



Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil

Program Health in the School: interpellations on action of education and health in Brazil

PATRICIA BARRETO CAVALCANTI*

CARLA MOUSINHO FERREIRA LUCENA**

PABLO LEONID CARNEIRO LUCENA***



RESUMO – A Promoção da Saúde é considerada uma importante estratégia para a superação do desenvolvimento de ações meramente curativas e individuais direcionadas à saúde, pois propõe o desenvolvimento de ações assistenciais, preventivas e promocionais à saúde. Tomando por base o escopo da promoção da saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado no ano de 2007. O programa operacionaliza-se a partir da articulação da Estratégia Saúde da Família com a escola. O presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar as inconsistências do PSE a partir da sua concepção de promoção à saúde, tendo como contraponto o entendimento da Organização Mundial da Saúde sobre a temática. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental. A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre janeiro a junho de 2014. Como resultado obteve-se que: não foi possível identificar concretamente que a promoção da saúde seja adotada como centro nuclear do Programa.

Palavras-chave – Promoção da saúde. Saúde na escola. Estratégia Saúde da Família. Intersetorialidade.

ABSTRACT – Health Promotion is considered an important strategy for overcoming the development of purely curative and individual actions aimed at health, which are characteristic of the biomedical model. The same proposes the development of care, preventive and promotional health. Based on the scope of health promotion, the School Health Program was created in 2007, the same propose to the articulation of the Family Health Strategy with the school and it is proposed to integrate and link the two sectors with actions that aim to improve the quality of life of students in basic education schools. Thus, the present study was to identify the program inconsistencies from the design of health promotion that it incorporates in confront the understanding that the World Health Organization has about the same. This is a bibliographic and documentary research. As a result was obtained that: can not identify specifically that health promotion is adopted as nuclear center of the program.

Keywords – Health promotion. Health at school. Family Health Strategy. Intersectionality.

* Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professora Associada IV na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba – PB/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/7055585758385719>. E-mail: patriciabcaval@gmail.com.

** Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba – PB/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/3096175673747403>. E-mail: carlamousi@hotmail.com.

*** Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba – PB/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/4465134204921616>. E-mail: pabloleonid@hotmail.com.

Submetido em: agosto/2015. Aprovado em: novembro/2015.

Embora desde 1948 o conceito de saúde tenha sido ampliado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em detrimento de sua concepção como mera ausência de doença, passando, portanto, a ser concebida como o bem-estar completo, físico, mental e social (WHO, 1948), observa-se que no decorrer das décadas avanços podem ser visualizados. Entretanto, sobrepõe-se a isso inúmeras dificuldades no que se refere ao desenvolvimento de iniciativas que contemplem suas prerrogativas.

Como contraponto, observa-se que, apesar de o modelo biomédico receber duras críticas ao longo dos anos, ele segue hegemônico. Marcadamente reducionista e biologicista, centrado na doença e orientado para a cura, tal modelo implica na desconsideração das múltiplas necessidades sociais que envolvem a perspectiva da saúde enquanto conceito ampliado.

Gomes (2009) considera que a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pode ser um importante mecanismo capaz de trazer avanços que possam contrapesar as ações meramente curativas e individuais por intermédio de ações de promoção de saúde. O autor ainda indica que tais ações se expressam não apenas no que concerne ao entendimento do que seja a saúde, mas também na forma de organização dos serviços. Entretanto, há de se considerar que nem sempre o que é proposto é seguido ou alcançado. No caso da Promoção da Saúde, observa-se que o próprio entendimento quanto à sua conceituação reflete em alguns empecilhos. Ressalta-se que ao longo dos anos seu conceito tem sofrido alterações, acompanhadas da conjuntura social, política e econômica de cada período.

Na análise das cartas das conferências internacionais de promoção da saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sindsvall; 1991; Santafé, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009; Helsinque, 2013), é possível identificar que em alguns momentos foram adotadas posturas de responsabilização aos indivíduos quanto às problemáticas de saúde, o que caracterizou a corrente Moderna de Promoção à Saúde. Como contraponto a isso, a corrente da Nova Promoção da Saúde, cujos primórdios estão atrelados à Conferência de Alma-Ata, sucedeu no ano de 1981 a corrente Moderna trazendo a reflexão de que o contexto social deveria ser considerado, pois este se tratava de um poderoso determinante da saúde. E desse modo, os fatores gerais (desemprego, habitação, condições de trabalho, pobreza, e etc.) passaram a ser considerados. A Carta de Ottawa é considerada como o documento referência dessa corrente.

Sicoli e Nascimento (2003) afirmam que a partir de então a promoção da saúde, inspirada por essas novas perspectivas, ampliou seu marco referencial e passou a compreender a saúde enquanto produção social. Assim, os determinantes socioeconômicos passaram a ser mais valorizados, o que apontou para a necessidade do compromisso político e fomentar as transformações sociais.

Pereira *et al.* (2000), ao refletirem sobre tais acontecimentos afirmam que:

O novo paradigma representa uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para eleger metas para a ação política, para a saúde, direcionadas ao coletivo. (p.41).

O fato é que, desde a ressignificação conceitual do processo saúde-doença na década de 1940, os conteúdos vinculados à promoção da saúde (e a Nova Promoção da Saúde) ganharam visibilidade e estimularam os pesquisadores do campo da saúde pública a aprofundá-los.

Contudo, ao nos debruçarmos sobre a realidade brasileira constatamos que o caminho percorrido nessa direção ainda carece de muitos ajustes, como também de mais amadurecimento teórico e, por conseguinte, maior apropriação nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde no interior dos planos, programas e projetos dispostos historicamente nas políticas de saúde no Brasil.

Assim, reiteramos a relevância que os componentes históricos, político-econômicos possuem, já que segundo a visão de Polignano (2013) existem pontos determinantes tais como: sua evolução está indissociável e intimamente relacionada à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira; seu processo evolutivo está atrelado ao avanço do capitalismo dessa mesma sociedade; a saúde sempre ocupou um lugar periférico dentro do sistema político brasileiro; as ações de saúde propostas procuravam (e procuram) atender preferencialmente grupos sociais e regiões socioeconômicas importantes, em detrimento de grupos sociais sem efetiva organização; os direitos sociais conquistados têm sido sempre resultado de muita luta social; a história da política da saúde, em dados períodos, se confunde com a história da previdência social; o dualismo entre medicina preventiva e curativa sempre foi constante nas políticas de saúde implementadas.

Dentre os programas institucionais que se efetivam tomando por base o escopo da promoção da saúde, se destaca o Programa Saúde na Escola (PSE) que, em articulação com a Estratégia Saúde da Família, desde 2007 se propõe a integrar e articular os dois setores com ações que objetivam melhorar a qualidade de vida dos alunos das escolas de educação básica. 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). É justamente a partir de um desses componentes que nosso trabalho se alicerça, qual seja, a concepção de promoção da saúde. Nosso interesse precípua é identificar, através da análise do arcabouço legal e técnico que dá suporte ao PSE, as inconsistências entre a concepção de promoção à saúde adotada na construção do citado programa e as ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde. Para alcance das propostas do estudo ora apresentado, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental.

Para consecução da pesquisa bibliográfica foram adotadas como parâmetro as propostas de Lima e Miotto (2007) que se referem ao rigoroso planejamento que se deve construir ao se fazer uso deste tipo de pesquisa. A coleta ocorreu no período compreendido entre janeiro a junho de 2014. Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico através de uma leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos, dissertações e teses constantes no material científico a ser delimitado, compreendendo o universo temporal de produções realizadas de 2007 (em função de ser o ano de criação do Programa Saúde na Escola) a maio de 2014. Em relação aos artigos científicos, fizemos uma coleta junto às bases de dados do Scielo; Bireme; Lilacs; Medline e Biblioteca Cochrane, com os seguintes descritores combinados: promoção da saúde; saúde na escola; Programa Saúde na Escola; Estratégia Saúde da Família e saúde escolar. Ressaltamos que seguimos o mesmo universo temporal, já mencionado, considerando os periódicos Qualis A1;A2 e B1. Já em relação às produções de teses e dissertações nos reportamos àquelas produzidas no âmbito dos cursos de pós-graduação em Serviço Social, Ciências Sociais e Saúde Coletiva avaliados pela CAPES com nota igual ou superior a 5. Como produto mais direto da coleta, captamos 35 artigos e 8 dissertações de mestrado acadêmico que se voltaram exclusivamente para os descritores apontados. Tal material nos conduziu à construção de um arcabouço teórico através do qual problematizamos e analisamos o corpo documental da pesquisa.

Esta etapa foi seguida pela pesquisa documental que, acreditamos, refina com profundidade o conhecimento de uma realidade específica. Desse modo, foram analisados os documentos referentes ao Programa Saúde na Escola e à Estratégia Saúde da Família, particularmente: o Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola/MS (2009); PENSE/Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2012); Passo a Passo PSE – Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade (2011); Portaria n. 687 de 30 de março que cria a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006); Decreto presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que cria o Programa Nacional de Saúde na Escola (2007) e o Guia de Sugestões de Atividades Semana Saúde na Escola (2014). Por fim, foi realizado o tratamento dos conteúdos selecionados (síntese integradora) a partir da análise dos resultados obtidos; foi realizada a apresentação e um exame

dos achados da pesquisa tendo em vista os objetivos estabelecidos. Para alcançarmos a síntese integradora, procedemos ao uso da técnica de leitura proposta pelas autoras supra mencionadas, organizada de acordo com as seguintes etapas: leitura de reconhecimento do material bibliográfico; leitura exploratória; leitura seletiva; leitura reflexiva ou crítica.

Desenvolvimento

O Uso da promoção da saúde na área de educação: tentativas históricas de integrar as políticas de saúde e educação

Não é de hoje que a escola vem sendo utilizada como ambiente para se desenvolver práticas de saúde, entretanto observa-se que as práticas de saúde adotadas nas escolas tiveram suas bases sustentadas no paradigma tradicional de saúde escolar. Desse modo, consistia no desenvolvimento de ações pontuais, tais como: atendimento médico, vacinação, palestras dos profissionais da área da saúde, entre outras atividades. Nessa perspectiva, não havia a compreensão de que a escola era responsável pelo bem-estar do aluno. Assim, quando eram desenvolvidas algumas ações, como o encaminhamento de problemas de saúde aos especialistas, identificados no dia a dia, não havia planejamento entre os profissionais e não eram considerados os objetivos pedagógicos da escola.

Conforme assinala Gomes (2012), no decorrer dos anos, com a mudança da concepção de saúde, a visão do processo ensino-aprendizagem também foi sendo modificado. Isso possibilitou o desenvolvimento de uma nova perspectiva para se pensar educação e saúde, levando em consideração suas interfaces. Os programas de saúde escolar foram sendo organizados, estruturados e desenvolvidos considerando diferentes representações de concepções sobre saúde e sobre educação, o que contribuiu para repercutir em práticas de saúde na escola.

Entretanto, é necessário atentar para o fato de que, assim como assinala Santos (2005), do mesmo modo que a trajetória da saúde no Brasil esteve condicionada aos interesses políticos e econômicos do país rumo a atender aos interesses capitalistas, a educação brasileira também esteve fortemente influenciada por tais interesses. A autora afirma que é possível perceber tais influxos ao analisar as principais tendências pedagógicas das políticas públicas de ensino no Brasil durante o século XX. Ademais, é preciso também atentar para o fato de que a própria escola pública brasileira (cenário de implementação do PSE e de outros programas voltados para a saúde escolar) vem, nos últimos cinquenta anos, se apresentando como uma escola “pobre material e pedagogicamente – porque marcada pelo tempo curto, pela falta de recursos, pelo esgotamento dos professores – e pobre em termos do estreitamento dos direitos e dos canais para seu debate e disputa” (ALGEBAILLE, 2004; p.128). Portanto, na análise das investidas estatais relativas à saúde escolar é preciso considerar os vários usos político-partidários que a instituição escolar vem assumindo ao longo da história da educação nacional.

A origem da política de atenção à saúde escolar remete ao final do século XVIII e início do século XIX, quando houve o surgimento do *System Einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, também conhecido como sistema Frank que consistia em um guia elaborado pelo médico alemão Johann Peter Frank, conhecido como o pai da saúde escolar, publicado na Alemanha a partir de 1779, organizada em nove volumes (FIGUEIREDO *et al*, 2010). Além de contemplar a saúde escolar, tal sistema abrangia múltiplos aspectos da saúde pública e individual, tais como: demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, medicina militar, doenças infectocontagiosas, vestuário, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes (LIMA, 1985 *apud* FIGUEIREDO *et al*, 2010).

No contexto brasileiro, a literatura aponta que os primeiros estudos sobre a temática datam de 1850, sendo que foi a partir dos anos de 1889 que as ações de saúde escolar (também conhecida como

higiene escolar) ganharam notoriedade. Essas ações apresentavam traços sanitaristas e campanhistas e eram condizentes com o contexto histórico da época, que foi marcado por forte crise e, além disso, contou com a presença de epidemias, dadas as precárias condições de vida da sociedade, associadas à ausência de um sistema de saúde pública. Dessa forma, conforme atenta Santos (2005), foram desenvolvidas ações que denunciavam não a preocupação com a saúde em si, mas a preocupação com a diminuição da incidência de enfermidades, que também refletia a preocupação em garantir o progresso das transações comerciais.

Foi só a partir dos anos de 1950 que os programas direcionados à saúde na escola se apoiaram na biologização das problemáticas relacionadas à educação e as ações eram direcionadas às questões biológicas. Houve nesse período expressa preocupação com a desnutrição, que era relacionada como principal causa do fracasso escolar. Nos anos de 1960, os aspectos neurológicos, psiquiátricos e psicológicos e de saúde mental ganharam ênfase. Nessa perspectiva, para justificar o baixo rendimento escolar era comum o uso de termos: distúrbio de aprendizagem, disfunção cerebral, déficit neurológico e distúrbios de comportamento. Houve também nesse período a extinção do Departamento de Saúde Escolar em Divisão de Saúde e alguns órgãos responsáveis pela saúde do aluno foram “devolvidos” ao setor saúde e outros à Secretaria de Serviços Sociais. Todavia, os profissionais de saúde continuaram com suas atividades nas escolas (NETTO, 1979, *apud* SILVA, 2010).

Na década de 1970 foram criadas Comissões Mistas de Saúde e Educação, que eram coordenadas pelo setor saúde. Nessas comissões prevalecia uma estrutura hierárquica com definição de funções bastante específicas e normativas. Apesar da proposta, não foi possível garantir, de fato, a ação compartilhada entre os dois setores. A criação dessas comissões desencadeou na década de 1980 a tendência de afastar a assistência à saúde do âmbito da educação e restringi-la nos serviços de saúde. Outra característica desse período foi a ênfase na atenção primária à saúde e a prioridade para a criança de zero a seis anos e para a mulher, as quais foram influenciadas pela Conferência de Alma-Ata (SILVA, 2010).

O Movimento Preventista teve suas bases ancoradas no modelo flexneriano e, como o próprio nome denuncia, tinha por objetivo a prevenção de doenças, seus ideais concentravam-se na velha saúde pública. Nessa perspectiva havia a concepção de que os hábitos de vida adotados pelos indivíduos eram os responsáveis pelos problemas que comprometiam a saúde. Desse modo, eram desenvolvidas atividades que pudessem trabalhar a conscientização da população para a adoção de comportamentos que refletissem hábitos saudáveis, responsabilizando o indivíduo. Esse movimento também ficou conhecido como educação em saúde tradicional e foi responsável por dar origem ao movimento de Promoção da saúde em seu momento conservador, ou seja, aquele baseado na mudança comportamental e de estilo de vida, o qual foi representado pelo relatório Lalonde.

Paim e Almeida (1998) destacam, dentre as diversas práticas de educação e saúde adotadas nesse período, a *saúde comunitária*, apontada como um movimento que visava implantar nos centros comunitários de saúde a prestação de cuidados básicos de saúde, tendo como prioridade as ações preventivas. Apesar de apresentarem a proposta de articular práticas de educação e saúde de caráter preventivista, as ações desenvolvidas não favoreciam a participação dos usuários nesse processo. Oliveira (2005) ressalta que as críticas proferidas a esse modelo relacionam-se ao seu caráter preponderantemente individualista e normativo, que desconsidera a percepção holística presente na *nova saúde pública* e, além disso, não aprecia as práticas sociais e de promoção da saúde.

A inclusão formal do tema promoção da saúde pela educação no Brasil adveio com a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, no ano de 1996. Além de definirem o norte para o planejamento e disposição da grade curricular, ou seja, as disciplinas a serem trabalhadas, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) também balizam temas considerados de relevância para a sociedade brasileira, como questões referentes à ética, ao meio ambiente, à orientação sexual, à pluralidade cultural, à saúde, ao trabalho e consumo, e a outros temas que se configurem como importantes. É importante

ressaltar que, apesar de o documento não fazer menção de forma clara ao tema saúde na escola, toma a promoção da saúde como referência para trabalhar os temas referentes (BRASIL, 1997).

Silva e Pantoja (2009) afirmam que no Brasil a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o PSE, instituído por decreto presidencial no ano de 2007, contribuíram para a criação de um cenário favorável ao debate acerca de uma política nacional de saúde na escola. Além da Conferência de Ottawa e da VIII Conferência, os autores consideram que a implantação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) se configura como outro importante marco pela luta de mudança do modelo biomédico para o da promoção da saúde. Considera-se que foi com a inserção do conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS), a partir do projeto Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, que as práticas pedagógicas passaram, portanto, a incorporar o tema de educação em saúde, assim como os Ministérios da Saúde e da Educação passaram a desenvolver vínculos de cooperação, que podem ter contribuído com a criação da estratégia Educação Popular em Saúde no ano de 2003 (BRASIL, 2006 *apud* TUSSET 2012).

A Escola Promotora de Saúde (EPS) foi desenvolvida ao longo da década de 1990 como um dos desdobramentos do movimento da promoção da saúde. Sua formulação está direcionada para o desenvolvimento de práticas integradoras de saúde na escola. Desde então passou a ser divulgada com o apoio de organismos internacionais, como é o caso da Organização Pan-Americana da Saúde. É importante notar que foi no ano de 1995 que a OPAS lançou a proposta das EPS na América, almejando a mudança do paradigma tradicional da saúde escolar para uma educação voltada para a saúde integral (OPS/OMS, 1998 *apud* IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Seu conceito baseia-se na Carta de Ottawa e pressupõe que cabe à EPS o estímulo a estilos de vida saudáveis em toda a comunidade escolar, como também o desenvolvimento de um ambiente saudável condizente com a proposta de promoção da saúde. Desse modo, o organismo considera que se configura como promotora de saúde a escola que desenvolve uma atuação que contemple as seguintes áreas: ambiente saudável, oferta de serviços de saúde e educação em saúde (OPAS, 1995 *apud* SILVEIRA; PEREIRA, 2007).

Como afirmam Pelicioni e Torres (1999), o termo Escola Promotora de Saúde expressa o entendimento de que a Educação em Saúde não se faz apenas por intermédio do currículo explícito, mas pelo conhecimento da Educação em Saúde, expandido pelo apoio recíproco entre a Escola, as famílias e a comunidade. A essa relação os autores denominam de “currículo oculto”. Os autores ainda consideram que para se levar a sério o conceito de EPS, deve-se prestar atenção ao modo como se instrui e se participa da vida da escola para que a comunicação possa ser amparada e revigorada. De acordo com a OPAS (1998), a EPS é aquela escola que conta com um espaço físico seguro e confortável, com água potável, instalações sanitárias adequadas e um ambiente psicológico apropriado para a aprendizagem. A Organização afirma que a proposta das EPS é conceber futuras gerações com conhecimentos, habilidades e destrezas imprescindíveis para promover e cuidar de sua saúde, de sua família e comunidade, bem como produzir e cultivar espaços de estudo e convivência saudáveis. É importante notar que no ano de 1995 a OMS reuniu-se a um Comitê de Especialistas na Educação em Saúde e Prevenção na Escola para rever a situação da saúde escolar e foi estabelecida a meta de aumentar o número de escolas Promotoras de Saúde.

Rocha et al. (2002, p. 61) acreditam que os Parâmetros Curriculares relacionam-se com a ideologia da EPS, destarte, os autores afirmam que essa relação representa um espaço adequado para que a escola torne-se “[...] um polo difusor de valores e de ações que possibilitem aos indivíduos e às coletividades construir com maior segurança seus entornos e assumirem o controle de suas próprias vidas”. Com todos esses desdobramentos, nota-se uma concepção diferenciada. Há a preocupação com a participação ativa da população e com a construção de ambientes que sejam capazes de incidir positivamente na qualidade de vida, ainda que se considerem as dificuldades para o alcance de tais propostas.

No intuito de atender aos pressupostos da Política de Promoção da Saúde, diversos programas têm sido criados, dentre os quais destaca-se o Programa Mais Saúde: Direito de Todos. Lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, esse programa procurou aprofundar os objetivos propostos com a criação do SUS, no período de 2008-2011. Para tanto, suas diretrizes estratégicas foram organizadas em um conjunto de ações que abrangeram 73 medidas e 165 metas, as quais visavam o alcance de um sistema de saúde universal, equânime e integral, materializando ações de promoção da saúde e de intersetorialidade (BRASIL, 2012). Outras iniciativas também podem ser citadas, como é o caso do Programa Salto para o Futuro, criado no ano de 1991, que consiste na transmissão, por intermédio da internet, material impresso e pela TV Escola, de temas relativos à prática pedagógica (BRASIL, 2012). O Programa Mais Educação, criado no ano de 2007, cujo objetivo é a oferta educativa no contra turno para as escolas que apresentam um baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, também se constitui como exemplo disso (BRASIL, 2007).

Para a operacionalização das propostas contidas nos projetos desenvolvidos, pressupõe-se a necessidade do desenvolvimento de programas voltados para a capacitação de recursos humanos, haja vista se tratarem de programas que apresentam a necessidade de uma pedagogia diferenciada e que contam com a necessidade de ações intersetoriais, que por sua vez apontam para a necessidade de um trabalho interdisciplinar, de maneira a agregar elementos do cotidiano na prática educativa e apresentar uma leitura crítica da realidade, a fim de que as ações empreendidas nesse processo possam ser desvencilhadas de práticas conservadoras e retrógradas.

Sabe-se que os espaços acadêmicos não caminham na mesma celeridade das transformações que incidem na sociedade, antes, observa-se o predomínio da pedagogia tradicional nesses ambientes, daí reafirma-se a importância da formação continuada. Nessa perspectiva, visualizam-se algumas iniciativas, como é o caso do curso de especialização em Formação em Educação e Saúde pela Universidade Aberta do Brasil e o Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, além de cursos de capacitação acerca dos temas priorizados pelo PSE (BRASIL, 2011). Ademais, a própria escola como contexto de construção de relações sociais complexas tem se mostrado engessada, tanto os modelos de gestão do processo ensino-aprendizagem, quanto a implementação de projetos e programas inovadores.

Referente ao que foi exposto pode se afirmar que, com o passar de anos, as tendências do campo da saúde influenciaram o campo da educação. Todavia, o que também é possível perceber é que as iniciativas adotadas e os programas desenvolvidos estiveram concatenados à lógica do modelo biomédico, pois se centravam em meios de superação das doenças, sem que fossem consideradas as múltiplas necessidades que envolvem a saúde em seu conceito ampliado, as quais perpassam o cotidiano dos indivíduos.

Inicialmente as ações apresentavam forte traço repressor, expresso por intermédio da presença da polícia para inspecionar se o comportamento adotado nas escolas, seja pelos alunos ou pelo corpo técnico, refletiam padrões saudáveis. Além disso, conforme havia a mudança no quadro das problemáticas sociais, também ocorria paralela a isso a reformulação das ações responsáveis por enfrentá-las. Como exemplos, podem ser citados os programas de merenda escolar e os voltados para o aumento do rendimento escolar e diagnóstico de problemas auditivos e visuais. Esses programas denunciavam que a iniciativa de aproximar a saúde e a educação era fundamentada pela busca de identificar e lidar com os fatores que poderiam comprometer o rendimento escolar do aluno e, cabe notar, os fatores meramente biológicos.

Considera-se que os programas elaborados na perspectiva da “nova” promoção apresentam um viés diferenciado dos que foram desenvolvidos baseados em outras correntes. Todavia, é necessário atentar para a importância da realização do monitoramento e avaliação de tais programas para se averiguar se as ações desenvolvidas também representam inovação, ou se sobrepõe a isso uma mescla de modelos e ações consideradas anacrônicas. Nesse sentido, abordaremos, por conseguinte, algumas das dificuldades que permeiam a intersetorialidade entre a saúde e a educação.

Dificuldades na promoção da saúde por meio da intersectorialidade entre as políticas da saúde e educação

Quando paramos para refletir sobre a necessidade de articulação entre as políticas de educação e saúde inevitavelmente surge o debate sobre a estratégia da intersectorialidade, por se constituir no dispositivo mais adequado para indução dessa articulação. Contudo, para além dos problemas estruturais que configuram as citadas políticas sociais, a própria intersectorialidade também possui entraves para sua materialização, que vão desde os problemas estruturais já mencionados até a qualificação do debate sobre a mesma que ainda se mostra incipiente, carecendo de mais aprofundamento. A literatura tem sido profícua nos últimos anos, sinalizando um aumento substancial sobre o tema. É possível constatar que em algumas áreas específicas os pesquisadores têm se empenhado em avançar na definição da intersectorialidade e apreendê-la em suas especificidades. A priori, as produções envolvendo a área da saúde se mostram afeitas a tal avanço. Autores como Andrade (2004); Valadão (2004); Papoula (2006); Monnerat e Souza (2009); Inojosa (2001) e Junqueira (1996), já apontaram como são complexos os caminhos que levam à construção de arranjos intersectoriais nesse campo.

Quando nos reportamos particularmente às ações intersectoriais entre a saúde e a educação na perspectiva da promoção da saúde, observamos que as mesmas estão sendo cada vez mais necessárias, haja vista o aumento da violência, das desigualdades sociais, do uso de drogas no cenário escolar. Crianças e adolescentes têm se mostrado extremamente vulneráveis no ambiente escolar, o que faz da escola cenário perfeito para que as ações de prevenção e promoção da saúde sejam desenvolvidas.

Entretanto, o que a literatura também nos aponta é a dificuldade que persiste no desenvolvimento de ações intersectoriais entre esses setores. No rol das dificuldades apontadas encontra-se, conforme já mencionado, a dificuldade em desenvolver ações que sejam convergentes com o conceito ampliado de saúde. Nota-se a tendência da particularização das problemáticas, desvinculando-as de todos os fatores que podem contribuir para a sua produção e reprodução. Eberhardt e Reis (2011) afirmam que essa desvinculação contribui para reforçar a medicalização das problemáticas educacionais.

Considera-se ainda que o processo de formação profissional, que apesar de duras críticas ainda segue baseado na lógica da especialidade, é um importante contributo para a reprodução da problemática apresentada acima, pois os profissionais tendem a desempenhar suas práticas dentro dos limites de suas áreas de atuação. Além disso, verifica-se que é comum a estes profissionais contarem com a sobrecarga de responsabilidades e atribuições dentro de seus setores, o que dificulta a possibilidade de romper com o conservadorismo presente nas ações desenvolvidas.

Julga-se que essa problemática complica sobremaneira o alcance da intersectorialidade, pois se verifica que diante da dificuldade em contornar a instituição de práticas que favorecem uma lógica não intersectorial, nota-se a tendência de designar ao profissional a responsabilidade por romper com essa lógica e traduzir a intersectorialidade em ações concretas. Andrade (2004) afirma que na esfera municipal essa dificuldade e responsabilidade recaem sobre o gestor, e nessa perspectiva aponta para a necessidade de que a construção de práticas e saberes intersectoriais também sejam preconizados e realizados na esfera nacional.

Diversos estudos apontam para a necessidade de que a intersectorialidade seja utilizada como instrumento de gestão, ao invés de ser reduzida a uma mera responsabilidade dos profissionais, a saber: Monnerat e Souza (2009); Bronzo (2010); Arkeman et al (2014). Nessa perspectiva, Inojosa (2001) acredita que para a adoção da intersectorialidade na gestão pública é necessário priorizar algumas ações e práticas: mudança de paradigma, ou seja, criação de uma nova forma de pensar, que leve em consideração a complexidade das demandas sociais; projeto político transformador com o intuito de dar impulso à questão da inclusão social e da equidade, superando a existência das políticas assistencialistas; planejamento e avaliação participativos e com base regional, com vistas a atender às necessidades locais; e a atuação em

rede de compromisso social, no intuito de favorecer a mobilização dos atores sociais ligados ao aparato governamental e à sociedade, para que juntos possam trabalhar as problemáticas da sociedade.

Silva e Rodrigues (2010) chamam a atenção para a importância da construção de espaços que favoreçam a comunicação e que possibilitem a aceção de conceitos e objetivos comuns, tornando viável o planejamento participativo das ações que requerem contribuições de outros setores. Em contraposição a esse trabalho articulado/partilhado, o que se observa é que há o predomínio do setor saúde em relação à educação no desenvolvimento dessas ações. Silva (2010) pondera que a análise das questões referentes aos programas de saúde na escola precisa compreender os indicadores da educação como um desafio à promoção da saúde, haja vista a educação ser considerada como um dos fatores determinantes das condições de saúde, bem como a educação precisa entender os indicadores de saúde que comprometem a qualidade de vida e a qualidade da aprendizagem. Desse modo, o autor considera que a interlocução entre esses setores não deverá se restringir aos conhecimentos específicos de cada um deles, todavia deverá levar em consideração os indicadores e as questões estratégicas de ambos.

Apesar dos avanços que constam nos registros referentes ao desenvolvimento dos programas voltados para a saúde escolar, nota-se que estes ainda contam com falhas e deficiências e muitas vezes não se adequam às prioridades e oportunidades concretas de cada escola. Nesse sentido, é imprescindível que as escolas elaborem planos de estudo que sejam convergentes com as necessidades que apresentam (PELICIONI; TORRES, 1999). Nesse contexto, observa-se a predileção pela reprodução de arquétipos já estabelecidos, e o desenvolvimento de propostas adequadas à realidade local acaba sendo comprometido pelas dificuldades pontuadas por Silva e Caballero (2010) em manter-se atento à possibilidade de invenção e de resistir à atração que o instituído oferece à reprodução, à repetição de modelos já consolidados.

Além do mais, isso requer mudança. Viana (*apud* PAPOULA, 2006) nota que os municípios brasileiros têm contado com a implementação de políticas sociais com propostas inovadoras e com programas de desenho intersetorial. Todavia, inúmeras barreiras burocráticas e corporativas contribuem para o insucesso dessas experiências, dentre as quais a resistência a mudanças quanto aos modelos de serviço.

Ademais, Silva e Rodrigues (2010) versam que a intersetorialidade ainda se constitui como um objetivo a ser alcançado. As autoras reconhecem que em um território há várias possibilidades de articulação em rede, contudo, para que o serviço de saúde local possa de fato estabelecer parcerias intersetoriais é imprescindível ir além da negociação de tarefas e da transferência de responsabilidades. Conforme afirma Silva (2010, p. 197), para o desenvolvimento de ações intersetoriais “[...] é fundamental que todos os setores e atores envolvidos estejam, de fato, compartilhando desde seus objetivos e metas, as atividades, os processos, as questões, as dúvidas, os resultados, os erros e os acertos”. Para tornar essas propostas em práticas contundentes é necessário entender que “[...] forjar um Estado que opere na lógica da ação pública intersetorial supõe implementar uma nova institucionalidade social” (CEPAL 1998, p.175).

É diante desse cenário de impasses que o Programa Saúde na Escola se propõe a desenvolver ações de saúde escolar, para o que conta com a parceria da Estratégia Saúde da Família. O PSE foi instituído por intermédio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Fruto de um trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, o programa tem por finalidade a ampliação das ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos. Para tanto, visa o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Sua regulamentação se deu através das Portarias: GM/MS 1861/2008; 2931/2008; 3146/2009; 1537/2010 e 3693/2010 (BRASIL, 2008).

De acordo com o artigo 2º do Decreto Presidencial nº 6.286, são objetivos do PSE:

- I – 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;

- II – 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;
- III – contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV – contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V – fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI – promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII – fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

As atividades a serem planejadas e desenvolvidas pelo PSE em parceria com a ESF são organizadas em cinco componentes:

- I – avaliação clínica e psicossocial;
- II – ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos;
- III – educação permanente e capacitação de profissionais da educação e saúde e de jovens para o PSE;
- IV – monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes;
- V – monitoramento e avaliação do PSE (BRASIL, 2007).

As responsabilidades intersetoriais do PSE são determinadas após a adesão dos municípios ao programa, que se dá a partir da assinatura do Termo de Compromisso entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação. Nesse Termo, os gestores firmam compromisso com um conjunto de metas anuais e vinculam as ESF às escolas do território de responsabilidade. A definição das metas é de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI – M), que são monitoradas por intermédio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) (BRASIL, 2011). As ações de saúde na escola, consideradas indispensáveis para a efetivação do programa, são realizadas pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007, 2008).

Contudo, há que se ressaltar que no decorrer de 20 anos da criação do PSF (atualmente Estratégia Saúde da Família), o que se observa é que a atenção básica ainda segue com a precarização de seus serviços, precarização essa que envolve tanto os recursos materiais quanto os físicos e humanos. Vinculado a isso, ainda é possível observar a prevalência da procura pelos serviços referentes aos níveis secundários e terciários. Cabe ressaltar que em inúmeras situações esses serviços são procurados para atender às demandas que poderiam ser solucionadas na atenção primária: diversos estudos mostram que importante quantitativo de internações tem sido considerado como causas sensíveis à atenção primária.

É nesse contexto de dificuldades que se estabelece a articulação do ESF ao PSE. Verifica-se que, de fato, o PSE apresenta um caráter inovador no tocante à política de saúde escolar, pois além de propor uma atuação que rompe com o caráter meramente assistencialista das ações, expressa por intermédio de propostas que preconizam o trabalho direcionado à promoção da saúde, preconiza para tanto a intersetorialidade como mecanismo central dessas ações. Entretanto, importantes entraves são apontados na literatura específica, ainda escassa, cabe ressaltar. Em estudos realizados por diversos autores, como Faria *et al* (2013), Closs *et al* (2013), Silva e Rodrigues (2010), têm sido identificadas problemáticas semelhantes no processo de implementação e condução das propostas do programa.

A compreensão quanto ao conceito de promoção da saúde por parte dos profissionais é apontada como uma dessas problemáticas. Eles consideram como algo de extrema importância a ser trabalhado no ambiente escolar, porém apresentam uma visão muito limitada, resumindo-a ao desenvolvimento de

hábitos alimentares e de higiene. Outro fato desafiador é que alguns desses estudos também expressam uma compreensão equivocada acerca da promoção da saúde por parte dos autores, o que reforça que, de fato, o entendimento referente ao conceito de promoção da saúde é um grave problema que compromete seu alcance.

As inconsistências entre a concepção de promoção à saúde adotada na construção do PSE nas ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde e a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Com base nas análises do aporte técnico e legal do PSE, nota-se que quando os documentos se reportam à Promoção da Saúde/PS, não assumem claramente a base conceitual da OMS (a exemplo do Decreto nº6.286 de 5 de dezembro de 2007 que cria o PSE; o Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola de 2009) e, quando o fazem, apresentam interpretações reducionistas da abordagem assumida pela organização: 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” (OMS, Carta de Ottawa, 1986).

Em grande parte dos documentos legais são mencionadas ações profissionais, descoladas do contexto estrutural marcado pelas desigualdades e pelo baixo impacto das políticas de natureza social. São ações planejadas através de campanhas sazonais como se fora a tradução material do processo mais complexo da Promoção à Saúde sinalizada pela OMS, 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 Otawa), estão ratificados aspectos como participação popular, responsabilização do setor público, redução das iniquidades, sem os quais se torna inexecutável promover saúde.

Essa ambivalência de compreensão é prejudicial na implementação de programas de corte social. Graciano (2014), em pesquisa similar junto a professores do ensino fundamental, adverte sobre o aspecto nocivo de os profissionais que atuam no PSE não trabalharem em sintonia em relação à compreensão do que seja promoção da saúde. Segundo a autora: “As professoras apresentaram uma tendência em direcionar o conceito de promoção da saúde às características da prática profissional e às condições de vida dos escolares” (GRACIANO, 2014; p.7). A análise documental comprovou distorções referentes ao arcabouço proposto pela OMS em relação ao que se considera Promoção da Saúde e aos aportes teórico-metodológicos constantes no PSE.

Quando se trata das escolhas e dos fatores a serem enfrentados pelo programa, o que se percebe (no âmbito da análise documental) é que estes são tratados como apenas questão de educação em saúde, sem que haja o reconhecimento de que as escolas públicas e seus entornos apresentam demandas internas para além do que está disposto no componente II, ou seja, ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física; educação para a saúde sexual; saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS – saúde e prevenção nas escolas e prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas. Em que pese os últimos dados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica/ IDEB (2014) que apresenta uma “melhoria do desempenho escolar” e a cultura da avaliação instalada no âmbito do Ministério da Educação, a situação socioeconômica e de estrutura das escolas públicas no Brasil continua alarmante. É importante apontar que os documentos analisados apresentam diretrizes voltadas para o contexto nacional sem intuir aos gestores a necessidade de considerarem suas realidades locais na priorização das demandas a serem respondidas pelo PSE.

Entende-se que o planejamento e o desenvolvimento das ações do PSE precisam levar em consideração as proposições da PNPS, pois representa um marco político/ideológico no processo de construção do SUS ao retomar o debate político acerca das condições necessárias para que sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis, propondo que haja uma substituição de um processo de trabalho centrado na culpabilização individual pelo cuidado com a própria saúde. Ademais, objetiva a promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006a).

Entende-se que o Programa tem reproduzido nos conteúdos de portarias e manuais para gestores uma prática desvencilhada do viés crítico que a Nova Promoção da Saúde propõe, expressa a partir da predominância do enfoque aos fatores biológicos, o que pode talvez ser explicado devido a preponderância do setor saúde na condução de suas propostas, uma vez que esse setor ainda sofre as influências do modelo biologicista, conforme constaram Brandão (2014); Gomes (2012) e Ferreira *et al* (2012). Não sem razão, a análise documental atestou que, no contexto de formulação e normatização do programa, isso é evidenciado nomeadamente porque das oito Portarias que regulam o PSE, cinco foram emitidas pelo MS e se referem aos recursos financeiros, ou seja, um de seus pilares de sustentação.

Foi possível perceber, sobretudo, que a promoção da saúde não se constitui, de fato, como elemento central do Programa, ao menos a que se refere à corrente da “Nova Promoção da Saúde”. Antes, o que se observa é que há ainda a ênfase em fatores comportamentais em detrimento dos fatores de ordem contextual como inferem as proposições da Nova Promoção da Saúde. Tal constatação é facilmente expressa nos documentos: Passos a Passo PSE Tecendo Caminhos da Intersetorialidade e Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola.

Considerações finais

Ao analisarmos a política de saúde desde sua gênese aos dias atuais, considera-se que o maior desafio que se sobrepõe aos ideários do SUS ainda consiste na superação do modelo biomédico, que exerce influências desde a formação dos profissionais, ao modo como os serviços de saúde são dispostos à sociedade. Assim como já foi exposto, inúmeras estratégias são elaboradas no intuito de garantir essa superação, entretanto, essas estratégias não atingem os pilares que sustentam esse modelo.

Entende-se que a Promoção da Saúde representa um importante mecanismo de enfrentamento, pois propõe ações que envolvem os aspectos da prevenção, promoção e atenção. Entretanto, apesar de possuir um caráter que vai de encontro ao reducionismo característico do modelo biomédico, ela conta com inúmeros empecilhos, a começar pelas dificuldades de empreender uma prática diferenciada dentro de um sistema que não favorece nada que não corrobore com sua sustentação. Sua esfera conceitual figura como outro importante empecilho. Nas últimas décadas a percepção dos países sobre a Promoção da Saúde sofreu algumas mudanças, seja referente à conceituação, seja referente à prática. Houve o entendimento de que a mera realização de ações que tinham o foco no controle e na prevenção de doenças e que eram baseadas no modelo tradicional era insuficiente. Desse modo, atentou-se para a importância de levar em consideração os determinantes da saúde, de traçar estratégias que pudessem incidir sobre a situação de desigualdade social, de se investir na participação do indivíduo e buscar contribuir com seu empoderamento.

E dessa forma foram sendo elaboradas críticas ao modo como era realizada a culpabilização do indivíduo frente a problemáticas que exigiam uma análise aprofundada, e obviamente estratégias de enfrentamento que contassem com o envolvimento de diversas instâncias, setores e até a participação social, só que dessa vez, uma participação ativa, crítica.

Nessa perspectiva foram sendo arquitetados programas de saúde escolar a partir das novas compreensões sobre a temática. Porém, ocorre que por mais que o conceito de saúde tenha sido ampliado desde os anos de 1948, as ações desenvolvidas não conseguiram se desvencilhar das influências do antigo conceito. Mesmo possuindo um caráter abrangente, a Promoção da Saúde acaba contraditoriamente sofrendo as influências do modelo que tenta combater, sendo, dessa forma, possível constatar que as ações que têm se destacado são as ações curativas, assistenciais e por outro lado, as ações de promoção têm sido confundidas com as de prevenção.

Levando em consideração as prerrogativas da Promoção da Saúde, o PSE foi proposto no intuito de oferecer uma assistência integral aos alunos, e também alcançar os seus familiares. Todavia, suas propostas são lançadas diante de um cenário que não favorece sua adequada implementação. A partir da análise de seus documentos, o que se percebe é que por mais que seja afirmada a Promoção da Saúde como princípio norteador para a condução de suas propostas, não é possível identificar concretamente que seja adotada como centro nuclear do Programa. Além disso, nota-se que há uma mistura de concepções acerca da Promoção da Saúde que, conforme afirmado tem uma ampla produção teórica acerca de sua conceituação. Nota-se que em alguns momentos da redação dos documentos utiliza-se da corrente da nova promoção, entretanto quando se refere às ações nota-se a predominância do conceito conservador, que foca na mudança comportamental sem levar em consideração os determinantes sociais.

Além disso, observa-se que o PSE, em seu discurso de empreender uma nova forma de pensar a saúde escolar, acaba por reproduzir uma prática comum no Estado liberal, a de responsabilização dos indivíduos. É notório o predomínio da tendência em culpabilizar os profissionais pelo insucesso ou sucesso dos programas desenvolvidos. Em contraponto a isso não se observa o desenvolvimento de medidas que possam recair sobre as condições por intermédio das quais esses trabalhadores desempenham suas funções.

Desse modo, questiona-se: o que se esperar do desenvolvimento de algo que já foi proposto anteriormente, sem que houvesse logrado o êxito esperado devido às condições estruturais que apresenta, e que posteriormente é reafirmado como se houvesse sido incorporada uma nova “roupagem” sem que houvesse uma alteração nas dificuldades estruturais apresentadas? Além do mais, a preponderância que é dada ao setor saúde reflete uma compreensão que difere do conceito ampliado de saúde e aponta para uma concepção limitada acerca da intersetorialidade. Entretanto, cabe ressaltar que a iniciativa, ainda que limitada de articular a saúde e a educação já pode ser considerada como um avanço, pois o que se constata é que há expressiva dificuldade de romper com a compreensão da intersetorialidade como sendo um instrumento ligado apenas à saúde.

Diante das dificuldades apontadas, nota-se que o modo como o PSE tem funcionado tem corroborado com o modelo privatista. Claro que não podemos ignorar o fato de que a literatura aponte o alcance de êxito em algumas ações pontuais elaboradas para atender aos objetivos da promoção, entretanto essas ações têm sido relacionadas como iniciativas pessoais de profissionais. É perceptível na literatura utilizada para a realização dessa pesquisa que o PSE tem contribuído para a melhoria do aspecto assistencial dos estudantes, porém, a participação social, o empoderamento, a utilização de ações multi-estratégicas seguem como um importante desafio a ser enfrentado pelo Programa.

Referências

ALGEBAIL, Eveline Bertino. **Escola Pública e Pobreza: expansão escolar e formação da escola dos pobres no Brasil.** Tese de Doutorado em Educação. UFF, Niterói, 2004

ANDRADE, Luís Odorico Monteiro. **A saúde e o dilema da intersetorialidade.** 2005. 364 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 17/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial** da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em 28/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 de 30 de março que cria a **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006a, v.7. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF. Disponível em: http://http://bvsm.saude.gov.br/bvs/ppublicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 26/04/2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. 2013. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16738&Itemid=1128. Acesso em: 18/04/2014.

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**. 2011; Brasília. Disponível em: http://189.28128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf. Acesso em: 18/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 25/10/2014.

BRASIL, República Federativa. Decreto presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que cria o **Programa Nacional de Saúde na Escola**. Brasília, DF. Diário Oficial da União, de 06 de dezembro de 2007. Seção 2, p. 02. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/decreto/d6286.htm. Acesso em: 12/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Guia de Sugestões e Atividades Semana Saúde na Escola**. Brasília, 2014.

BRANDÃO, Roberto Eduardo Albino. **A implementação do Programa Saúde na Escola no território de Manguinhos (RJ): estratégias de privatização na política pública**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

BRONZO, Carla Ladeira. **Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo**. 2010. Disponível em: www.ipea.gov.br. Acesso em: 19/04/2014.

CLOSS, T. T. et al. **Articulação intersetorial entre atenção básica e educação: a escola como espaço de promoção de saúde**. 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/1/15.pdf>. Disponível em: 23/01/2015.

EBERHARDT, T. D.; REIS, L. F. **Programa saúde na escola – PSE: estruturado de acordo com os princípios do sus? Anais do 5º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. As políticas Sociais nas transições Latinoamericanas no século XXI: Tendências e desafios**. 9 a 12/10/2011.

FARIA, F. H. P. et al. **Percepções de profissionais de saúde da família e de educação sobre a Promoção da Saúde no ambiente escolar**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, abr/jun de 2013. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9651/2/PERCEP%C3%87%C3%95ES%20DE%20PROFISSIONAIS%20DE%20SA%C3%9ADE%20DA%20FAM%C3%8DLIA%20E%20DE%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20SOBRE%20A.pdf>. Acesso em: 23/01/2015.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T. M.; ABREU, M. M. S. A SAÚDE NA ESCOLA: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO. **REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, RIO DE JANEIRO VOL.15, N. 2, MAR. 2010. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/CSC/V15N2/12.2%20TULIO.PDF](http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/12.2%20TULIO.PDF) ACESSO EM: 23/11/2014.

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653199&indxSearch=ID>. Acesso em: 23/11/2014.

GOMES, Mauro de Lima. **Política Nacional de Promoção da Saúde: potência de transformação ou política secundária?** 2009. 88 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.ppfh.com.br/wp-content/uploads/2014/01/D_politicanacional.pdf. Acesso em: 23/12/2014.

GRACIANO, Andreia Monteiro de Castro. **Percepção de Professores sobre a promoção da Saúde em Escolas Públicas do Ensino Fundamental**. Tese de Doutorado em Odontologia, UFMG, Belo Horizonte, 2014.

INOJOSA; Rose Marie. **Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade**. Cadernos FUNDAP, São Paulo, v. 22, n. 1, p.102-110, 2001. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf. Acesso em: 23/09/2014.

- IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa. **A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde.** In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Escola promotora de saúde. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf. Acesso em: 23/07/2014.
- JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. A descentralização e a gestão municipal da política da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 21, 1996.
- LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>. Acesso em: 23/06/2014.
- MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista SER Social**, Brasília, v.12, n.26, p. 200-220, jan./ jun. 2009. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/1023/683
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Santafé de Bogotá.** Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992. Disponível em: <<http://www.ergonomianotrabalho.com.br/artigos/Santafe.pdf>> Acesso em: 22 de mar. de 2014.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Escuelas promotoras de la salud - entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras.** Comunicación para la salud no.13. Washington DC., 1998. Disponível em: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m03.pdf>. Acesso em: 22/12/2014.
- PAIM, Jairnilson Sousa; ALMEIDA, Filho Naomar. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>. Acesso em: 22/04/2014.
- PAPOULA, Suzana Rezende. **O processo de trabalho intersectorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores.** 2006. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5255/2/814.pdf>. Acesso em: 03/01/2015.
- PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. **A Escola Promotora de Saúde.** Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Prática de Saúde Pública. Série Monográfica. São Paulo, 1999.
- PENSE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.** Ministério da Saúde; IBGE; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2012.
- PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Revista O Mundo da Saúde**, São Camilo, v.24, n.1, p. 39-44, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=264216&indexSearch=ID&lang=p>> Acesso em: 22/03/2014.
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Campo Grande; 2013.
- ROCHA, D.G.; MARCELO, V.C.; PEREIRA, I.M.T.B. **Escola Promotora de Saúde: Uma Construção Interdisciplinar e Intersetorial.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Pulo, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2002. Acesso em: 23/12/2014.
- SANTOS, Débora de Souza. **Ações Intersetoriais de Educação e Saúde: entre teoria e prática.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem das Faculdades de Ciências Médicas da universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.
- SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. **Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização.** Revista Interface Comunicação Saúde e Educação, Distrito federal, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>. Acesso em: 23/07/2014.
- SILVA, Carlos dos Santos. **Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio De Janeiro.** 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- SILVA, C. S. S.; PANTOJA, A. F. **Contribuições da avaliação na identificação de efetividade e da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro.** B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-04.pdf>. Acesso em: 22/04/2014.
- SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set-out 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/11.pdf>. Acesso em: 23/03/2014.
- TUSSET, Dalila. **Competências em Promoção da Saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal.** Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11930/1/2012DalilaTusset.pdf>. Acesso em 23/07/2014.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola**: um campo em busca de um espaço na agenda intersetorial. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo – SP. 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>. Acesso em: 26/09/2014