma vez no ano. Teria que ter o acompanhamento pelo menos trimestral daquelas crianças.” (E-Pequim)

“Tem lacunas, né? Pode tá tendo falhas, mas de certa forma eu acredito que sim” (E-Santiago).

Os resultados desse estudo revelaram ações unidirecionais e não compartilhadas, constituindo um obstáculo para a implementação de ações de saúde integrais. Historicamente, políticas de educação e saúde se estruturaram para que o seu funcionamento ocorresse de forma fragmentada e setorial⁵. A persistência desse modelo de política até os dias atuais contradiz a construção do paradigma de promoção da saúde na escola, haja vista que além de apoio institucional e político, é necessária uma articulação fortalecida entre os serviços de saúde, escola e redes sociais de modo a efetivar a intersetorialidade e alcançar os objetivos propostos pelo modelo vigente^{27,28}.

Aspectos Facilitadores

Quanto aos aspectos facilitadores para implementação das ações de saúde do PSE, os profissionais relataram a colaboração da escola e da ESF no desenvolvimento das ações de saúde do programa e citaram ainda a proximidade entre a escola e a UBS.

“O que facilita atualmente é a boa vontade dos professores e dos diretores. Sempre eles acolhem bem a gente e eu acho que também a boa vontade que os agentes de saúde têm de desenvolver isso e a participação do médico da equipe.” (E-Cabul)

“O que facilita é a escola tá dentro da nossa comunidade, então é bem acessível, é bem próxima ao posto de saúde. Eu vejo isso como uma das facilidades.” (E-Lima)

A presença de escolas ao lado das unidades de saúde é referida como um fator que facilita o diálogo e a realização de ações entre os dois setores, uma vez que dispensa a necessidade de meios de transporte. Sousa²⁴ ainda destaca que essa proximidade entre as duas instituições também favorece a criação de vínculos, que podem ser fortalecidos pelo desenvolvimento de ações do PSE.

A parceria dos setores educação e saúde são destacadas como uma estratégia promissora no desenvolvimento do educando, colocando em evidência a importância da construção coletiva desses dois setores e da articulação de ações conjuntas em suas agendas. Além disso, o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde permite que os trabalhadores da saúde e da educação amplifiquem o seu potencial de atuação e reflexão, extrapolando as ações em qualidade e magnitude sem perder a sua especificidade²⁹.

Assim sendo, ratificamos que as ações desses setores têm repercussões recíprocas e demandam, como condição imprescindível, a construção de ações integradas para atualizar e renovar, permanentemente, os sentidos da educação e da saúde, tendo em vista a integralidade. Baseados nesses argumentos, a intersetorialidade entre a escola e a unidade de saúde constitui um recurso significativo para a adoção de um novo modelo de atenção à saúde⁴.

Silva e Bodstein³⁰ ressalta ainda, que parcerias e ações intersetoriais são mais efetivas quando reúnem e dialogam com a pluralidade de atores institucionais e não institucionais envolvidos e interessados. Isso pode ser traduzido no incentivo ao maior envolvimento dos professores, pais e demais funcionários da escola de modo mais participativo no planejamento e realização das ações de saúde contribuindo para a valorização e colaboração desses sujeitos no processo de produção da saúde na escola.

Aspectos Dificultadores

Os depoimentos apontaram, entre os aspectos dificultadores para a implementação das ações de saúde do PSE, a falta de colaboração da escola e da família. De acordo com os profissionais entrevistados, a parceria da escola e da família são indispensáveis para a concretização das ações de saúde. No entanto, os profissionais assinalam que escola não se sente responsável pelo PSE e a família, na maioria das vezes, não atende às necessidades para a execução das ações.

“A dificuldade é essa do relacionamento. Tem uma escola que a única colaboração que nós temos é do agente de portaria que abre o portão pra nós. O entendimento delas (direção) é que nós estávamos ali ganhando extra, no entanto é dentro do nosso próprio horário de trabalho, tá incluída nas nossas ações e não ganhamos extra por essas ações.”(E-Pequim)

“A escola, ela não acha que é um compromisso dela. Quando nós chegamos à escola é como se a gente estivesse se metendo em um assunto que não seja nosso. Nós não temos uma boa receptividade da escola, às vezes. Por exemplo, na campanha da geo- helmintíase e na busca da mancha suspeita, a gente dá os instrumentos pede para que os pais sejam avisados, quando a gente chega lá a escola não avisou para os pais das crianças que eles iam ser examinados, que eles iam tomar medicação pra verminose. Então acho que falta mais um pouco de compromisso da escola.”(E-Santiago)

“O que é dificultador, na maioria das vezes, é a adesão da família, por que a gente em algumas atividades precisa de um termo de consentimento das crianças e, às vezes, os pais não fazem essa autorização, às vezes esquecem, não mandam de volta e a gente tem que ficar repetindo esse processo pra ver se atinge o maior número de crianças.” (E-Jacarta)

A dificuldade apontada em relação à colaboração da escola pode ser decorrente da possível carência na formação e preparação profissional para tratar de assuntos de saúde ou mesmo da ausência de interesse do profissional, do acúmulo de tarefas e funções que prejudicam que este tenha entendimento sobre a importância e a necessidade do programa. O estudo de Mainardi³¹ concluiu que para os profissionais da educação é um problema trabalhar o tema saúde e estes sugeriram a presença de profissionais de saúde dentro da escola para desenvolver o tema.

A falta de tempo para o planejamento e realização das ações também foi um dos aspectos dificultadores referidos pelos enfermeiros. Arelado a isso, eles citaram a falta de recursos humanos e materiais, o excesso de atividades atribuídas à ESF, além da demanda por atendimento nas UBS, que levam os profissionais a dedicar a maior parte do tempo. Um dos profissionais chegou a sugerir uma equipe somente para o atendimento de saúde na escola.

“Como a demanda espontânea é muito grande, fica reduzido o tempo pra gente fazer essas ações na escola. Além disso, o suporte material também não é muito bom. Os gestores não dão suporte na questão de panfleto, às vezes a gente precisa de carro pra ir nas escolas, precisa de um data show, então todas essas dificuldades desestimulam o profissional pra tá implementando essas ações. Aí é mais fácil, para o profissional, chegar e atender a demanda que tem no posto. A

demanda de saúde aqui no posto é muito grande, a população é muito carente e muito grande. Então, quando a gente deixa de atender aqui pra fazer uma ação de prevenção, a cobrança também se torna muito grande por parte da comunidade.”(E-Cabul)

A sobrecarga de atividades que devem ser realizadas pela ESF, em especial o enfermeiro, é apontada por Christmann e Pavão³² como um desafio à implementação de ações permanentes e integrais do PSE. Tusset²⁷ ainda afirma que na atenção básica a falta de tempo, falta quantitativa e qualitativa de profissionais, a falta de recursos materiais e a sobrecarga de atendimento dificulta o planejamento e implementação de ações programáticas, impondo a priorização de ações emergenciais.

Além dessas dificuldades, um dos profissionais entrevistados relatou a violência, e novamente a falta de assistência da direção da escola, como um obstáculo para a realização das ações do PSE, o que determinou a suspensão das ações realizadas pela ESF na referida escola.

“O médico da nossa equipe foi ameaçado lá (escola) na última atividade que a gente fez. Lá é um colégio muito complicado. Desde então, não foi feito mais nada e não possui mais nenhum planejamento pra lá. Nós não temos uma assistência por parte da direção. É um colégio com muito aluno. Em 2014, fomos fazer uma atividade nessa escola e quando chegamos à sala de aula o professor estava trancado por questão de segurança.”(E-Atenas)

De acordo com Cardoso, Reis e Iervolino¹⁹, o ambiente escolar que não proporcione segurança desestrutura o papel da escola de construção de cidadania, formação de um povo, de uma nação e conseqüentemente o seu papel de parceira nas ações de saúde, visto que a preservação da segurança humana está fortemente relacionada à saúde e à educação.

É nesse contexto de dificuldades, que o PSE se propõe a desenvolver ações de saúde escolar, para o que conta com a parceria da ESF. É fato que o PSE apresenta uma política de saúde escolar com propostas inovadoras, que visam romper o caráter meramente assistencialista das ações de saúde, por meio da promoção de saúde, e preconiza para isso a intersetorialidade como mecanismo central dessas ações. Todavia, problemáticas no processo de implementação e condução das propostas do programa, tais como as dificuldades citadas, constituem importantes obstáculos apontados na literatura específica, ainda escassa, cabe ressaltar²¹.

Alcance dos objetivos do PSE

Quanto ao alcance dos objetivos propostos pelo PSE os profissionais consideraram que as ações desenvolvidas não alcançam os objetivos em sua totalidade.

“Eu avalio de uma forma mediana. Pra mim não é uma ação que alcance tudo que a política pede.” (E-Jacarta)

“Eu acho que o alcance dos objetivos não chega a sua plenitude.”(E-Santiago)

A cobrança por quantitativos e a ausência de contra referencia foi apontada pelos profissionais como um entrave para o alcance dos objetivos do PSE.

“É a contrapartida que a gente não vê, por que a gente faz toda essa documentação, preenche tudo, peso, altura, IMC e aí encaminha toda essa documentação. Isso é um exemplo, e cadê a resposta? O que é que são feitos com esses resultados? Então, fica pra gente como se fosse algo só numérico. O objetivo pra ele ser completo, ele tem que ter a resposta e a contra resposta. Eu posso ter alcançado o objetivo do levantamento, mas eu não tive o objetivo por completo, por que eu não resolvi o problema detectado por ele. ”(E-Roma)

Foi recorrente no relato dos profissionais o alcance de metas. Nesse aspecto, Tusset²⁷ afirma que a cobrança por procedimentos quantitativos tende a refletir na baixa qualidade das ações de promoção de saúde, posto que os profissionais direcionam sua atuação para a quantificação de ações. Os resultados apontam a necessidade de melhorar a comunicação e de fortalecer a referência entre a escola e a unidade de saúde. Alguns profissionais consideram que o setor saúde continua sendo o único promotor das ações de saúde na escola e que as ações são realizadas pontualmente, dificultando uma resposta positiva nos escolares e conseqüentemente o alcance dos objetivos do programa. Ressaltamos que um dos entrevistados declarou não conhecer quais são os objetivos do PSE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que o modelo biomédico e a proposta de trabalho intersetorial ainda são desafios a serem superados na implementação do PSE. As ações de saúde propostas pelo PSE, embora sejam apoiadas no paradigma da promoção de saúde, ainda sofrem influencias de ações predominantemente biologicistas e que algumas vezes são

confundidas com prevenção, limitando a evolução na atenção integral à saúde do escolar e o alcance de objetivos vislumbrados pelo PSE.

O setor saúde tem sido protagonista no planejamento e realização de ações de saúde no contexto escolar. Tal protagonismo é profícuo, entretanto, não há articulação entre os setores saúde e educação, comprometendo a intersetorialidade.

Acreditamos que novos estudos precisam ser conduzidos acerca da implementação do PSE, indo além das ações de saúde e inserindo outros atores envolvidos no programa, a fim de apontar diretrizes para consolidação da saúde integral no ambiente escolar.

Sugerimos um maior envolvimento e protagonismo da comunidade e do setor educação na construção das ações do PSE, além de investimentos e ampliação dos processos de capacitação para os atores envolvidos no programa visando o conhecimento da importância, necessidade e funcionamento desta política, contribuindo, conseqüentemente, para sua consolidação.

Esta pesquisa apresentou como limitação o desconhecimento dos profissionais acerca do PSE e a incompreensão dos termos promoção de saúde, prevenção, assistência à saúde e integralidade. No entanto, apesar dessa limitação, consideramos que o estudo realizado permitiu alcançar os objetivos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

1. Antunes MAM. Políticas públicas em Educação e saúde. Das praticas higienistas à saúde escolar como pratica social inclusiva. In: Lima EMM. et al. Políticas públicas de educação- saúde: reflexões, diálogos e práticas. Campinas; Alínea, 2009. P. 29-47.
2. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2015; 25(4): 1207-1227.
3. Brasil. Decreto nº 6.286, 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Presidência da República do Brasil [internet]. 2007 Dez [acesso em 11 Out 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24].
5. Dias MAS, Gomes DF, Santos RB, Brito MCC, Silva LCC, Silva AV. Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. *Revista S A N A R E* 2014; 13(1): 29-34.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://189.28128.100/dab/docs/legislacao/passos_a_passo_pse.pdf. Acesso em 03 out 2016.
7. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, Silva Júnior JB. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(11): 4301-4312.
8. Lima LL, D'Ascenzi. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Rev. Sociol.Polít.* 2013; 21 (48): 101-110.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo. Hucitec; 2006.
10. Secretaria Municipal de Educação e Saúde [internet]. Estatísticas. [acesso em 25 nov 2015]. Disponível em: <http://www.semec.pi.gov.br/Sem-Categoria/estatisticas.html#matriculas-unidades>.

11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo D G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(2): 388-394.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: CNS; 2012.
14. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(3): 829-840.
15. Barros JPPB. Biopolítica e Educação: relações a partir das discursividades sobre saúde na escola. *Educação & Realidade* jan/mar 2013; 38(1): 361-381.
16. Miranda MIF, Iossi MA, Ferriani MGC, Cano MAT. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. *Revista latinoamericana enfermagem* 2000; 8(6): 83-90.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. *Escolas promotoras da Saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
18. Gonçalves FD, Catrib AMF, Vieira NFC, Vieira LJES. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface* 2008; 12(24): 181-192.
19. Cardoso V, Reis AP, Iervolino SA. Escolas promotoras de saúde. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2008; 18(2): 107-115.
20. Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva* 2000; 5(1): 163-177.
21. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos & Contextos* 2015; 14(2): 387-402.
22. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Ensgtrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde debate* 2014; 38: 52-68.
23. Faria FHP, Aguiar AC, Moura ATMS, Souza LMBM. Percepções de profissionais de saúde da família e de educação sobre a Promoção da Saúde no ambiente escolar. *Revista de APS* 2013; 16(2):158-64.
24. Sousa MC. *Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersetorialidade*. Salvador. Dissertação [Mestrado em Saúde Comunitária]- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2014.

25. World Health Organization (WHO). Improving Health through schools: national and international strategies. 1999. [acessado 19 out 2016]. Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/resources/information_series/en/
26. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública 2001; 35(1): 103-109.
27. Tusset D. Competências em promoção da saúde no programa saúde na escola no Distrito Federal. Brasília. Dissertação [Mestrado em Educação Física]- Universidade de Brasília; 2012.
28. Gonzaga NC, Araújo TL, Cavalcante TF, Lima FET, Galvão MTG. Enfermagem: promoção da saúde de crianças e adolescentes com excesso de peso no contexto escolar. Rev. esc. enferm. USP 2014, 48(1): 153-161.
29. Pereira S, Santos JN, Nunes MA, Oliveira MG, Santos TS, Martins-Reis VO. Saúde e educação: uma parceria necessária para o sucesso escolar. CoDAS 2015;27(1):58-64.
30. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. Ciênc. saúde coletiva 2016; 21(6): 1777-1788.
31. Mainardi N. Educação em saúde: problema ou solução?. São Paulo. Tese [Doutorado em Serviços de Saúde Pública]- Faculdade de Saúde Pública; 2010.
32. Christmann M, Pavão SMO. A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. Rev. educ. PUC-Camp. set/dez. 2015; 20(3):265-277.

Quadro 1 - Categorias temáticas e respectivas unidades temáticas encontradas na análise dos dados.

Categoria Temática	Unidades temáticas
Ações de saúde	Ações preventivas; Ações com ênfase biológica; Ações assistenciais; Ações pontuais de promoção da saúde;
Planejamento das ações de saúde	Ausência de planejamento das ações;
Desenvolvimento das ações de saúde	Atividades informativas; Ações clínicas;
Integralidade das ações de saúde	Promoção, prevenção e assistência à saúde limitada;
Aspectos Facilitadores	Colaboração entre os atores envolvidos no programa; Proximidade entre a escola e a unidade de saúde;
Aspectos Dificultadores	Dificuldade na comunicação entre os atores envolvidos no programa; Deficiência de recursos humanos e materiais; Ausência de corresponsabilização dos atores;
Alcance dos objetivos do PSE	Não alcança os objetivos plenamente;

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar as ações de saúde propostas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), baseada na perspectiva dos gestores das escolas municipais da cidade de Teresina, Piauí, Brasil. **Método:** Realizamos um estudo de análise de implementação, com abordagem qualitativa, conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas submetidas à análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os dados apontaram que os gestores das escolas apresentam uma compreensão assistencialista das ações de saúde na escola. Identificamos que as ações de saúde que estão sendo desenvolvidas pelo PSE possuem caráter predominantemente biológico, preventivo e são realizadas de forma desarticulada. **Conclusão:** O presente estudo revelou que o modelo biomédico e a setorialidade são alguns dos desafios a serem superados na implementação do PSE.

Palavras-chave: Saúde Escolar. Atenção Básica à Saúde. Promoção da Saúde

Objective: The objective of this study was to analyze the health actions proposed by the Health in School Program (HSP), based on the perspective of the municipal school managers of the city of Teresina, Piauí, Brazil. **Method:** We carried out a study of implementation analysis, with a qualitative approach, conducted through semi-structured interviews submitted to thematic content analysis. **Results:** The data showed that the managers of the schools present an assistencialista understanding of the health actions in the school. We identified that the health actions that are being developed by the HSP are predominantly biological, preventive and are carried out in a disjointed manner. **Conclusion:** The present study revealed that the biomedical model and the sectoriality are some of the challenges to be overcome in the implementation of the HSP.

Key words: School Health. Basic Health Care. Health promotion

Análise das Ações de Saúde do Programa Saúde na Escola: perspectivas do setor educação

Título resumido: Programa Saúde na Escola e as perspectivas da educação

INTRODUÇÃO

Por serem baseadas na universalização de direitos, não é de hoje que se reconhecem, no campo das políticas públicas, os vínculos entre os setores saúde e educação¹. Em 2007, o momento político vivenciado no Brasil e a preocupação com a saúde dos jovens acometidos pela desnutrição, geralmente em idade escolar, influenciaram no cenário das políticas públicas brasileiras as propostas de trabalho intersetorial entre saúde e educação².

Nesse contexto foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE) por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Tal política, incorpora a deliberação de um trabalho intersetorial entre os ministérios da saúde e da educação na perspectiva de contribuir com a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, a partir da corresponsabilização das equipes de saúde de atenção básica e os profissionais de educação sobre o território da escola^{3,4,5}.

O PSE trata-se de uma nova concepção da política de saúde na escola, indo além dos modelos biomédicos e incorporando no seu escopo aspectos determinantes da qualidade de vida⁶. Dessa forma, o programa se propõe articular e integrar permanentemente os setores saúde e educação com ações que buscam melhorar a qualidade de vida dos alunos de escolas de educação básica, tendo por base ações de prevenção, promoção e atenção à saúde⁷.

O presente estudo representa uma contribuição, para a reflexão de profissionais de saúde, educação, parceiros intersetoriais e organismos governamentais, acerca do alcance dos objetivos do PSE. Além disso, apresenta informações que podem auxiliar gestores e demais atores envolvidos nos processos decisórios de políticas de saúde na escola.

Ante o exposto, esta pesquisa teve como objetivo analisar as ações de saúde propostas pelo PSE, valendo-se da perspectiva dos gestores de educação, especificamente diretores e coordenadores pedagógicos, da cidade de Teresina, Piauí, Brasil.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo consiste em uma análise de implementação⁸, com abordagem qualitativa⁹ conduzida por entrevista semiestruturada. A seleção deste estudo foi intencional e incluiu os gestores das escolas municipais com as maiores comunidades escolares, pois entendemos que as ações desenvolvidas nessas escolas pressupõem um impacto significativo, uma vez que devem alcançar um número maior de indivíduos. Os participantes envolvidos na pesquisa foram entrevistados por uma única pesquisadora, utilizando um roteiro previamente testado com quatro profissionais envolvidos no PSE em Teresina e que não foram incluídos no estudo. O fechamento amostral deste estudo foi determinado pela saturação dos dados, ou seja, quando os conteúdos das entrevistas se tornaram repetitivos ou redundantes não foram entrevistados novos depoentes¹⁰.

A coleta dos dados foi realizada no período entre junho e outubro de 2016, no local de trabalho dos profissionais, de acordo com datas e horários previamente acordados. Todas as entrevistas foram gravadas, com auxílio de um gravador digital, e tiveram duração média de 20 minutos. As situações relevantes tais como a data e o local de realização da entrevista, descrição do ambiente, comentários pertinentes dos sujeitos pré e pós-entrevista, dificuldades enfrentadas e observações da pesquisadora foram registradas em um diário de campo no decorrer da realização da coleta dos dados. Esses registros foram utilizados para complementar a discussão dos resultados.

O tratamento dos dados baseou-se na análise de conteúdo temática proposta por Bardin¹¹. Foram seguidas as etapas: pré-análise, exploração dos dados, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra e exploradas por meio de sucessivas leituras com a finalidade de exaustão dos dados. Em seguida, realizou-se o mapeamento das falas, assinalando os principais pontos para facilitar a visualização do material como um todo. Na etapa posterior, foram identificadas as unidades de registro e realizados os recortes necessários. Por fim, buscou-se apreender as informações contidas nos relatos para estabelecer as categorias temáticas do estudo¹¹.

De modo a alcançar uma postura crítica frente ao conteúdo das falas dos sujeitos entrevistados, o referencial teórico utilizado na discussão dos dados foram as práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola.

Destacamos que a rede municipal de ensino de Teresina responde pela educação básica incluindo as modalidades: educação infantil, ensino fundamental, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e educação especial¹².

O estudo obedeceu aos preceitos éticos constantes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹³ e obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, Parecer nº 1.543.214/2016. Para garantir o anonimato os entrevistados foram identificados pela letra P, seguida por nomes de países.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise das entrevistas possibilitou a construção de sete categorias temáticas, como podemos visualizar no quadro 1.

Quadro 1 - Categorias temáticas e respectivas unidades temáticas encontradas na análise dos dados.

Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram deste estudo 11 gestores de escolas públicas municipais de Teresina, sendo nove diretores e dois coordenadores pedagógicos. Dentre eles, oito mulheres e três homens, com idades entre 29 e 56 anos e tempo de gestão de um mês a 16 anos. Quanto à titulação, todos são graduados em licenciatura e 10 são especialistas.

Ações de saúde

O primeiro aspecto abordado com os gestores entrevistados referiu-se às ações de saúde desenvolvidas pelo PSE nas respectivas escolas municipais. Os resultados encontrados neste estudo corroboram com outras pesquisas^{7,14} que apontam que, apesar de toda a política indutora para mudar as práticas de saúde, as ações do PSE ainda se sustentam em práticas com forte concepção biomédica, higienista e preventivista. Dos discursos dos gestores das escolas apreendemos que as questões médicas e de saúde bucal são priorizadas em detrimento de ações coletivas e de promoção de saúde.

“É realizada aquela campanha do remédio pra verme, a vacinação, principalmente aquela vacina do HPV, campanha da hanseníase e

escovação. Além desses, nós marcamos consultas. Já houve avaliação oftalmológica no passado, mas não tem mais.” (P-Itália)

Constatamos que o modelo atual de saúde na escola coexiste com a influência de antigos modelos de saúde escolar, destoando da intencionalidade de promover saúde integral. Verificamos que, a maioria das ações de saúde desenvolvidas na escola ocorrem sem a participação da família dos escolares, da comunidade e outros atores. Nesse sentido, documentos oficiais¹⁵ e alguns autores^{16,17} destacam que propostas de trabalhos que visam à saúde integral devem sempre valorizar as iniciativas com participação ativa dos estudantes e que considerem o contexto familiar, comunitário, social e ambiental do educando.

Em dois relatos que obtivemos, os gestores citaram a atuação de faculdades privadas e em outro a participação de alunos do Programa de Iniciação à Docência (PIBID) como parceiros na realização das ações de saúde na escola. Inclusive, em um desses relatos, a gestora aponta a ausência de ações realizadas pela equipe de saúde da família (ESF) no ambiente escolar. Nesse aspecto, ressaltamos que a formação de parcerias para realização das ações de saúde dentro da escola não exclui o papel da ESF, no contexto do PSE.

“Uma das primeiras ações que são feitas pelos professores, bem no começo do ano é sobre higiene pessoal. No começo do ano, os professores fazem em sala de aula algum tipo de abordagem com os alunos sobre fardamento, sobre o banho, até mesmo sobre lavar o cabelo. Porque o piolho é um problema na escola. Desde o ano passado, a gente tem um projeto aqui na escola, que é o PIBID. As meninas do PIBID esse ano, juntamente com as professoras, fizeram uma atividade com os alunos pra lavarem a cabeça, usar pente fino e usar determinado tipo de medicamento pra acabar com o piolho. Ações pela ESF aqui na escola, eu desconheço.” (P-França)

“A Faculdade X também faz bastante parceria com o pessoal do PSF, eles estão em parceria sempre, às vezes chegam os dois juntos na escola. Esse ano nós tivemos o projeto da dengue, que envolveu a escola, a comunidade, a Faculdade X e o PSF.” (P-Áustria)

Na construção, desenvolvimento e implementação de programas de saúde na escola é imprescindível a participação de múltiplos atores e setores¹⁸. Por isso as parcerias são importantes, uma vez que viabilizam a integração entre os setores, proporcionando à escola a possibilidade de ser um ambiente promotor de saúde. Além disso, essa integração tem um papel fundamental na execução eficaz de ações que objetivam a promoção de saúde na escola.

Contudo, Costa et al¹⁹ ressalta que o planejamento das ações não deve se restringir ao setor saúde ou ao parceiro intersetorial, ao passo que delegar esse tipo de ação apenas a um dos atores, pode gerar um trabalho pontual e isolado.

Planejamento das ações de saúde

O PSE trata-se de uma política pública saudável uma vez que se propõe a realizar ações de promoção da saúde e tem a intersetorialidade como principal diretriz de implantação e implementação^{4,20}. Evidenciamos que as ações do PSE não estão isentas de práticas desarticuladas e setoriais, e que estas ações são realizadas pelos profissionais da saúde para a escola, o que remete a uma relação unidirecional e não compartilhada. Por conseguinte, é notório que os profissionais da educação, sejam atores da gestão escolar ou professores, representam pouca ou nenhuma participação na proposição, no planejamento e realização de ações do PSE, atuando como coadjuvantes na condução do programa. Resultado semelhante também foi encontrado no estudo de Sousa¹⁴.

“Vem um agente de saúde e faz a tabelinha com as datas. Elem dizem: Olha, tal dia nós vamos vir, vamos fazer isso. Depois eles marcam as data. Às vezes, quando eles precisam do pátio, a escola coloca a caixa de som que eles necessitam. É dessa forma.” (P-Chile)

“Eles chegam, conversam conosco, aí a gente diz o dia que eles podem entrar na sala, o horário, quem é o público alvo. Planejamento prévio é esse que a gente diz.” (P-Cuba)

A partir dos discursos dos gestores, observamos que o principal contato da equipe de saúde é com atores da gestão escolar (diretor, vice-diretor e coordenador pedagógico), na maioria das vezes mediadas pelo agente comunitário de saúde, com o intuito de conciliar datas e horários para realização das ações.

De acordo com Costa et al¹⁹, a efetivação de práticas reconhecidas como promoção de saúde, carece de planejamento adequado e compartilhado visando promover habilidades e competências para saúde. Quando se trata de saúde na escola, a dependência dos profissionais de educação em relação aqueles da área da saúde incentiva ações pontuais, descontextualizadas e com acentuado aspecto normativo, prescritivo e de fundamentação biológica. Esse agir pontual influencia o olhar de um setor em relação ao outro, além de comprometer a promoção de saúde na escola ou a prática mais integral de educação em saúde nesse espaço.

Desenvolvimento das ações de saúde

Quanto à forma como são desenvolvidas as ações de saúde na escola, além da abordagem tradicional das ações preventivas e assistenciais, dois gestores relataram a educação em saúde realizada por meio de palestras.

“Durante o ano a gente recebe muitas palestras da Faculdade X. Isso é importante pra conscientização de higiene. Além disso, palestra sobre drogas, saúde da mulher, a questão do adolescente e gravidez na adolescência.” (P-Àustria)

Apesar da relevância dos assuntos abordadas nesse tipo de atividade verificamos que a escola não participa do planejamento dos temas e prioridades, adotando, portanto, uma postura passiva diante das questões de saúde.

A educação em saúde deve ser proposta a partir de objetivos pautados em diagnósticos locais, com investigação de demandas e temas pertinentes à comunidade escolar e particularmente aos escolares, assim como as demais ações de saúde escolar. Estas devem constituir uma proposta de ação participativa envolvendo a comunidade educativa em um processo de melhoria contínua, visando à criação de condições para uma educação integral²¹. Do contrário, essas ações podem implicar em intervenções pontuais, sobre conteúdos afeitos a questões nosológicas do momento²² e atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo²³.

Integralidade das ações de saúde

Os profissionais entrevistados divergiram quando questionados sobre o cumprimento do papel de promoção, prevenção e assistência à saúde que devem ser contemplados pelas ações de saúde na escola, conforme preconiza o decreto que institui o PSE²⁴. Nesse aspecto, observamos ainda que algumas das respostas se distanciaram do esperado revelando a incompreensão dos conceitos de promoção, prevenção e assistência à saúde por parte dos profissionais de educação. Diante disso, alguns autores^{4,7,25} salientam que a incompreensão desses conceitos dificulta a elaboração de estratégias para efetivação e o alcance da prática de promoção de saúde.

“Acho que cumpre. Muitos dos nossos alunos, os familiares não levam aos postos de saúde. Vem muita criança doente pra escola, com problema de visão, com problema de micoses, dentre outros. A gente

vê que ela não tá sendo cuidada pela família e a gente toma iniciativa particular, da escola, e quando vem assim da unidade básica é melhor ainda.”(P-Espanha)

“Cumpre por que é de maneira organizada, é por turma que eles fazem o trabalho com os alunos. E aí eu acho que sim, eu creio que aqueles que tomam a vacina, aqueles que tomam o remédio contribui sim pra prevenção.” (P-Haiti)

Marques, Pelicioni e Pereira²⁶ afirmam que a atenção à saúde ainda hoje é confundida com ações preventivas e informativas, sendo esse equívoco o motivo pelo qual muitos profissionais de educação se negam a abordar essa questão, refletindo, também, nas iniciativas desenvolvidas pelas áreas da educação e da própria saúde. Os fragmentos das entrevistas nos permitem observar que os gestores apresentam uma concepção de saúde biomédica e que a escola continua sendo um lugar de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças, frequentemente vista pelo setor saúde como uma instituição passiva para realização de ações de saúde.

Na escola, uma vez que a saúde é tratada de forma reducionista com foco na(s) doença(s) e transferindo as ações somente para o posto de saúde, perde-se a característica de saúde integral e prática intersetorial²⁷. Alguns gestores consideraram que as ações cumprem seu papel parcialmente, tendo em vista o caráter eventual e pontual em que ocorrem.

“De forma alguma, por que no meu entendimento é muito largado, muito solto.” (P-Irlanda)

“Fica muito a desejar, por que uma campanha que culmina em um dia não vai dar pra abranger todas as crianças e tem outros tipos de doenças que não são tratadas, até por que essas campanhas fixam só em um tipo de doença.” (P-Cuba)

“Eu acho que faltaria mais, que teria que ter mais ações. É muito pouco do que era de esperar.” (P-Nepal)

As falas dos gestores nos levam a inferir que o tratamento das questões de saúde na escola necessita de sistematização das ações, pois o que ocorre é a realização de atividades esporádicas quando, eventualmente, percebe-se alguma problemática. Resultado semelhante também foi encontrado no estudo de Marinho, Silva e Ferreira²⁷. Sobre essa contestação o decreto nº 6.286, que instituiu o PSE²⁴, não estimula ações episódicas e descontextualizadas, mas dá ênfase na visão processual das ações de saúde. Verificamos ainda que alguns gestores acreditam que ser parceiro nas ações de saúde não é papel da escola.

“A saúde no Brasil tudo deixa muito a desejar. Eu acho que não era nem pra precisar disso, já é assim um canal que você tá pegando paralelo para suprir uma deficiência de algum pai que não leva ao posto de saúde. Eu acho que dá pra ser melhor, que dá pra melhorar. Agora toda vez que melhora, vem mais saúde pra dentro da escola e o papel principal da escola vai diminuindo.” (P-Itália)

Um estudo realizado por Marques, Pelicioni e Pereira²⁶ também revelou que, na opinião de alguns professores, a escola pública não deveria trabalhar questões ligadas à saúde e deste modo evitaria perder o foco na função educacional e sobrecarregar o docente. De acordo com professores que participaram do estudo de Marques, Pelicioni e Pereira²⁶, caberia ao poder público oferecer um serviço de saúde de qualidade e à escola caberia realizar os encaminhamentos necessários aos postos de saúde e hospitais.

Esses achados apontam sobre a necessidade de esclarecer aos profissionais de educação, que a proposta de realizar ações saúde na escola não tem como pretensão desviar as funções dos professores e dos profissionais da saúde, mas sim incorporar no âmbito escolar atitudes e práticas que valorizem a promoção da saúde de forma reflexiva. A intenção é que as questões de saúde sejam estimuladas nesse ambiente de forma que se compreenda as possibilidades de práticas de saúde integradas e intersetoriais²⁸.

Apesar da escola não se sentir responsável pela prática da saúde em seus ambientes, Carvalho²³ afirma que ela representa um cenário propício para lidar com as questões de saúde que envolvem especialmente os alunos, inclusive em seu ambiente familiar e comunitário evidenciando que é inegável o papel da escola nas ações de saúde.

Os recortes das entrevistas aqui apresentados, apontam uma visão bem distante da compreensão da saúde enquanto um processo socialmente determinado e de responsabilidade dos diferentes setores da sociedade, o que inclui família, comunidade, escola. Essa perspectiva reducionista pode ser traduzida como uma importante barreira no desenvolvimento da intersetorialidade e um entrave na consolidação da integralidade das ações de saúde no ambiente escolar.

Aspectos Facilitadores

Quanto aos aspectos facilitadores para implementação das ações de saúde do PSE, a maioria dos gestores relataram a disposição da escola em colaborar no desenvolvimento das ações de saúde do programa, citaram ainda a proximidade entre a escola e a UBS, além da

facilidade de encontrar os escolares todos juntos dentro da escola. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Sousa¹⁴.

“O principal é por que você já tem o aluno dentro da escola. A escola está sempre de braços abertos pra receber, a gente nunca viu dificuldade.”(P- Áustria)

*“O que facilita é digamos assim a proximidade do posto de saúde.”
(P-Cuba)*

Sousa¹⁴ cita que a presença da escola ao lado das unidades de saúde facilita o diálogo entre os dois setores, além de favorecer a criação de vínculos que podem ser fortalecidos pelo desenvolvimento de ações do PSE.

O desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde permite que os profissionais da saúde e da educação amplifiquem o seu potencial de atuação e reflexão, extrapolando as ações em qualidade e magnitude sem perder a sua especificidade. À vista disso, a parceria entre esses setores é destacada como uma estratégia promissora no desenvolvimento do educando, evidenciando a importância da construção coletiva desses dois setores e da articulação de ações conjuntas em suas agendas²⁹.

Assim sendo, ratificamos que as ações desses setores têm repercussões recíprocas e necessitam, como condição indispensável, a construção de ações integradas para atualizar e renovar, permanentemente, os sentidos da educação e da saúde, visando a integralidade. Baseados nesses argumentos, a intersetorialidade entre a escola e a unidade de saúde constitui um recurso significativo para a adoção de um novo modelo de atenção à saúde¹.

Aspectos dificultadores

Acerca dos aspectos dificultadores para a implementação das ações de saúde do PSE, alguns gestores afirmaram não haver dificuldades e outros citaram a falta de colaboração da família para concretização das ações.

“A dificuldade que a gente tem é por que alguns pais não querem que o aluno tome vacina aqui. Eles ficam, acho que com medo, até mesmo por que eles não compreendem, mas é mandado um folheto pra eles explicando por que, pra que, como é que vai ser, mas alguns pais ainda tem resistência a isso.”(P-Áustria)

Na perspectiva da saúde na escola baseada no cuidado integral, a família e a comunidade devem ser consideradas não apenas destinatárias das ações de saúde, mas sujeitos

ativos que podem contribuir para o processo de produção da saúde. Com efeito, parcerias e ações intersetoriais são mais efetivas quando reúnem e dialogam com a pluralidade de atores institucionais e não institucionais envolvidos e interessados³⁰.

Assim, envolver a família de modo mais participativo no planejamento e realização das ações de saúde pode contribuir para ampliar a colaboração nas ações de saúde, o entendimento acerca do PSE, bem como a importância das ações de saúde realizadas no ambiente escolar.

O número insuficiente de colaboradores para a organização das ações dentro da escola, a ausência do médico na ESF e a falta de propósito das ações também foi uma dificuldade apontada pelos gestores.

“Eu acho que, na minha concepção, que é o maior engajamento do programa da saúde. Que eu vejo que não tem um foco, não tem um direcionamento, não tem compromisso. Eu acho que falta compromisso.” (P-Irlanda)

“A gente tem pouca gente na escola e aí quando vem as campanhas nós temos que disponibilizar o tempo da gente, da direção, pessoal da secretaria, tem que tirar xerox, por que nem sempre aquele material que vem, vem em quantidade suficiente. Nós ficamos meio sobrecarregados nesses períodos.” (P-Itália)

Podemos afirmar que a histórica falta de prioridade e planejamento com a saúde e a educação pública, se reflete, por consequência, em prejuízos na concepção e implementação de políticas públicas de saúde verdadeiramente eficientes e que tragam resultados substanciais à promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida. Além disso, nesses discursos, podemos novamente observar o reconhecimento que os gestores atribuem ao modelo biomédico como estratégia eficaz de intervir nos problemas de saúde, o que se conforma em um grande desafio a ser superado, se o desejo é a consolidação do PSE enquanto uma proposta política apoiada no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia.

Alcance dos objetivos do PSE

Quanto ao alcance dos objetivos propostos pelo PSE, os profissionais consideraram que as ações desenvolvidas não alcançam os objetivos em sua totalidade.

“Muito a desejar. Eu sei que as propostas do governo são belíssimas, mas na prática não tá funcionando.” (P-Irlanda)

“É alcançado em parte, por que nem todas as ações são realizadas. Em parte ela alcança os objetivos, por outro lado não, ainda fica muita coisa a desejar.” (P-Venezuela)

Atualmente, a ação intersetorial é difundida como estratégia de política pública, todavia não parece se traduzir em prática inovadora, visto que ainda tem pouco alcance ou efeitos positivos. Apesar de planejada e desenhada desde sua implantação, é um processo lento e de confiança em diálogo constante, que precisa ser negociada e incluída na rotina e na prática dos profissionais permitindo construção de saberes mais dialógicos e contextualizados³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo verificamos que o modelo biomédico e a proposta de trabalho intersetorial ainda são desafios a serem superados na implementação do PSE. Observamos que as ações de saúde do PSE têm sido realizadas de forma setorial, desarticulada e protagonizada pelo setor saúde, limitando a evolução da atenção integral à saúde do escolar e o alcance de objetivos do PSE.

Acreditamos que novos estudos precisam ser conduzidos acerca da implementação do PSE, com abordagens que contemple outros atores e setores, a fim de apontar diretrizes que possam contribuir na consolidação da saúde integral no ambiente escolar.

Sugerimos um maior envolvimento e protagonismo da comunidade, do setor educação e outros setores na construção das ações do PSE, além de processos de capacitação para todos os atores envolvidos no programa visando compreender a importância, necessidade e funcionamento desta política.

Esta pesquisa apresentou como limitação a falta de conhecimento dos profissionais acerca do PSE e a incompreensão das nomenclaturas promoção de saúde, prevenção, assistência à saúde e integralidade. No entanto, apesar da limitação identificada, consideramos que o estudo realizado permitiu alcançar os objetivos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24].
2. Dias MAS, Gomes DF, Santos RB, Brito MCC, Silva LCC, Silva AV. Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. *Revista S A N A R E* 2014; 13(1): 29-34.
3. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, Silva Júnior JB. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(11): 4301-4312.
4. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos & Contextos* 2015; 14(2): 387-402.
5. Christmann M, Pavão SMO. A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. *Rev. educ. PUC-Camp. set/dez. 2015; 20(3):265-277.*
6. Gomes LC. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Ciências]- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
7. Couto AN, Kleinpaul WV, Borfe L, Vargas SC, Pohl HH, Krug SBF. O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. *Cinergis out./dez 2016; 17(4 Supl.1):378-383.*
8. Lima LL, D'Ascenzi. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Rev. Sociol.Polít.* 2013; 21 (48): 101-110.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo. Hucitec; 2006.
10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo D G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(2): 388-394.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Secretaria Municipal de Educação e Saúde [internet]. Estatísticas. [acesso em 25 nov 2015]. Disponível em: <http://www.semec.pi.gov.br/Sem-Categoria/estatisticas.html#matriculas-unidades>.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: CNS; 2012.

14. Sousa MC. Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersetorialidade. Salvador. Dissertação [Mestrado em Saúde Comunitária]- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Escolas promotoras da Saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
16. Cardoso V, Reis AP, Iervolino SA. Escolas promotoras de saúde. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2008; 18(2): 107-115.
17. Gonçalves FD, Catrib AMF, Vieira NFC, Vieira LJES. A promoção da saúde na educação infantil. Interface 2008; 12(24): 181-192.
18. Gonzaga NC, Araújo TL, Cavalcante TF, Lima FET, Galvão MTG. Enfermagem: promoção da saúde de crianças e adolescentes com excesso de peso no contexto escolar. Rev. esc. enferm. USP 2014, 48(1): 153-161.
19. Costa GMC, Cavalcanti VM, Barbosa ML, Celino SDM, França ISX, Sousa FS. Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. Rev Eletr Enferm 2013; 15(2):506-15.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://189.28128.100/dab/docs/legislacao/passos_a_passo_pse.pdf. Acesso em 03 out 2016.
21. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. Ciênc. saúde coletiva 2014; 19(3): 829-840.
22. Barros JPPB. Biopolítica e Educação: relações a partir das discursividades sobre saúde na escola. Educação & Realidade jan/mar 2013; 38(1): 361-381.
23. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. Physis Revista de Saúde Coletiva 2015; 25(4): 1207-1227.
24. Brasil. Decreto nº 6.286, 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Presidência da República do Brasil [internet]. 2007 Dez [acesso em 11 Out 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
25. Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5): 1354-1360.

26. Marques EP, Pelicioni MCF, Pereira IMTB. Educação pública: alta de prioridade do poder público ou desinteresse da sociedade? Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007;17(3):8-20.
27. Marinho JCB, Silva JÁ, Ferreira M. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. História, Ciências, Saúde- Manguinhos 2015; 22(2): 429-444.
28. Santos KF, Bógus CM. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento 2007; 17 (3):123-133.
29. Pereira S, Santos JN, Nunes MA, Oliveira MG, Santos TS, Martins-Reis VO. Saúde e educação: uma parceria necessária para o sucesso escolar. CoDAS 2015;27(1):58-64.
30. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. Ciênc. saúde coletiva 2016; 21(6): 1777-1788.

Quadro 1 - Categorias temáticas e respectivas unidades temáticas encontradas na análise dos dados.

Categoria Temática	Unidades temáticas
Ações de saúde	Ações com ênfase biológica e preventivista;
Planejamento das ações de saúde	Ausência de planejamento intersetorial;
Desenvolvimento das ações de saúde	Atividades informativas;
Integralidade das ações de saúde	Atenção integral limitada;
Aspectos Facilitadores	Colaboração da escola; Proximidade entre a escola e a unidade de saúde;
Aspectos Dificultadores	Ausência de colaboração da família; Deficiência de recursos humanos;
Alcance dos objetivos do PSE	Não alcança os objetivos plenamente;