



University of
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Universitário Santo Agostinho

revistafsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 16, n. 2, art. 8, p. 149-165, mar./abr. 2019

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2019.16.2.8>

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



A Escola como Dispositivo Social de Promoção da Saúde

School as a Social Device for the Promotion of Health

Lúcia De Fátima da Silva Santos

Mestra em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí

E-mail: lucia3584@hotmail.com

Tauani Zampieri Cardoso

Doutora em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

E-mail: tauanizampi@gmail.com

Mayane Carneiro Alves Pereira

Mestra em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí

Professora da Universidade Federal do Piauí

E-mail: mayanealves@hotmail.com

Osmar de Oliveira Cardoso

Doutor em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

Professor da Universidade Federal do Piauí

E-mail: osmar.cardoso@gmail.com

Endereço: Lúcia de Fátima da Silva Santos

Universidade Federal do Piauí - Av. Universitária -
Ininga, Teresina - PI, 64049-550. Brasil.

Endereço: Tauani Zampieri Cardoso

Universidade Federal do Piauí - Av. Universitária -
Ininga, Teresina - PI, 64049-550. Brasil.

Endereço: Mayane Carneiro Alves Pereira

Universidade Federal do Piauí - Av. Universitária -
Ininga, Teresina - PI, 64049-550. Brasil.

Endereço: Osmar de Oliveira Cardoso

Universidade Federal do Piauí - Av. Universitária -
Ininga, Teresina - PI, 64049-550. Brasil.

**Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar
Rodrigues**

**Artigo recebido em 06/12/2018. Última versão
recebida em 21/01/2018. Aprovado em 21/12/2018.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review
pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review
(avaliação cega por dois avaliadores da área).**

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

Este trabalho tem como objetivo descrever como a escola se consolidou em dispositivo social de promoção da saúde. **Método:** Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico na literatura cinzenta e em bases de dados eletrônicas, segundo critérios metodológicos pré-estabelecidos. **Resultados:** A literatura analisada abordou a saúde na escola em aspectos como a origem, caráter e desenvolvimento das ações de saúde, modelos de saúde na escola, a saúde na escola para a promoção da saúde e os seus principais desafios. **Conclusão:** As ações de saúde assistenciais e pontuais, bem como as dificuldades que envolvem a articulação intersetorial ainda são os principais desafios para a promoção de saúde na escola.

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

ABSTRACT

Objective: This study aims to describe how the school was consolidated in a social device for health promotion. **Method:** A bibliographic survey was carried out in the gray literature and in electronic databases, according to pre-established methodological criteria. **Results:** The literature analyzed the health in the school in aspects such as the origin, character and development of health actions, health models in the school, health in the school for the promotion of health and its main challenges. **Conclusion:** Assistance and punctual health actions, as well as the difficulties involved in intersectoral articulation, are still the main challenges for health promotion in school.

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

1 INTRODUÇÃO

A saúde advém de múltiplas ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do estado, da sociedade civil e do sistema de saúde. Deste modo, não é garantida apenas pelo indivíduo, tampouco pelo setor da saúde, no seu sentido literal (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004). Esse debate ganha força e reconhecimento no Brasil e reafirma a escola como espaço relevante para construção de cenários mais favoráveis à vida com qualidade (SILVA; BODSTEIN, 2016).

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 a 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).

A promoção da saúde está relacionada à prevenção primária e se refere a um processo multifatorial e de responsabilidade multidisciplinar (DORA *et al.*, 2012). Portanto, as ações de Promoção da Saúde constituem uma estratégia da saúde coletiva, tendo em vista que se opõem à medicalização da sociedade, inclusive no interior do próprio sistema de saúde. Por isso, essas medidas são entendidas como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre os determinantes e condicionantes de saúde, visando melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas (BÓGUS, 2002; MOYSÉS, MOYSÉS, KREMPEL, 2004).

Nesse contexto, o setor educacional, em virtude de sua capilaridade e abrangência, caracteriza-se como um aliado importante na consolidação de uma política intersetorial voltada para a concretização de ações de promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Em observância a essas características as políticas públicas de saúde reconhecem a escola como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de educação para saúde (BRASIL, 2009).

Diante disto, este estudo tem como objetivo realizar uma retrospectiva histórica da saúde na escola e, deste modo, descrever como a escola se consolidou em dispositivo social de promoção da saúde.

2 MÉTODO

Este trabalho consiste numa revisão da literatura baseada na consulta à literatura cinzenta e às bases de dados eletrônicas, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) durante os meses de Março de 2015 a Dezembro de 2017. Foram utilizados para a pesquisa nas bases eletrônicas de dados os termos DEC's (Descritores em Ciências da Saúde) “*school health*”, “*health promotion*” e “*public health*”, isolados e juntos de suas combinações, utilizando os operadores booleanos.

Foram critérios de inclusão para este estudo artigos originais, relatos de experiência/caso, livros, teses, dissertações, manuais e cartilhas do Ministério da Saúde e Órgãos Nacionais e Internacionais de Saúde, bem como documentos oficiais nacionais, publicados em português ou inglês, que documentassem como a escola se consolidou em dispositivo social de promoção da saúde, desde a origem da saúde na escola até os dias atuais. Foram excluídos estudos epidemiológicos realizados nas escolas.

A pesquisa e a seleção de artigos foram realizadas por dois autores, de forma independente e cega, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e aqui apresentados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a supressão das duplicatas, dos artigos que não obedeciam aos critérios de inclusão e daquela, cuja temática não contemplavam a abordagem desse estudo, os artigos selecionados foram avaliados por dois pesquisadores, partindo da leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, da leitura do artigo na íntegra. As informações pertinentes foram coletadas através de fichamentos que possibilitaram identificar convergências, permitindo a apresentação dos resultados e o agrupamento da discussão em eixos temáticos.

Foram analisadas 26 publicações, entre elas artigos, dissertações, teses, livros e documentos oficiais. A literatura explorada para este estudo abordou a saúde na escola em aspectos como a origem, caráter e desenvolvimento das ações de saúde, modelos de saúde na escola e a saúde na escola nos dias atuais, explicando as relações entre a saúde e a escola e a importância da saúde na escola para a promoção da saúde. Assim, as informações obtidas foram categorizadas e discutidas nos tópicos que seguem.

3.1 Saúde Escolar e Saúde na Escola

No campo da saúde na escola algumas expressões, tais como “saúde escolar” e “saúde do escolar” se legitimaram, ganhando sentido genérico para políticas e programas de saúde que se realizam no espaço da escola. Todavia, nas questões ligadas a pessoas na faixa etária convencionada para educação fundamental (7 a 14 anos), também é comum o uso dessas denominações, gerando uma imprecisão quanto ao sujeito de quem se fala, além do restringir esses termos a um grupo populacional. Nas referências anteriores ao Sistema Único de Saúde (SUS), a expressão “saúde escolar” foi amplamente utilizada em decorrência das representações adquiridas em décadas de práticas, principalmente assistenciais e normativas (VALADÃO, 2004).

A expressão “saúde na escola” compreende programas, ações, concepções e projetos de saúde que acontecem no cenário da escola, sejam eles de natureza educativa, preventiva ou assistencial. Nesse aspecto, a “promoção da saúde na escola” corresponde a estratégias que visam gerar resultados positivos sobre a qualidade de vida e os determinantes da saúde dos membros da comunidade escolar (VALADÃO, 2004).

3.2 Uma Breve Retrospectiva Histórica da Saúde na Escola

O vínculo entre educação e saúde é reconhecido desde a antiguidade grega e estendeu-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 *et al.*, 2009). No entanto, somente no final do século XVIII e início do século XIX nasce 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 (sendo os dois últimos póstumos) 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” que influenciaram na saúde escolar (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

O Sistema Frank dispunha detalhadamente sobre o atendimento ao escolar e à supervisão de instituições educacionais particularizando, a partir da 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 como pai da saúde escolar e inspirou Franz Anton Mai na elaboração de um código que enfatizava o problema da educação. Em uma de suas leis, Mai propunha 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. Isso implicou o 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).

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). 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 dessas prescrições e 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) e assim contribuir na superação do “atraso” dos países subdesenvolvidos (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Inspirada nessas experiências, a saúde na escola praticada nas décadas de 1980 e 1990 passou a ser reconhecida como um modelo de “higiene escolar”, que se restringia a programas escolares caracterizados 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 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003; CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014; CASTRO, 2008).

Deste modo a saúde escolar ou, mais propriamente a higiene escolar da época, se deu na intersecção de três doutrinas: a da 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).

Neste modelo “medicalizado”, com ênfase nas ações de caráter preventivo e assistencial, 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 ao qual os profissionais da saúde e todos os membros da comunidade escolar pudessem converter-se em atores ativos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003).

Em 1954, a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou 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. Apresentou-se, então, uma abordagem inicial do conceito de Escola Promotora de Saúde (OMS, 1954).

Assim, 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 e condicionantes sociais, e a escola apresentou-se não mais como um local 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 Escolas Promotoras de Saúde (BRASIL, 2007b).

Desse modo, o desenvolvimento histórico da saúde escolar passou por distintas fases e definições que sustentaram teoricamente as práticas de saúde na escola. Isso significa que, ao longo do tempo, diversos modelos de saúde na escola foram sendo planejados e implantados, pelos conceitos de saúde e educação elaborados para cada época.

3.3 A Saúde na Escola no Brasil

No Brasil, o discurso patológico e higienista na escola tem 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). Também foi nesse período que 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. Ainda que a escola não tivesse nenhum destaque especial, era mais um dos locais que reuniam uma quantidade considerável de pessoas (LIMA, 1985). Nesse período, priorizava-se o desenvolvimento de hábitos, atitudes e valores, levando-se em consideração a dimensão assistencial e atitudinal, a partir do entendimento de indivíduo saudável difundido à época. Deste modo, pretendiam-se evitar a transmissão de doenças infecto- contagiosas na escola (FERRIANE, 1997).

Segundo Mohr e Schall (1992), a implementação da saúde nas escolas se tornou obrigatória através 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, via 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).

Contudo, a questão da higiene escolar só ganhou impulso a partir de 1900, época em que o país vivenciava uma crítica situação de saúde pública, embora nesse período um decreto já tratasse de regulamentar a inspetoria das escolas públicas e privadas da Corte (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A concepção higienista-eugenista marcou o início do século XX no Brasil e se estabeleceu durante os primeiros trinta anos desse século. Essa concepção tinha como pressupostos a educação para o desenvolvimento de uma “raça” sadia e produtiva, obtida por meio de um conjunto de ações capazes de introduzir hábitos higiênicos e eugênicos na população e reestruturar o “tipo nacional” (LAROCCA; MARQUES, 2010; VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008). As práticas pedagógicas desse modelo de saúde escolar eram concentradas 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).

No transcorrer do século XX, a década de 1950 constituiu um marco na história da saúde escolar no Brasil, posto que nesse período a escola se tornou reconhecida como espaço ideal para iniciativas e abordagens em saúde, a partir e/ou dentro de uma perspectiva sanitária (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003; BRASIL, 2009). Esse modelo perdurou até início dos anos 2000 e se caracterizava por múltiplas intervenções desarticuladas com ênfase na transmissão didática de informações sobre temas isolados, como cuidados de higiene e primeiros socorros, além da assistência médica e/ou odontológica. As ações de saúde centravam-se na apropriação dos corpos dos estudantes que, sob o paradigma biológico e quaisquer paradigmas, deveriam ser saudáveis. Nessa época, ainda se observava uma forte omissão quanto a inserção de programas de educação em saúde, abordando temas como sexualidade humana ou saúde mental, pois não eram considerados assuntos de saúde pública (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003; BRASIL, 2009).

Em outra perspectiva, instaurou-se a medicalização da educação influenciada pela nova abordagem que era dada a saúde, cujo 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). Nesse momento, os problemas relacionados ao fracasso escolar também foram atribuídos a questões relacionadas à saúde que, por sua vez, precisaria responder também a essas demandas (ZUCOLOTO, 2007).

A concepção de saúde escolar no Brasil 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). Porém 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 estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), um discurso de múltiplos olhares e centrado em uma percepção de saúde que incorpora o conceito de promoção de saúde na saúde pública, estendendo-o ao entorno escolar (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Segundo Harada (2015), a Escola Promotora da Saúde 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 escola promotora de saúde 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 coresponsabilização 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.

Paralelamente ao desenvolvimento da IREPS, a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) 9394/96 e a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) apresentaram a saúde como tema transversal das disciplinas e ações no contexto escolar, prezando pela incorporação das três dimensões da saúde: promoção, assistência à saúde e prevenção de agravo e doença (BRASIL, 1996; BRASIL, 1997).

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, tornando-se participante ativa no processo de promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida. Desse modo, a saúde na escola tinha como objetivo contar com o setor educação como aliado importante no processo saúde e doença pela da capacitação do indivíduo para ser agente multiplicador de educação em saúde.

Incorporando esse novo modelo de saúde na escola, foi instituído em todo o território nacional o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que cria o Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE é resultado de uma 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 ao 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 atenção à saúde (BRASIL, 2007a).

3.4 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 mas, em 1950, 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). Nesta ocasião foi instituído, por meio do Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 o PSE, resultante do trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e Educação, com o intuito de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, e na tentativa de estabelecer a intersetorialidade entre saúde e educação (DIAS *et al.*, 2014; BRASIL, 2009; BRASIL, 2007a).

Esse 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 SUS. Essas ações organizam-se em componentes que incluem a Avaliação Clínica e Psicossocial; Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos; Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação, da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola; Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes (BRASIL, 2007b; GOMES, 2012; DIAS *et al.*, 2014).

A articulação dos setores saúde e educação, proposta pelo PSE, visa ao 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 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, 2007a).

Para o alcance desses objetivos, o PSE propõe uma atuação que rompe com o caráter puramente assistencialista das ações, através de propostas de trabalho orientadas pela intersetorialidade e direcionadas à promoção da saúde. 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 dos profissionais envolvidos no programa (COUTO *et al.*, 2016).

No âmbito da Vigilância em Saúde, e como sujeitos que compartilham responsabilidades pela saúde e qualidade de vida das populações onde estão inseridas, as eSF devem articular-se com a escola e constituir-se agentes importantes no desenvolvimento das iniciativas de promoção da saúde escolar em todos os ambientes e espaços. As eSF, no contexto do PSE, podem garantir e melhorar o acesso das escolas à Unidade de Saúde da Família, conduzindo ações, contínuas e longitudinais que promovam a integralidade das ações e serviços em saúde relativa às demandas da escola (SILVEIRA; PEREIRA, 2004). 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 possíveis de ser inseridos em sua abordagem de educação e comunicação em saúde (BRASIL, 2009).

O PSE é uma proposta que procura expressar 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). 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).

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).

Nos dias atuais, mesmo diante do reconhecimento da escola como um espaço ideal para promoção da saúde, o modelo de saúde escolar vigente ainda preserva resquícios de outros modelos, agregando uma mistura de contribuições de modelos novos e antigos. Diante disso, destacam-se importantes desafios para a 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, 2007b). Na implementação do PSE podemos destacar como dificuldades a diversidade de concepções sobre intersetorialidade entre gestores locais que compõem os grupos de trabalhos, a predominância do setor Saúde nas tomadas de decisão e na emissão de portarias e normas (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

3.5 O Desafio da 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), procurando, desse modo, 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 intersetoriais entre a saúde e a educação na perspectiva da promoção da saúde, observamos que a dificuldade que persiste no desenvolvimento de ações intersetoriais 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).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde na escola, inicialmente designada como uma prática resultante da intercessão da polícia médica, puericultura e higienismo evoluiu ao longo dos anos de acordo com o conceito de promoção de saúde. Todavia, apesar dessa evolução e do respaldo garantido pelos documentos oficiais à prática de ações de saúde no cenário da escola, a implementação de ações menos assistenciais, mais resolutivas e intersetoriais ainda constituem um desafio para a consolidação da promoção de saúde na escola nos dias atuais.

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.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Brasília: Casa Civil, 2007a.
- _____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Escolas promotoras da Saúde: experiências do Brasil. Brasília: MS; 2007b. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Promoção da Saúde; n. 6).
- _____. 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).

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

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.

COUTO, A. N. *et al.* ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. **Cinergis**, v.17, n.4, p. 378 – 383, 2016.

DIAS, M. S. A *et al.* Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. **Revista S A N A R E**, v.13, n.1, p. 29-34, 2014.

DORA, B. O.; MEDEIROS, R. F.; PICCININI, A. M.; CARPES, F. P.; MELLO-CARPES, P. B. Formação Continuada de Professores para Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas na Escola. **Revista Biomotriz**, v. 6, n. 2, p. 17-29, 2012.

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.

GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade**: 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 *et al.* HEALTH promotion in primary school. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.12, n. 24, p.181-192, jan./mar. 2008.

HARADA, J *et al.* **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>> Acesso em: 28 set. 2015.

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, jul./set. 2010.

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

MALTA, D. C *et al.* 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.

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.

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.

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

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, (Serie de Promoción de la Salud, nº 4), 2003.

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 PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163 – 177, 2000.

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

SILVA, C. S. **Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade 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.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p. 1777-1788, 2016.

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.

SOUSA, M. C. **Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersetorialidade**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2014.

SOUSA, M.C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. **A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.6, p. 1781-1790, 2017.

TEIVE, G. M. G.; ABUD, C. C. R. **Biopolítica e biossociabilidade na escola: O programa Saúde Escolar.** Debates em educação, Vol. 6, n. 12, Jul./Dez. 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, v. 13, n. 1, p. 36-46, 2004.

TUSSET, D. **Competências em promoção da saúde no programa saúde na escola no Distrito Federal.** xii, 160 f., il. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Distrito Federal (Brasília): Universidade de Brasília; 2012.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial.** 154f. 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.** xiv, 94 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ZUCOLOTO, P. C. S. V. O médico Higienista na Escola: As Origens Históricas da Medicalização do Fracasso Escolar. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 1, 2007.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

SANTOS, L. F. S; CARDOSO, T. Z; PEREIRA, M. C. A; CARDOSO, O. O. A Escola como Dispositivo Social de Promoção da Saúde. **Rev. FSA**, Teresina, v.16, n.2, art. 8, p. 149-165, mar/abr. 2019.

Contribuição dos Autores	L. F. S. Santos	T. Z. Cardoso	M. C. A. Pereira	O. O. Cardoso
1) concepção e planejamento.	X	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X	X