



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO  
TECNOLÓGICA  
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, AMBIENTE E  
QUALIDADE  
DE VIDA**

**AUGUSTO VALTER FREITAS DE MENEZES**

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: PRÁTICAS E PERCEPÇÕES EM ESCOLAS  
NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM.**

**SANTARÉM-PA  
2021**

**AUGUSTO VALTER FREITAS DE MENEZES**

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: PRÁTICAS E PERCEPÇÕES EM ESCOLAS  
NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida da Universidade Federal do Oeste do Pará-UFOPA, área de concentração em Políticas Públicas, Diversidade e Desenvolvimento Amazônico, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria de Fátima Matos de Souza.

**SANTARÉM-PA  
2021**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema Interado de Bibliotecas – SIGI/UFOPA**

---

- M543p Menezes, Augusto Valter Freitas de  
Programa saúde na escola: Práticas e percepções em escolas no município de Santarém. / Augusto Valter Freitas de Menezes – Santarém, 2021.  
105 P. : il.  
Inclui bibliografias.
- Orientadora Maria de Fátima Matos de Souza.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós Graduação e Inovação Tecnológica, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida.
- 1.Saúde do Escolar. 2. Promoção da saúde. 3. Políticas de educação e saúde. I. Souza, Maria de Fátima Matos de, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 372.37098115

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

No décimo segundo dia do mês de janeiro do ano de dois mil e vinte e um, às quinze horas, por meio remoto <https://meet.google.com/rxx-mtbp-iow>, instalou-se a banca examinadora de dissertação de mestrado do discente Augusto Valter Freitas de Menezes. A banca examinadora foi composta pelos professores: Dra. Soraia Valéria de Oliveira Coelho Lameirão, UFPA, Examinadora Externa a Instituição, Dr. Bruno Apolo Miranda Figueira Examinador Interno, Dr. Itamar Rodrigues Paulino, Examinador Interno, Maria de Fátima Matos de Souza orientadora do discente. Deu-se início a abertura dos trabalhos por parte da professora Maria de Fátima Matos de Souza presidente da banca, que, após apresentar os membros da banca examinadora e esclarecer a tramitação da defesa, solicitou ao discente que iniciasse a apresentação da dissertação, intitulada "Programa Saúde na Escola: Prática e Percepções", marcando um tempo de quarenta minutos para a apresentação. Concluída a exposição, a professora Maria de Fátima Matos de Souza, passou a palavra aos examinadores para arguir o discente. Terminadas as arguições, o presidente da banca solicitou aos presentes que se retirassem da sala, para a realização do julgamento do trabalho, concluindo a Banca Examinadora por sua **Aprovação**, conforme as normas vigentes na Universidade Federal do Oeste do Pará. A versão final da dissertação deverá ser entregue ao programa, no prazo máximo de sessenta dias, contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora. Conforme o Artigo 57 do Regimento Interno do Programa, o discente não terá o título se não cumprir as exigências acima.



Prof. Dra. Maria de Fátima Matos de Souza  
Presidente

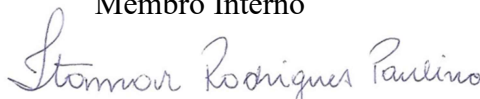


Prof. Dra. Soraia Valéria de Oliveira Coelho Lameirão  
Membro Externo a Instituição – UFPA

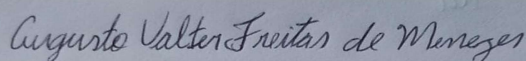


Prof. Dr. Bruno Figueira  
UFOPA  
SIAPE 2142681

Prof. Dr. Bruno Apolo Miranda Figueira  
Membro Interno



Prof. Dr. Itamar Rodrigues Paulino  
Membro Interno



Augusto Valter Freitas de Menezes  
Discente

À Deus. Aos meus pais, Antônio Carneiro  
Menezes e Salete Freitas de Menezes.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão vai além de “muito obrigado”, ultrapassa gentilezas e é superior a qualquer interesse. Gratidão é virtude de quem reconhece em Deus e no outro o valor que ele tem e o que ele faz sem exigir nada em troca... Quem sabe agradecer está apto a crescer...”

CECILIA SFALSIN.

À Deus, em primeiro lugar, por ter me concedido força, saúde e coragem para desenvolver todas as atividades ao longo dos anos e por nunca me abandonar; Por ter me permitido chegar até aqui; Por ter me colocado nas mãos de excelentes mestres.

À minha mãe Salete Freitas de Menezes e minha esposa Maria Sofia Maciel Ribeiro, por estarem sempre ao meu lado me incentivando, me apoiando e compartilhando comigo todas as minhas conquistas; Por compreender minha ausência em alguns momentos, pela paciência indescritível e pelo total apoio e dedicação ao longo de todos esses anos.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria de Fátima Matos de Souza, pela oportunidade, paciência, colaboração, compreensão e apoio sempre. Por sua atenção e dedicação incansável durante essa trajetória. Além do grande exemplo de profissional, professora e ser humano que foi pra mim. Muito Obrigado!

Às amigas Dinalia Carolina Lopez Pacheco, Eliriany Lima da Silva e Luziene Santos da Silva, que desde o início dessa jornada estiveram ao meu lado me apoiando, incentivando, ajudando e dividindo comigo todos os momentos.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida do Centro de Formação Interdisciplinar da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), especialmente para Estelina da Silva Bento e Joiciele Aquino Oliveira que sempre deram apoio aos discentes e a todos os professores que o integram, pelas tantas contribuições advindas desse tempo de curso.

Aos participantes da pesquisa por disponibilizarem um pouco do seu tempo para a concretização desse estudo.

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

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

E a todos que direta e indiretamente apoiaram a conclusão desta dissertação o meu muito obrigado.

“A escola precisa ser palco de inovações, investigações e de grandes ações, estas, fundamentadas num referencial teórico metodológico que permita a construção de sua identidade e exerça seu direito a diferença, a singularidade, a transparência, a solidariedade e a participação”  
(VEIGA, 1996, P. 31)

## RESUMO

A presente dissertação se insere no universo dos debates e reflexões acerca das políticas públicas de Educação e Saúde, considerando a escola como o cenário onde as ações de saúde acontecem. O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública. O PSE em Santarém iniciou em 2010, com 13 unidades de saúde e 16 escolas, quando o município fez adesão ao Programa. Atualmente o município possui 146 Escolas e 84 equipes de atenção básica, participando do PSE. O estudo tem como objetivo geral analisar como a coordenação pedagógica e os diretores percebem a contribuição do Programa Saúde na Escola para a promoção da Saúde em escolas no município de Santarém – Pará. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, dividida em duas fases, inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico, para a revisão da literatura, depois a fase empírica, que teve como lócus da pesquisa quatro (4) escolas da rede pública que participam do PSE, sendo três escolas municipais e uma escola estadual, que estão localizadas em bairros que apresentam uma maior vulnerabilidade social, os participantes foram: (3) diretores de escolas da rede pública municipal, (2) coordenadores pedagógicos e (1) ex-coordenador geral do PSE. A coleta de dados foi feita através da aplicação de questionário e pesquisa documental. A análise dos dados foi feita a partir da triangulação dos dados bibliográficos, verbais e documentais, que possibilitou conhecer como os coordenadores pedagógicos e diretores percebem as ações desenvolvidas pelo PSE, que as ações intersetoriais não estão incluídas na elaboração do PPP das escolas, que os participantes apontaram as ações como vacinações, palestras e consultas, incluindo as avaliações de saúde, apresentaram os melhores resultados, que as intervenções do PSE possibilitam formas, para alguns a única, de acesso ao serviço de saúde, que falta recursos para desenvolver as atividades, que as ações contribuem para a promoção da saúde e a qualidade de vida dos educandos. Esses resultados levaram a conclusões que, embora exista uma falta de conhecimento de alguns profissionais acerca do PSE, as ações intersetoriais acontecem, mas que há limitações no processo de implementação do Programa. E que as ações contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos alunos, mesmo apresentando diversas fragilidades.

**Palavras-chave:** Saúde do Escolar. Promoção da Saúde. Políticas de Educação e Saúde.



## ABSTRACT

The purpose of this dissertation is part of the universe of debates and reflections about public policies on Education and Health, considering the school as the scenario where health actions take place. The Health at School Program (PSE), instituted by Presidential Decree No. 6,286, of December 5, 2007, results from the integrated work between the Ministry of Health and the Ministry of Education, with a view to expanding specific health actions to students of the public network. The PSE in Santarém started in 2010, with 13 health units and 16 schools, when the municipality joined the Program. Currently, the municipality has 146 schools and 84 primary care teams, participating in the PSE. The general objective of the study is to analyze how the pedagogical coordination and the principals perceive the contribution of the Health at School Program to the promotion of Health in schools in the municipality of Santarém - Pará. It is characterized as a qualitative research, divided in two phases, initially a bibliographic survey was carried out to review the literature, then the empirical phase, which had as a locus of the research four (4) public schools that participate in the PSE, three municipal schools and one state school, which are located in neighborhoods who present a greater social vulnerability, the participants were: (3) school principals from the municipal public network, (2) pedagogical coordinators and (1) former general coordinator of the PSE. Data collection was carried out through the application of a questionnaire and documentary research. The analysis of the data was made from the triangulation of bibliographic, verbal and documentary data, which made it possible to know how the pedagogical coordinators and principals perceive the actions developed by the PSE, that the intersectoral actions are not included in the elaboration of the schools' PPP, that the participants pointed out actions such as vaccinations, lectures and consultations, including health assessments, presented the best results, that the PSE interventions provide ways, for some the only one, of access to the health service, which lacks resources to develop the activities, that the actions contribute to the promotion of health and the quality of life of students. These results led to conclusions that, although there is a lack of knowledge of some professionals about the PSE, the intersectoral actions happen, but that there are limitations in the process of implementing the Program. And that the actions contribute to the improvement of the students' quality of life, even presenting several weaknesses.

**Keywords:** School Health. Health promotion. Education and Health Policies.

## LISTA DE SIGLAS

|       |  |
|-------|--|
| AIDS  | Síndrome da Imunodeficiência adquirida                                 |
| APS   | Atenção Primária à Saúde   |
| CAPES | Coodenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior            |
| CF/88 | – Constituição Federal de 1988   |
| EPS   | Escolas Promotoras de Saúde  |
| ESF   | Estratégia de Saúde da Família   |
| EJA   | Educação de Jovens e Adultos   |
| FMS   | Fundação Municipal de Saúde  |
| GTI   | Grupo de Trabalho Intersetorial  |
| GTI-M | Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal                              |
| HAS   | Hipertensão Arterial Sistêmica   |
| IPES  | Instituições Públicas de Educação Superior                             |
| IDEB  | Índice de Desenvolvimento do Ensino Básico                             |
| INEP  | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira |
| LDBEN | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional                         |
| MEC   | Ministério da Educação   |
| MS    | Ministério da Saúde  |
| OMS   | Organização Mundial da Saúde   |
| ONU   | Organização das Nações Unidas  |
| OPAS  | Organização Pan-Americana da Saúde                                     |
| PCN   | Parâmetros Curriculares Nacionais                                      |
| PNE   | Política Nacional de Educação  |
| PNPS  | Política Nacional de Promoção da Saúde                                 |
| PSE   | Programa Saúde na Escola   |
| SEMED | Secretária Municipal de Educação                                       |
| SEMSA | Secretária Municipal de Saúde  |
| SUS   | Sistema Único de Saúde   |
| TCLE  | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                             |
| UBS   | Unidade Básica de Saúde  |

UFOPA Universidade Federal do Oeste do Pará

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| FIGURA 1 - Ciclo analítico com a análise textual discursiva .....                     | 26 |
| GRÁFICO 1- Número de artigos publicados sobre “Saúde Escolar” na América Latina.....  | 30 |
| GRÁFICO 2- Subárea de conhecimento em que os artigos estão relacionados.....          | 34 |
| GRÁFICO 3- Número de artigos publicados no período de 2009 a 2019.....                | 34 |
| GRÁFICO 4- Quantidade de artigos e revistas que publicaram os artigos analisados..... | 38 |
| QUADRO 1 - Evolução da saúde no sistema escolar brasileiro .....                      | 50 |
| QUADRO 2 – Diretrizes Gerais do PSE.....  | 62 |
| QUADRO 3 - Principais Ações em Saúde sugeridas pelas diretrizes.....                  | 63 |
| FIGURA 2- Plataforma eletrônica, para procedimentos de adesão pelos gestores.....     | 68 |
| FIGURA 3- Mapa de Santarém.....   | 76 |
| FIGURA 4- Mapa da área Maracanã e santarenzinho.....                                  | 76 |

## **LISTA DE TABELA**

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1- Quantitativo de dissertações e teses por regiões, no período de 2010 a 2017..... | 32 |
| TABELA 2- Dados dos artigos analisados sobre a temática de estudo.....                     | 35 |

## SUMÁRIO

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>13</b>  |
| <b>2</b>     | <b>METODOLOGIA.....</b>  | <b>19</b>  |
| <b>3</b>     | <b>A SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL .....</b> | <b>28</b>  |
| <b>3.1</b>   | <b>Contextualização das ações de promoção da saúde no ambiente escolar.....</b>  | <b>43</b>  |
| <b>3.2.</b>  | <b>A política de saúde e educação no Brasil, a partir da LDB 9394/96.....</b>    | <b>52</b>  |
| <b>3.3</b>   | <b>A implantação do Programa Saúde na Escola no Brasil .....</b>                 | <b>58</b>  |
| <b>4</b>     | <b>O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO.....</b>         | <b>65</b>  |
| <b>4.1</b>   | <b>A adesão do município ao PSE .....</b>  | <b>65</b>  |
| <b>4.1.1</b> | <b>Manual de adesão passo a passo: acesso ao sistema de adesão ao PSE.....</b>   | <b>68</b>  |
| <b>4.2</b>   | <b>O PSE na rede municipal de ensino de Santarém .....</b>                       | <b>70</b>  |
| <b>5</b>     | <b>SAÚDE E EDUCAÇÃO ESCOLAR NO CONTEXTO DO PSE .....</b>                         | <b>76</b>  |
| <b>5.1</b>   | <b>O PSE e o PPP da escola .....</b>   | <b>76</b>  |
| <b>5.2</b>   | <b>As ações realizadas e resultados alcançados .....</b>                         | <b>80</b>  |
| <b>5.3</b>   | <b>A visão da gestão escolar sobre as ações do PSE na escola.....</b>            | <b>86</b>  |
| <b>6</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>89</b>  |
|              | <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>92</b>  |
|              | <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>99</b>  |
|              | <b>ANEXOS .....</b>  | <b>106</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A proposta da dissertação “Programa saúde na escola: Práticas e percepções em escolas no município de Santarém”, se insere no universo dos debates e reflexões acerca das políticas públicas de Educação e Saúde, considerando a escola como o cenário onde as ações de saúde ocorrem.

No contexto brasileiro, a Constituição de 1988 define em seu artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Complementando essa definição a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), que é um órgão setorial da Organização das Nações Unidas (ONU), estabelece saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças e enfermidades”, sendo este conceito definido como base neste estudo.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), editada pelo Ministério da Saúde, em 2006, representou um marco político/ideológico importante no processo vivo e cotidiano de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que retoma o debate político sobre as 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 (BRASIL, 2006).

A Lei nº 8080 de 19/9/1990, institui a criação do Sistema Único de Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O SUS é o conjunto de todas as ações e os serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Ele possui como princípios: A universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular.

Na organização do SUS existem duas Políticas de Saúde: A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica. A Política Nacional de Promoção da Saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que possibilite dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam participes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2010). Enquanto que a Política Nacional de Atenção Básica é resultado da experiência

acumulada por conjunto de atores envolvidos, historicamente, com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Dentro dessas Políticas surge o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído como uma política intersetorial<sup>1</sup> entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, formação, diagnóstico e recuperação da saúde) das crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino, no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde (UBS) (BRASIL, 2009; VIEIRA, 2013).

Os principais objetivos deste Programa são:

Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de educação básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias; 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, p.01)

A Política é acompanhada por um conjunto de conceitos e diretrizes que confirmam uma atitude baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da participação social e o estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho, que promovam mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão centrando-se na organização do trabalho em equipe (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Promoção da Saúde compreende a intersetorialidade como uma articulação dos diferentes cenários setoriais que visam pensar a questão complexa da saúde, responsabilizando-se pela garantia da saúde dos indivíduos e de sua cidadania, além da mobilização na preparação de ações que propiciem a saúde. Nesse prisma, o setor da saúde tem o compromisso de efetivar essa articulação, pois o processo de adoecimento é decorrente

---

1 Integração de diversos setores para a consecução das ações públicas, ao mesmo tempo em que mantém as especificidades de cada área, vai além de cada setor, buscando a superação de práticas fragmentadas e a eficiência para atingir os resultados (BELLINI et al. Sd).



de múltiplos fatores e para prevenir se faz necessária a participação de todos os setores da sociedade (BRASIL, 2010).

Para Farias e outros (2016), a intersetorialidade se fundamenta numa prática integradora de ações de distintos setores, que se articulam, complementam e interagem para uma aproximação mais intrincada dos problemas e seu enfrentamento, compartilhando recursos e metas, e desenvolvendo estratégias conjuntamente.

Segundo Rodrigues (2011, *apud* COELHO, 2018), visualiza a intersetorialidade através de vários âmbitos - o atual contexto político, econômico e social e observa que este tema é complexo e desafiador, uma vez que, mesmo fazendo parte de uma meta a ser alcançada pelos gestores das políticas públicas, não está sendo totalmente contemplada nos processos em que ela está inserida, Nascimento (2010), afirma que a incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas possibilita a articulação de saberes técnicos, devido os profissionais de determinadas áreas passarem a trabalhar em conjunto, buscando compartilhar objetivos em comum.

A partir da vivência no ambiente escolar, surge o interesse em desenvolver um estudo no nível de pós-graduação *stricto sensu*, considerando o contexto escolar e a relação com a saúde, como objeto de estudo. A justificativa para esta pesquisa encontra-se ligada em três dimensões: a primeira de caráter pessoal e profissional; a segunda de caráter acadêmico-científica e a terceira, em sua relevância social.

No que se refere ao aspecto pessoal e profissional, a escolha do objeto, bem como o tema/problema de pesquisa, está diretamente relacionada com a minha vivência acadêmica e profissional na perspectiva da prática e do estudo da temática, educação e saúde. Desde o curso de graduação em Licenciatura Plena em Educação Física, pude participar e acompanhar algumas atividades relacionadas a saúde na escola, ainda como acadêmico, já estava presente no espaço escolar atuando, aprendendo e observando a dinâmica do ambiente, até a ação profissional onde trabalhei inserido no contexto escolar, acompanhando o desenvolvimento das ações do PSE. E a partir das vivências no ambiente escolar ocorreu uma sensibilização e o interesse em fazer uma pesquisa que abordasse as questões da educação e da saúde na cidade de Santarém.

A realização da investigação proposta, na dimensão acadêmico-científica, considerando que existem poucos trabalhos científicos, que aborde a temática em nível local, essa pesquisa possibilitará o avanço na produção de conhecimento científico sobre a temática, ao problematizar uma política de saúde do escolar. Buscando contribuir para a qualificação das práticas gestoras tanto na saúde quanto na educação, partindo da análise dos fundamentos

do Programa Saúde na Escola e de sua operacionalização no Município, bem como através das visões dos atores envolvidos, de forma que possa ocorrer uma melhor compreensão do PSE, e sensibilizar outros pesquisadores para focar nesta perspectiva, de estudar políticas de educação e saúde.

Em relação à relevância social espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar a proposição de ações que venham a melhorar o desenvolvimento do Programa, tanto em relação aos processos de gestão quanto sobre a sua operacionalização no interior nas escolas. Pretende-se também trazer um feedback para os gestores, considerando que o PSE é uma forma de ação primária de atendimento à saúde dos escolares, onde muitos possuem dificuldades em ter acesso aos atendimentos de saúde, que através dessa pesquisa busca-se colaborar para o fortalecimento da Política Pública PSE.

Segundo Höfling (2001), as políticas públicas referem-se à ação que o Estado desenvolve através de programas e projetos de governo destinados a setores da sociedade. O Estado assume desta forma sua responsabilidade de envolver órgãos públicos e organismos da sociedade na implementação destas políticas.

No princípio do século XX, as Políticas de saúde foram marcadas pela concepção higienista-eugenista, onde a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma “raça” sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram centradas em ações individualistas, focadas na mudança de comportamentos e atitudes, sem muitas vezes considerar as inúmeras condições de vida da realidade na qual as crianças estavam inseridas (BUSS, 2001).

Atualmente essa concepção higienista foi superada pela Promoção de saúde, essa prática, Segundo Silva e Delorme (2007), não é exclusiva das ciências da saúde. Todas as políticas sociais, tais como as de educação, transporte, habitação, cultura e economia, ao favorecerem melhores condições de saúde e de vida à população, visando à equidade, à justiça e aos direitos de cidadania, são consideradas também políticas públicas saudáveis.

O desenvolvimento da Promoção da Saúde no ambiente escolar deve ser realizado por todos os atores sociais envolvidos no processo: Equipe de saúde, a comunidade escolar e as pessoas que vivem no entorno da escola, com a finalidade de desenvolver práticas de autocuidado em saúde e na prevenção de condutas de risco nas atividades educativas. Porém, é importante deixar explícito que, com a proposta da Promoção da Saúde, não se pretende desviar as funções dos professores e dos profissionais da saúde, mas incorporar no âmbito escolar, atitudes que levem a valorização da saúde de forma crítica, tendo a ideia de que o profissional da saúde não é detentor de todo o conhecimento relacionado à Promoção.

Considerando, desse modo, a Promoção da Saúde através de práticas integrativas e intersetoriais (SANTOS; BOGUS, 2007).

O PSE é um programa de saúde que está inserido nas escolas, em todo o território nacional, sabe-se que o desenvolvimento desse programa possui uma base interdisciplinar e intersetorial, no entanto é possível que exista certas limitações nas atuações dos profissionais da educação e da saúde, por isso torna-se importante e imprescindível que as ações de saúde se estabeleçam de forma harmônica, entre os profissionais.

A partir do olhar sobre as ações de saúde no contexto escolar, a pesquisa se desenvolveu sob o seguinte questionamento: Como a coordenação pedagógica e os diretores percebem a contribuição do Programa Saúde na Escola para a promoção da Saúde em escolas no município de Santarém – Pará?

E como questionamento secundário buscou-se saber: Como se deu o processo de implantação do PSE na rede pública do município de Santarém? Que ações do PSE foram desenvolvidas e qual o objetivo? Como os coordenadores pedagógicos e diretores percebem as ações desenvolvidas para a promoção da saúde e qualidade de vida do escolar?

Para responder esses questionamentos o estudo possui como objetivo geral: “Analisar como a coordenação pedagógica e os diretores percebem a contribuição Programa Saúde na Escola para a promoção da Saúde em escolas no município de Santarém – Pará”. Como detalhamento possui como objetivos específicos: Identificar como se deu o processo de implantação do PSE na rede pública do município de Santarém; Levantar que ações do PSE foram desenvolvidas nas escolas e com que objetivo; Verificar como os coordenadores pedagógicos e diretores percebem as ações desenvolvidas para a promoção da saúde e qualidade de vida do escolar.

O PSE em Santarém iniciou em 2010, quando o município fez adesão, no entanto as atividades só começaram a funcionar no ano de 2011, com 13 unidades de saúde e 16 escolas. Atualmente o município de Santarém possui 146 Escolas e 84 equipes de atenção básica, participando do PSE, dessas 4 escolas participaram da pesquisa.

A dissertação estrutura-se em quatro seções, incluindo essa, além da Introdução. Na primeira seção: “Metodologia da Pesquisa”, são descritos os critérios de classificação da pesquisa, da seleção dos lócus e dos sujeitos da pesquisa. Na segunda seção: “A Saúde No Contexto Escolar: Uma Revisão Bibliográfica e Documental”, é apresentado um referencial teórico de forma a contemplar os aspectos relacionados à contextualização das ações de promoção da saúde no ambiente escolar, as políticas de saúde e educação no Brasil, a partir da LDB 9394/96 e a implantação do Programa Saúde na Escola, no Brasil. A terceira seção: “O

Programa Saúde na Escola – PSE, Na Rede Municipal de Ensino de Santarém” aborda a adesão do Município de Santarém ao PSE e a implantação do PSE na rede Municipal de ensino de Santarém, contextualizando as escolas lócus da pesquisa.

Na quarta seção “Saúde e Educação escolar no contexto do PSE”, são analisados os dados oriundos das entrevistas, dos documentos obtido, as ações realizadas e resultados alcançados, bem como a visão dos atores sobre o PSE. E na sequência apresentamos as Considerações Finais e as Referências bibliográficas usadas neste estudo.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, pois envolve a obtenção de dados subjetivos, enfatizado mais o processo do que o produto. Tem a preocupação em retratar a perspectiva dos participantes, para tanto utiliza-se de técnicas de análise documental e a realização de entrevista semiestruturada.

A investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos (PAULILO, 1999). A abordagem qualitativa é empregada, portanto, para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade.

De acordo com Bogdan & Biklen (2003), o conceito de pesquisa qualitativa envolve cinco características básicas que configuram este tipo de estudo: ambiente natural, dados descritivos, preocupação com o processo, preocupação com o significado e processo de análise indutivo.

Alguns autores entendem a pesquisa qualitativa como uma “expressão genérica”. Isso significa, por um lado, que ela compreende atividades ou investigação que podem ser denominadas específicas.

Segundo Triviños (1987), a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências.

Dessa forma, é desejável que a pesquisa qualitativa tenha como característica a busca por:

Uma espécie de representatividade do grupo maior dos sujeitos que participarão no estudo. Porém, não é, em geral, a preocupação dela a quantificação da amostragem. E, ao invés da aleatoriedade, decide intencionalmente, considerando uma série de condições (sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade para se encontrar com as pessoas; tempo do indivíduo para as entrevistas, etc.) (TRIVIÑOS, 1987, p.132).

Para Gil (1999), o uso da pesquisa qualitativa propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações, mediante a máxima valorização do contato direto com a situação estudada, buscando-se o que era comum, mas permanecendo, entretanto, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

Para subsidiar a dissertação intitulada “Programa Saúde na Escola: Práticas e percepções em escolas no município de Santarém – Pará”, foi realizado um estudo bibliográfico - Cienciométrico, o estudo teve a finalidade fazer um levantamento das principais teorias, análises, conclusões dos principais autores de referência na área de educação e saúde, especificamente quanto ao objeto, o Programa Saúde na Escola.

A Ciencimetria, como é conhecida a pesquisa quantitativa da produção científica, foi iniciada na década de 1960, quando a Unesco e a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) desenvolveram metodologias para a avaliação da atividade científica e tecnológica (FIGUEIREDO; LETA; DE MEIS, 1999, *apud* GARRIDO; GARRIDO, 2007). Suas análises trazem subsídios para avaliar os recursos humanos dedicados a CT&I, para medir as atividades de investigação e para interpretar a inovação tecnológica de certa ciência ou região geográfica. Dessa forma, dão suporte à construção do potencial científico e tecnológico das nações, (SPINAK, 1998, *apud* GARRIDO; GARRIDO, 2007), Sendo assim, as técnicas cienciométricas são importantes para, entre outras atividades, identificar as tendências e o desenvolvimento do conhecimento (SPINAK, 1998 *apud* BITTENCOURT; DE PAULA, 2012).

Entre as ferramentas da Ciencimetria encontram-se os indicadores de publicação, que medem a quantidade, o impacto das publicações e os indicadores de citação, que medem o impacto dos artigos, as relações entre as publicações e permiti entender melhor a amplitude e a natureza das atividades de pesquisa desenvolvidas nas diferentes áreas do conhecimento, de diversos países, instituições e pesquisadores (NORONHA et al., 2000; GARRIDO; RODRIGUES, 2005).

Dessa forma, foi realizada uma busca de artigos na base de dados Scopus, que é o maior banco de dados de resumos e citações da literatura com revisão por pares: revistas científicas, livros, processos de congressos e publicações do setor. Oferecendo um panorama abrangente da produção de pesquisas do mundo nas áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades, a solução Scopus disponibiliza ferramentas inteligentes para monitorar, analisar e visualizar pesquisas.

Foi utilizado o descritor “saúde na escola” no período de 2009- 2019, artigos publicados no Brasil escrito na língua portuguesa ou inglesa. No resultado da busca foram encontrados 76 artigos, dos quais somente 59 estavam com acesso liberado. Os artigos da pesquisa estão relacionados as subáreas do conhecimento: Artes e Humanidades (4); Negócios, Gestão e Contabilidade; Ciência da Computação; Ciências da decisão; Odontologia; Medicina; Enfermagem; Psicologia; Ciências Sociais. Essa classificação foi

gerada automaticamente pela base de dados, de forma que um artigo pode estar relacionado em mais de uma subárea do conhecimento.

Menciona-se ainda que o estudo contemplou uma fase empírica, onde os lócus da pesquisa foram quatro (4) escolas da rede pública que participam do PSE, sendo três escolas municipais e uma escola estadual, que estão localizadas em bairros que apresentam uma maior vulnerabilidade social.

Os critérios de inclusão estão pautados em: A escolar ser da rede pública, localizadas em bairros que apresentam vulnerabilidade social; Ter ensino fundamental do 6º ao 9º ano; Fazer parte do PSE, Aceitar participar do estudo. Critérios de exclusão: Escolas que não estiverem desenvolvendo as ações do PSE.

Os participantes do estudo são os seguintes sujeitos: (3) Gestores de escolas da rede pública municipal, (2) Coordenadores pedagógicos, e (1) Ex-coordenador geral do PSE.

A escolha dos participantes foi de forma intencional, os critérios de inclusão: Ser coordenador geral em nível de secretária (Educação e saúde), ser diretor da escola, para os coordenadores pedagógicos e professores, devem fazer parte do quadro da Escola desde o início do Programa ou ter vínculo há mais tempo.

Na fase empírica, aconteceu a coleta de dados por meio da pesquisa documental, buscando responder como se deu o processo de implantação do PSE na rede pública do município de Santarém. Identificação de como as ações de saúde foram desenvolvidas nas escolas, com os alunos do Ensino Fundamental; Levantamento das ações do PSE que foram desenvolvidas e os seus resultados; Aplicação do questionário individual (produção individual das representações sociais), devido a pandemia do corona vírus (COVID-19) a aplicação do questionário foi feita conforme a escolha do participante, que poderia optar por fazer de forma presencial ou por meio remoto, através de uma chamada de vídeo. Ressalta-se que foram adotados todos os procedimentos recomendados pela OMS para prevenção contra a contaminação da COVID-19.

Os questionários foram utilizados para coletar dados que permitiram responder como a Coordenação Pedagógica e os professores de Ciências percebem a contribuição do Programa Saúde na Escola para a promoção da Saúde escolar no município de Santarém – Pará. Sobre como os participantes do PSE percebem as ações desenvolvidas para a promoção da saúde e qualidade de vida do estudante.

De acordo com Gil (1999), a entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas nas pesquisas sociais. Esta técnica de coleta de dados é bastante adequada para a

obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam e desejam, assim como suas razões para cada resposta.

A análise das respostas foi por meio da teoria das representações sociais, de Moscovici, que surge originou-se na Europa no ano 1961, a mesma encontra-se alicerçada no pensamento das representações coletivas de Durkheim e na psicologia social.

Existe uma ligação entre o conceito de representações sociais e o conceito de Durkheim representações coletivas que se referem a formas comuns de conceber, pensar sobre e avaliar a realidade social. De acordo com Moscovici (2011), este conceito de Durkheim é, no entanto, muito estático em relação a como devemos entender a sociedade contemporânea.

Pautou-se neste tipo de estudo por saber que os indivíduos contribuem para a formação de representações na interação entre estrutura social e individual. Nas sociedades modernas, o indivíduo tem alguma autonomia e a assimilação das representações sociais pode modifica-los simultaneamente. Indivíduos são "libertos" de ligações sociais tradicionais, estruturas como família, classe social e religião, que antes orientavam o pensamento e o comportamento.

Além disso, ao dar ao indivíduo algum espaço, a teoria das representações sociais evita determinismo e abre para espaços para processos de transformação. Mas ainda assim o indivíduo é principalmente incorporado e formado por estruturas sociais.

Para Moscovici (2011, p. 49), “as representações se constituem em um instrumento explanatório e são fenômenos que precisam ser descritos e explicados, relacionados a um modo particular entre a realidade o senso comum” e, por isso, deixam de ser coletivo para ser social. Assim, as representações devem ser vistas como:

Uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam um efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que tem como objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que produzam o mundo de forma significativa (MOSCOVICI, 2011, p. 46).

A criação das representações sociais é descrita por Moscovici (2011, p. 54) a partir de três hipóteses: desiderabilidade, desequilíbrio e controle. A desiderabilidade sustenta que a construção de sentenças e imagens geradas pelas pessoas ou grupo irão revelar, no entanto, são responsáveis também por ocultar suas intenções, sendo essas imagens e sentenças “distorções de uma realidade objetiva”.

A segunda hipótese trata-se do desequilíbrio, sustenta que todas as concepções de mundo são “meios para solucionar tensões psíquicas ou emocionais, advindos do fracasso ou



da falta de integração social, atuando como compensações imaginárias para restauração da estabilidade interna” (MOSCOVICI, 2011, p. 54). E a hipótese do controle considera que os grupos criam representações, para filtrar as informações originadas do meio ambiente.

Considerando que a teoria das representações sociais especifica como as cognições coletivas são produzidas e transformadas através da comunicação com foco nos processos sociocognitivos ou mecanismos envolvidos. Por um lado, toda interação humana pressupõe cognições coletivas, isto é, representações sociais. Por outro lado, indivíduos e grupos produzem representações sociais através da interação social e comunicação.

De acordo com Moscovici (2011) existem duas funções de representações, elas convencionalizam objetos, pessoas e eventos que os sujeitos encontram, dando-lhes forma específica, localizando-os em uma determinada categoria e gradualmente os estabelecendo como distintos. Embora os incorporem em nossas mentes individuais, como indivíduos, repensamos as cognições coletivas. É importante, no entanto, notar que indivíduos e grupos podem retrabalhar e transformar cognições coletivas. Como Moscovici coloca sobre a relação entre o presente e o passado: em muitos aspectos, o passado é mais real que o presente. O poder peculiar e clareza de representações - ou seja, de representações sociais - deriva do sucesso com o qual eles controlam a realidade de hoje através de ontem.

Tendo em vista que o objeto desta dissertação, bem como os seus participantes, vêm revelar “as imagens, ideias e a linguagem compartilhadas por um determinado grupo”, parafraseando a teoria das representações sociais de Moscovici (2011, p. 57), pressupôs-se que a abordagem qualitativa dialogava com o objeto deste estudo, tendo em vista que a referida vê “ao ser humano em sociedade e suas relações e instituições, representando fenômenos humanos e investigações relacionadas a interesses e circunstâncias” (MYNAIO, 2008, p. 46). Estava ainda direcionada à solução de uma problemática específica, ligando às ações dos atores envolvidos no PSE, a partir de “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento”, com intuito de descrever a situação do contexto e, portanto, passando a ser descrito como um estudo de caso (GIL, 2002, p. 54).

Considerando a estrutura da pesquisa empírica, o pensamento visto como material, como matéria significante, é um resultado anteriormente desconhecido (para o pesquisador empírico), ou seja, é um discurso indutivamente obtido. Este pensamento mostra-se indubitavelmente como uma variável qualitativa, e produto a ser qualificado pela pesquisa. No entanto, sendo este pensamento de caráter coletivo também é quantitativo na medida em

que deve expressar opiniões compartilhadas por um certo número de indivíduos que configura a coletividade pesquisada.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade do Estado do Pará, Campus XII-Santarém de acordo com o protocolo 30190620.1.0000.5168 (anexo). Buscou-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e de Educação (SEMED), por meio de Ofício encaminhado pelo programa de pós-graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida requerendo a aprovação e permissão da pesquisa por estas secretarias (anexo). Após a etapa de encaminhamento de ofícios, aguardou-se a resposta dos respectivos órgãos por meio das Cartas de aceite (anexos) para que os participantes do grupo de saúde e de educação possam responder ao questionário para levantar informações sobre as ações do PSE no município de Santarém. Para os participantes da pesquisa foram esclarecidos os objetivos do estudo, bem como sobre os riscos e benefícios. Foram seguidos todos os procedimentos éticos recomendados pelas resoluções 196/196 do Conselho Nacional de Saúde que regem a realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) será garantido o anonimato da instituição e dos participantes, bem como a devolução dos resultados e da proposta de intervenção em apresentação a ser definida posteriormente a entrega da dissertação.

Na descrição dos resultados, os nomes dos participantes da pesquisa serão substituídos por siglas e números, classificados de acordo com os setores. Os discursos dos atores foram organizados e identificados através de siglas CP (Coordenador Pedagógico); D (Diretor entrevistado) e CG (Coordenador Geral), seguido da ordenação numérica.

Os dados coletados serão organizados por categorias conforme: As ações de saúde foram desenvolvidas nas escolas, com os alunos do ensino fundamental; Os resultados das ações desenvolvidas e sua contribuição; Como os participantes do PSE percebem as ações desenvolvidas para a promoção da saúde e qualidade de vida do estudante.

Sendo uma técnica decisiva para a pesquisa em ciências sociais e humanas, a Análise Documental é uma forma na qual os documentos são interpretados pelo pesquisador para dar voz e significado em torno de um tópico de avaliação e uma importante ferramenta para os esquemas de triangulação. Refere-se aos vários procedimentos envolvidos na análise e interpretação de dados gerados a partir do exame de documentos e registros relevantes para um determinado estudo. Em outras palavras, o trabalho documental envolve a leitura de muitos materiais escritos (ajuda a digitalizar os documentos em um computador e usar um pacote de análise qualitativa). Um documento é algo que podemos ler e que se relaciona com

algum aspecto do mundo social. Os documentos oficiais devem ser lidos como declarações objetivas de fatos, mas são eles próprios produzidos socialmente.

Além disso, trata-se de uma maneira eficiente e eficaz de reunir dados porque os documentos são recursos gerenciáveis e práticos. Os documentos são comuns (Atas de reuniões, Relatórios, Projeto Pedagógico Escolar, os Planos Municipais de Educação e Saúde, documentos relativos à adesão pela escola ao Programa, Registro de ações condizentes com o Programa desenvolvidas pelas e nas escolas) e vêm em uma variedade de formas, tornando os documentos uma fonte de dados muito acessível e confiável. Menciona-se ainda que a obtenção e análise de documentos costuma ser muito mais eficiente em termos de custo e tempo do que conduzir suas próprias pesquisas ou experimentos. Além disso, os documentos são fontes de dados estáveis, “não-reativas”, o que significa que podem ser lidos e revisados várias vezes e permanecem inalterados pela influência do pesquisador ou processo de pesquisa.

Bowen (2009) corrobora citando que a análise de documentos é frequentemente usada por causa das muitas maneiras diferentes de apoiar e fortalecer a pesquisa. A análise de documentos pode ser usada em muitos campos diferentes de pesquisa, como um método primário de coleta de dados ou como um complemento a outros métodos. Os documentos podem fornecer dados suplementares de pesquisa, tornando a análise de documentos um método útil e benéfico para a maioria das pesquisas. Os documentos podem fornecer informações básicas e ampla cobertura de dados e, portanto, são úteis para contextualizar a pesquisa dentro de seu assunto ou campo.

Complementa-se o destacado anteriormente mencionando que os documentos também podem conter dados que não podem mais ser observados, fornecem detalhes que os informantes esqueceram e podem rastrear mudanças e desenvolvimento. A análise documental também pode apontar para questões que precisam ser feitas ou para situações que precisam ser observadas,

De acordo com Ludke e André (1986) a análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

Os autores continuam destacando que para a construção de uma pesquisa documental, são reconhecidas três fases (sendo estas usadas para a análise documental que será realizada neste estudo): Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos dados.

Segundo Moraes e Galiazzi (2006) os estudos na área educacional que têm atentado para diferenciações acerca das técnicas de análise de dados qualitativos, principalmente para

as técnicas de análise textual, quase sempre centralizam as discussões apenas nos aspectos metodológicos que as diferem. Os autores chamam atenção para o fato de que não há uma técnica de análise específica em termos metodológicos que possa ser considerada melhor e exercer, dessa forma, a hegemonia nas análises dos estudos qualitativos em Educação.

Mediante a isso, menciona-se que a análise textual discursiva é uma abordagem de análise de dados que transita entre duas formas consagradas de análise na pesquisa qualitativa que são a análise de conteúdo e a de discurso. Discursiva assume um sentido específico, se alicerça em um ciclo de operações composto por três fases: A unitarização, a categorização e a comunicação.

Em síntese, o processo descrito sobre a Análise Textual Discursiva, pode ser compreendido como um ciclo, tal como é ilustrado pela figura abaixo.

Figura 1 -Ciclo analítico com a análise textual discursiva



Fonte: Adaptada de Moraes e Galiazzi (2006)

Comenta-se que nas três fases, o processo de análise se constitui em uma jornada complexa em que certezas se transformam em dúvidas, caminhos se desviam e novos horizontes se configuram com suas realidades.

Moraes (2003) cita que a análise textual discursiva é caracterizada como um processo que tem início com uma unitarização na qual os documentos são separados em unidades de significado. Partindo desse pressuposto e tendo como base essa perspectiva, os documentos encontrados no levantamento documental da pesquisa poderão gerar outros conjuntos de

unidades oriundas da interlocução empírica, da interlocução teórica e das interpretações feitas pelo pesquisador.

No processo de interpretação do significado atribuído pelo autor exercita-se a apropriação das palavras de outras vozes para compreender melhor o texto. Após o desenvolvimento da unitarização, a qual necessita ser realizada de modo intenso e profundo, iniciara-se a articulação de significados semelhantes em um processo denominado de categorização. Nesse processo, será realizada a reunião das unidades de significado semelhantes aos documentos encontrados, podendo gerar vários níveis de categorias de análise.

Como resultados dos processos que foram auto organizados, emerge o terceiro princípio, a comunicação, a qual será representada nesta pesquisa a partir de esforços desenvolvidos pelo pesquisador na análise, por meio do desenvolvimento de metatextos será possível apontar as marcas de realidades coletivas identificadas no PSE, bem como também de quem o construiu.

### 3 A SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL

O surgimento dos primeiros pensadores da política de atenção à saúde escolar remonta ao final do século XVIII e o início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou o *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei* que ficou conhecido posteriormente como Sistema Frank, uma coletânea de nove volumes. O trabalho elaborado por Frank é considerado um marco no pensamento a respeito das relações sociais da saúde e da doença, ele contemplava não apenas a saúde escolar, mas também, 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 (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

O Sistema Frank é tão importante que resultou na proposição de um código elaborado por Franz Anton Mai. Tratava-se de um código de saúde de caráter abrangente e que dava grande ênfase à educação. De fato, a primeira lei do código, apresenta os deveres de um oficial de saúde, propunha que agisse nos colégios, instruindo tanto as crianças quanto os professores a respeito da manutenção e promoção da saúde. Além disso, o oficial de saúde devia esclarecer o adolescente a respeito dos excessos sexuais (ROSEN, 1979) *apud* (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A Alemanha foi o primeiro país da Europa a institucionalizar a polícia médica – que, dentre muitos campos de atuação, exerceu influência também sobre a saúde escolar. As ideias do Sistema Frank se difundiram por todo o continente europeu até que atingiu os Estados Unidos da América (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Segundo Rosen, Em 1779, o trabalho enciclopédico do médico Johann Peter Frank passou a ser bastante difundidos, isso provocaram um impacto evidente. Obviamente que, este efeito foi de maior intensidade nos territórios onde a língua germânica era dominante, em áreas que estavam em contato estreito, tanto político quanto cultural, como os Estados alemães. Entretanto, não se pode negar a importância de Frank na difusão do termo e da ideia de “polícia médica” não somente na Alemanha, Áustria e Itália, mas também na França, Grã-Bretanha e Estados Unidos (ROSEN, 1979, *apud* FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

No Brasil, Segundo Moncorvo Filho (1917, *apud* FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010), os primeiros estudos sobre saúde escolar se deram a partir de 1850. Para Lima (1985), ainda que o Barão do Lavradio tivesse expedido um decreto em 1889, que regulamentava a inspetoria das escolas públicas e privadas da Corte, de fato, a questão da

higiene escolar somente ganhou impulso, no país, a partir do início do século XX. “Naquele contexto histórico-social, marcado pela intensa imigração – essencial à expansão da cafeicultura -, o país vivenciava uma crítica situação de saúde pública” (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010, p.398). Para Carvalho (2015), as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. No princípio do século XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma “raça” sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância.

O debate acerca do vínculo entre a saúde e a educação não é algo novo, embora tenha ganhado um maior destaque a partir do século XX, é consenso que a ligação entre as duas áreas gera relação de causa e efeito: “bons níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável assim como uma população saudável tem maiores possibilidades de apoderar-se de conhecimentos da educação formal e informal” (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014, p. 830).

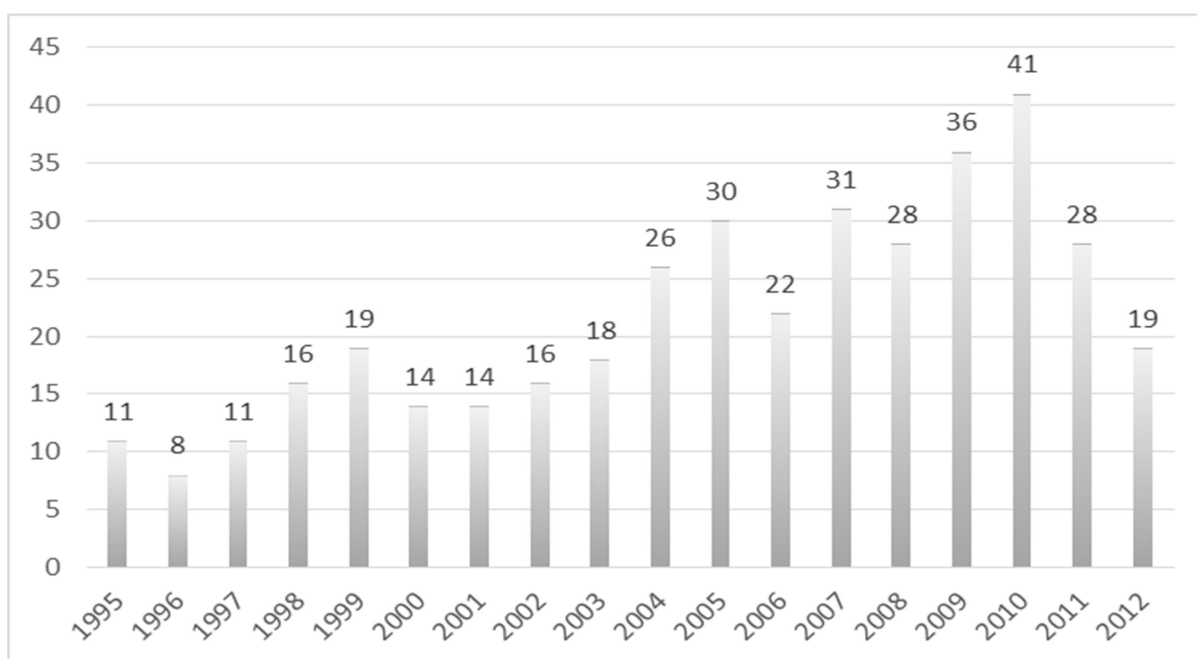
Diante disso, cita-se ainda que a escola tem representado um importante local para o encontro entre saúde e educação abrigando amplas possibilidades de intervenções, tais como: Ações de diagnóstico clínico e/ou social; Estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; Atividades de educação em saúde e promoção da saúde. Estas intervenções têm sido identificadas sob o termo “saúde escolar” utilizado para designar ações que objetivam “proporcionar condições adequadas à realização do processo educacional que requer condições mínimas de saúde” (GOMES; HORTA, 2010, p.487).

Desde os trabalhos do médico alemão, Johann Peter Frank, considerado o “pai da saúde escolar” (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010), até as iniciativas mais recentes sobre Saúde Pública, muitas mudanças aconteceram. Contudo, a identificação do espaço escolar como locus fundamental de prevenção de doenças e promoção da saúde permanece. Como extremos numa linha do tempo, pode-se afirmar, segundo Casemiro, Fonseca e Secco (2014), que o ponto de partida é a identificação da escola como espaço de disseminação de regras de civilidade e normas de higiene calcadas no ideal higienista dos séculos XIX e XX. No outro extremo temporal, os debates mais recentes dariam conta de pautar a escola como local de promoção da saúde (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

O estudo desenvolvido por Casemiro, Fonseca e Secco (2014), teve como objeto: apresentar uma revisão bibliográfica sobre a saúde escolar enquanto política pública na

América Latina. O Estudo foi realizado a partir de pesquisa dos artigos produzidos entre 1995 a 2012 na América Latina disponíveis nas bases de *on line Scielo e Lilacs BVS*. As buscas foram conduzidas a partir das expressões: “Escolas Promotoras de Saúde, saúde escolar, saúde na escola, Programa Saúde na Escola, *Escuelas Promotoras de Salud, salud en la escuela, Programa de Salud Escolar, Health Promoting Schools e School Health*”.

Gráfico 1 - Número de artigos publicados sobre “Saúde Escolar” na América Latina



**Fonte:** Casemiro, Fonseca e Secco, (2014).

Observa-se que durante este período de tempo, 1995 a 2012, ocorreu um crescimento no número de artigos produzidos, sobre a temática “saúde escolar” ainda que esse crescimento se manifeste de forma oscilante, mostra que houve um interesse dos pesquisadores, sendo mais expressivo entre os anos de 2007 a 2010.

Casemiro, Fonseca e Secco, (2014) localizaram 440 artigos dos quais 54 foram excluídos. Os artigos cujos resumos não foram localizados e aqueles que se referiam apenas a crianças em “idade escolar” e não necessariamente à escola, totalizaram 386 trabalhos analisados. Dentre estes, foram selecionados os 43 artigos que tratavam de iniciativas de institucionalização de ações de saúde escolar enquanto política pública. Deste total selecionados, 24 artigos foram publicados no Brasil, eles apresentam revisões da literatura e da legislação nacional acerca do tema saúde escolar, do Programa Saúde na Escola e Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e políticas públicas de alimentação e



nutrição e combate à obesidade infantil. Descrevem e avaliam experiências municipais de promoção da saúde na escola e alimentação escolar; Tratam de experiências de diagnóstico clínico e triagem em saúde bucal, oftalmologia, avaliação nutricional e uso de álcool e drogas; Apresentam avaliação e reflexão sobre ações de educação em saúde (diferentes concepções); Sistematizam avanços e desafios das propostas locais e nacionais de promoção da saúde na escola.

O Brasil possui mais de 50% das publicações, 24 dos 43 artigos selecionados. Quando refletimos sobre a importância dessa temática, esse dado mostra que apesar do país se destacar em relações aos demais Países da América Latina, o número de publicações ainda é pouco.

Uma parcela importante dos artigos trabalhados, realizados no Brasil, sobre as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) iniciaram concomitantemente aos debates latino-americanos. Contudo uma maior ênfase foi dada a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 749/2005 que constitui a Câmara Intersetorial com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. No contexto brasileiro o Programa de Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, representa a atual estratégia de saúde escolar.

Dentro os estudos sobre o tema, saúde escolar, um estudo realizado por Coelho, (2018), fez um levantamento dos estudos publicados no Banco de Dados de Teses e Dissertações da Capes, no período de 2010-2017, observou-se a ausência de estudos referentes ao Programa Saúde na Escola na região Norte do país. A dinâmica usada na busca das teses e dissertações teve como descritores “Programa Saúde na Escola” e “Programa Saúde na Escola e a Intersetorialidade”, os anos de publicação compreenderam ao período de 2010 a 2017. Foram encontrados na plataforma 69 trabalhos, destes apenas 50 estavam disponíveis para *download*; o restante encontrava-se indisponível ou era anterior a implantação da Plataforma Sucupira<sup>2</sup>.

---

2 A Plataforma Sucupira é uma nova e importante ferramenta para coletar informações, realizar análise e avaliações e ser base de referência do Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG).

Tabela 1 - Quantitativo de dissertações e teses por regiões, no período de 2010 a 2017

| <b>Regiões</b> | <b>Quantitativo de publicação</b> | <b>Dissertação/ Tese</b> | <b>%</b> |
|----------------|-----------------------------------|--------------------------|----------|
| Norte          | 0                                 | 0/0                      | 0        |
| Nordeste       | 29                                | 28/1                     | 42%      |
| Centro-oeste   | 06                                | 06/0                     | 8,6%     |
| Sudeste        | 20                                | 14/06                    | 28,9%    |
| Sul            | 14                                | 13/01                    | 20,2%    |

**Fonte:** Coelho (2018).

Observa-se na tabela, que durante o período desta pesquisa, 2010 -2017 não houve publicações no Banco de Tese e Dissertações da CAPES<sup>3</sup> referente a pesquisas relacionadas ao Programa Saúde na Escola na região Norte do país, no entanto, maior prevalência foi apresentada na região Nordeste, tanto em relação a dissertações, quanto ao que se referem as teses.

Diante de tais resultados, afirma-se que a consideração cuidadosa e explícita da relevância da pesquisa nas mais diversas regiões, guiada por princípios e processos transparentes, é vital para avaliar o valor e os impactos gerais de uma ampla gama de esforços e investimentos de pesquisa individuais e coletivos nestes ambientes. Mediante a isso emergem mais discussões e debates para facilitar o progresso da pesquisa e difusão do conhecimento referente ao Programa Saúde na Escola.

A tendência de crescimento da produção científica brasileira é comumente associada ao investimento do setor público, tanto na qualificação de capital humano como na melhoria da infraestrutura de universidades e institutos de pesquisa (HELENE; RIBEIRO, 2011). Acerca disso, menciona-se que a desigualdade regional na produção científica está estreitamente associada às acentuadas disparidades na distribuição dos recursos científicos e tecnológicos regionais.

Durante a construção da proposta de pesquisa realizou-se um levantamento de estudos referentes as Políticas de educação e saúde, com objetivo de obter informações acerca

---

<sup>3</sup> Catálogo de Teses e Dissertações. <http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>.

do objeto de estudo, a fim de apreender sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) e as ações de promoção da saúde já existentes em estudos publicados. Através dos resultados encontrados, foi possível obter um recorte da produção científica sobre o PSE, do que está sendo estudado e quais as recomendações que os pesquisadores propõem.

Foi realizado um estudo Cienciométrico, na busca de subsidiar a dissertação intitulada “Programa Saúde Na Escola: práticas e percepções em escolas no município de Santarém – Pará”, um estudo semelhante aos realizados por Casemiro, Fonseca e Secco, (2014) e Coelho, (2018), no entanto, com a utilização de uma base de dados diferente das utilizados pelos autores supra citados.

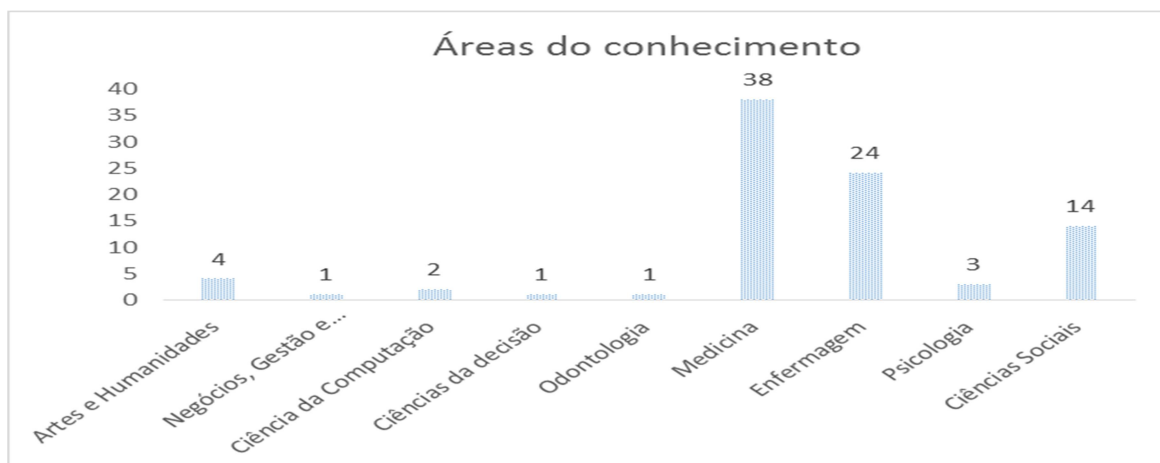
Percebe-se que os artigos relacionados a educação não estão explicitados em uma área de conhecimento específico, fato este que destaca que os mesmos possam estar subdivididos dentre as áreas citadas anteriormente.

Observa-se que em sua maioria, as publicações estão ligadas nas subáreas da medicina (38), e da Enfermagem (24), fato este que destaca que o âmbito da saúde se mostra prevalente entre a temática que envolve o programa saúde na escola, por meio das práticas e percepções dos atores das publicações.

Destaca-se que os avanços tecnológicos e esforços científicos relacionados a ampliação e divulgação do conhecimento que tem ocorrido nas últimas décadas colocam os profissionais da saúde frente ao desafio de se manter continuamente atualizados e gerar novas publicações que possam contribuir para o meio científico.

No mais, menciona-se que a finalidade do consumo da pesquisa clínica de qualidade é essencial aos profissionais do âmbito da saúde, haja vista que permite dar subsídio consistente para avaliar criticamente a prática em direção aos achados de pesquisa e a promoção de mudanças que tenham como base as evidências. Com intenção de promover a garantia de que as pesquisas que são publicadas atuem como parte integrante da construção das práticas e conhecimentos dos profissionais, os incentivando a questionar e racionalizar o manejo clínico e cria uma cultura de aprendizado e desenvolvimento contínuos.

Gráfico 2 - Subárea de conhecimento em que os artigos estão relacionados



**Fonte:** Elaboração do autor (2019), com base a plataforma Scopus (2019).

Observou-se que dos 76 artigos encontrados no período de 2009 ao primeiro trimestre de 2019 na base de dados Scopus, a maioria foi publicada no ano de 2018, o que se pode afirmar que este ano houve maior inovação científica e acadêmica, de modo que contribuiu para apresentar novas ideias e sugerir respostas alternativas às questões médicas e sociais.

Esse maior quantitativo de publicações no ano de 2018 evidencia o aparecimento de um foco crescente no impacto da pesquisa em saúde para explorar e explicar sobre a temática que envolve o Programa Saúde na Escola.

Destaca-se que os compromissos com a “tradução do conhecimento” e o “ciclo do conhecimento sobre o Programa Saúde na Escola enfatizam questões de relevância e fornecem uma visão considerável sobre as abordagens para garantir a usabilidade da pesquisa”.

Gráfico 3 - Número de artigos publicados no período de 2009 a 2019



**Fonte:** Elaboração do autor (2019), com base a plataforma Scopus (2019).

Após a obtenção das listas de artigos publicados e disponíveis (59), foi feita uma triagem, através da leitura do título e resumo do artigo, para identificação e retirada das publicações repetidas de forma a obter as publicações totais na base pesquisada, considerando somente aquelas que possuem relação com o tema pesquisado, Política de Educação e Saúde, vinculada ao Programa Saúde na Escola (PSE), resultando no final do processo 25 artigos.

Comenta-se que quando a publicação de resultados de um estudo de pesquisa ou a documentação de um programa não são publicados, não se torna disponível aos outros pesquisadores o valor das evidências que foram geradas, haja vista que estes não poderão vê-las, assim como também não poderão construir sobre elas e assim ampliar o leque científico em relação as mesmas.

Os achados da tabela 2 enfocam a importância das publicações científicas como componente da prática na saúde pública, os artigos encontram-se em 18 revistas distintas, fato esse que destaca o maior alcance de leitores das mais diversas áreas da saúde e nas diferentes modalidades de leitores.

Tabela 2 - Dados dos artigos analisados sobre a temática de estudo

| <b>Revista</b>                            | <b>Autores</b>  | <b>Ano</b> | <b>Título</b>  |
|---|---|------------|--|
| <b>Ciência &amp; saúde coletiva</b>       | ROSSI; MACHADO;<br>ANDRADE;<br>VASCONCELOS                    | 2019       | Fatores associados ao consumo alimentar na escola e ao sobrepeso/ obesidade de escolares de 7-10 anos de Santa Catarina, Brasil. |
| <b>Revista Brasileira de Oftalmologia</b> | MELO; DIAS<br>JÚNIOR;<br>CARVALHO                             | 2018       | Triagem oftalmológica em 510 alunos de escolas públicas: Desenvolvimento de um projeto social de grande abrangência]             |
| <b>Psicologia Escolar Educacional</b>     | RONCHI; IGLESIAS;<br>AVELLAR                                  | 2018       | Interface entre educação e saúde: Revisão sobre o psicólogo na escola.   |
| <b>Psicologia Escolar Educacional</b>     | CHAVES; SILVA;<br>CAVALCANTE                                  | 2018       | Na essência somos iguais, na diferença nos respeitamos": Estágio em Psicologia Escolar.  |
| <b>Frontiers in Psychology</b>            | MATTOS et al.   | 2018       | Promoting self-regulation in health among vulnerable Brazilian children: Protocol study.   |
| <b>Revista brasileira de enfermagem</b>   | SOUZA; SOARES;<br>SANTOS; PAULO;<br>BANDÃO; FREITAS<br>JÚNIOR | 2018       | Constructing a logical model in school health: experience on the Lower Amazon region.  |

(Continuação)

| <b>Revista</b>                                | <b>Autores</b>  | <b>Ano</b> | <b>Título</b>   |
|---|---|------------|---|
| <b>Cadernos de Saúde Pública</b>              | CHIARI; FERREIRA;<br>AKERMAN;<br>AMARAL;<br>MACHADO; SENNA          | 2018       | Rede intersetorial do programa saúde na Escola: Sujeitos, percepções e práticas.  |
| <b>Revista da Escola de Enfermagem</b>        | VIEIRA; DANTAS;<br>MIRANDA;<br>ARAÚJO;<br>MONTEIRO; ENDERS          | 2018       | School Health Nursing Program: Prevention and control of overweight/obesity in adolescents.   |
| <b>Epidemiologia e serviços de saúde: SUS</b> | BATISTA;<br>MONDINI; JAIME  | 2017       | Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014.  |
| <b>Ciência &amp; saúde coletiva</b>           | SOUSA;<br>ESPERIDIÃO;<br>MEDINA                                     | 2017       | A intersetorialidade no programa saúde na escola: Avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho.  |
| <b>Revista de saúde pública</b>               | HORTA;<br>ANDERSEN; PINTO;<br>HORTA; OLIVEIRA-CAMPOS; MALTA         | 2017       | Health promotion in school environment in Brazil.   |
| <b>Espacios</b>                               | GAZE; ROBAINA   | 2017       | O impacto do Programa Saúde na Escola: Uso da Escala Likert para avaliar os resultados das ações de saúde pública nos alunos de uma escola pública do bairro de Ceilândia, Distrito Federal, sob o aspecto do uso de substâncias ilegais. |
| <b>Ciência &amp; saúde coletiva</b>           | SILVA; BODSTEIN   | 2016       | Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola.   |
| <b>Ciência &amp; saúde coletiva</b>           | DIAS; VIEIRA;<br>SILVA;<br>VASCONCELOS;<br>MACHADO                  | 2016       | Colaboração interprofissional no projeto saúde e prevenção na escola.   |
| <b>Adolescência e Saúde</b>                   | SCHULER; WATTE;<br>SCHÜTZ; RITTER;<br>NATH; ERTHAL;<br>SILVA; SILVA | 2015       | Multiplicadores adolescentes do Programa Saúde na Escola: A prevenção entre pares.  |
| <b>História, Ciências, Saúde - Manguinhos</b> | MONTEIRO; BIZZO   | 2015       | A saúde na escola: Análise dos documentos de referência nos quatro anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011.   |

(Continuação)

| <b>Revista</b>                                 | <b>Autores</b>   | <b>Ano</b> | <b>Título</b>   |
|--|--|------------|---|
| <b>Revista Brasileira de Educação</b>          | FERREIRA;<br>MOYSÉS; FRANÇA;<br>CARVALHO;<br>MOYSÉS          | 2014       | Percepções de gestores locais sobre intersectorialidade no programa Saúde na Escola.  |
| <b>Interface: Comunicação, Saúde, Educação</b> | REIS; SILVA; UN  | 2014       | Espaço público na atenção primária à saúde: educação popular e promoção da saúde nos centros de saúde-escola brasileiros.   |
| <b>Texto e Contexto Enfermagem</b>             | SILVA; LOCKS;<br>CARCERERI; SILVA;                           | 2013       | Escola de promoção de saúde para crianças com fissura labial e palatina.  |
| <b>Saúde e Sociedade</b>                       | PENSO; BRASIL;<br>ARRAIS;<br>LORDELLO                        | 2013       | Saúde e escola: percepções dessa relação por profissionais de atenção primária à saúde que trabalham com adolescentes do Distrito Federal.                          |
| <b>Ciência &amp; saúde coletiva</b>            | FERREIRA;<br>VOSGERAU;<br>MOYSÉS; MOYSÉS                     | 2012       | Medidas normativas da saúde no programa escolar: Análise de conteúdo associada aos programas ATLAS TI.  |
| <b>Saúde e Sociedade</b>                       | GIACOMOZZI;<br>ITOKASU;<br>LUZARDO;<br>FIGUEIREDO;<br>VIEIRA | 2012       | Inquérito sobre uso de drogas e vulnerabilidades em estudantes de escolas públicas participantes do programa de saúde escolar.                                      |
| <b>Revista Brasileira de Enfermagem</b>        | SANTIAGO;<br>RODRIGUES;<br>OLIVEIRA JUNIOR;<br>MOREIRA       | 2012       | Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação da equipe da Estratégia Saúde da Família. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE. |
| <b>Ciência &amp; saúde coletiva</b>            | FIGUEIREDO;<br>MACHADO; ABREU                                | 2010       | Saúde na escola: uma breve história.  |
| <b>Ciência &amp; saúde coletiva</b>            | OLIVEIRA;<br>PRESOTO   | 2009       | Efetividade de um programa de promoção da saúde em pré-escolares na cidade de Anápolis, Goiás.  |

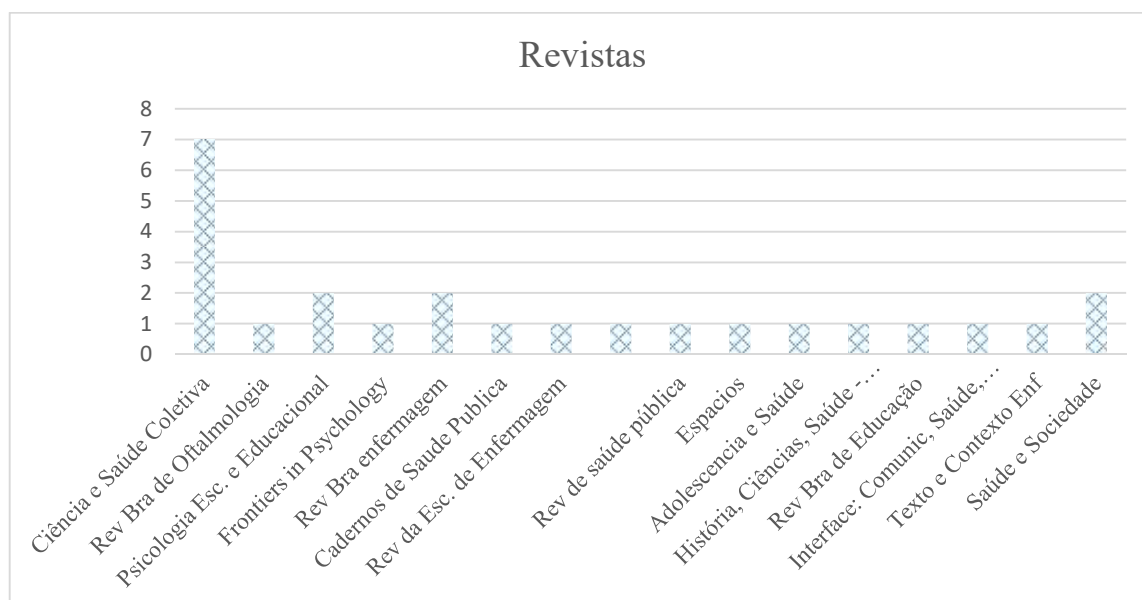
**Fonte:** Elaboração do autor (2019), com base a plataforma Scopus (2019).

Verificou-se que dentre os artigos selecionados a revista que mais teve publicação foi a *Ciência & saúde coletiva*, e que a abordagem a temática era bem específica, discutindo os conceitos, diretrizes, medidas normativas, o referencial teórico, as práticas intersectoriais e as ações e a avaliação do Programa Saúde na Escola (PSE).

Diante de tal perspectiva, menciona-se que no setor da saúde, a relevância da investigação surge frequentemente como uma questão prática do “encaixe” entre um corpo de conhecimento ou abordagem de investigação e um campo ou questão específica (por exemplo, saúde pública, cuidados de saúde primária, acesso a cuidados de saúde, cuidados de saúde alternativa, reforma da saúde).

De acordo com Jansen et al. (2014) a pesquisa pode ser relevante quando aumenta o conhecimento ou aumenta a confiança com a qual o conhecimento existente é considerado. Outra importante dimensão de relevância é a extensão em que as descobertas podem ser generalizadas além do cenário em que foram geradas. Ou seja, quanto maior for o quantitativo de publicações, maior será a abrangência de pessoas que irá atingir.

Gráfico 4 - Quantidade de artigos e revistas que publicaram os artigos analisados



**Fonte:** Elaboração do autor (2019), com base a plataforma Scopus (2019).

Diante de tais resultados, ressalta-se que a saúde é um assunto tradicional nos currículos escolares brasileiros e é evidente nos materiais de ensino desde o final do século XIX. Tomando como ponto de partida o estabelecimento do desenvolvimento compulsório de programas de saúde em 1971. Monteiro e Bizzo (2015), buscaram examinar alguns documentos oficiais que estabelecem diretrizes para a educação em saúde nas escolas, como a LDB, de 1971 e 1996, o parecer 2.246/74 do antigo Conselho Federal de Educação (Brasil, 1974), e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), publicados pelo Ministério da Educação (MEC) na década de 1990 no que se refere à concepção atual de saúde, aos objetivos a serem alcançados, e o papel dos estudos em saúde na educação geral dos alunos. A



análise evidencia uma importante falta de pontos de referência para regular a educação em saúde nas escolas e aponta ideias que se mantiveram inalteradas, apesar das mudanças sociais e avanços teóricos ocorridos no período. (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Os Ministérios da Saúde e Educação do Brasil lançaram o Programa Saúde na Escola (PSE) em 2007. O objetivo do PSE é duplo: Articular as ações dos sistemas de educação e saúde para identificar os fatores de risco e preveni-los e promover a educação em saúde no sistema público de ensino fundamental. Mattos et al. (2018) apresenta um programa que promova a auto regulação na saúde, incluindo tópicos sobre alimentação saudável e saúde bucal do PSE; baseia-se no arcabouço cognitivo social e utiliza ferramentas de história para treinar estudantes brasileiros do 5º ano em Promoção da auto regulação em Saúde.

O nascimento histórico da saúde escolar no mundo e no Brasil mostra uma iniciativa regional das Escolas Promotoras de Saúde - um discurso de múltiplas visões e trabalho conjunto entre educação, saúde e sociedade -, como um modelo alternativo de atenção à saúde escolar, recomendado pela Organização Pan-Americana da Saúde, aos países do Caribe e da América Latina.

Considerando o contexto escolar e a sua base legal, a observação detalhada dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) é condição essencial para que os profissionais de saúde, sensíveis à questão da educação em saúde escolar, possam contribuir para sua inclusão no ensino fundamental com uma visão crítica, interdisciplinar e transversal. Abordagem, apresentando as diretrizes de uma nova política nacional de saúde nas escolas públicas (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Souza et. al. (2018), através de relato de experiência apresenta a construção do modelo teórico e lógico de intervenção para promoção da atividade física e hábitos alimentares saudáveis de estudantes de escolas públicas da cidade de Parintins. A construção coletiva desta proposta contribuiu para a pesquisa de práticas multissetoriais relacionadas aos princípios e estratégias do PSE, considerando as particularidades do contexto da Amazônia Inferior.

Alguns estudos como o de Batista, Mondini e Jaime (2017); Melo, Dias Júnior e Carvalho (2018); Rossi et al. (2019);, Vieira et al. (2018), retratam tipos de avaliações que estão previstas para serem desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola, como a investigação e a associação entre a fonte de lanches consumidos nas escolas, seu valor nutricional e sobrepeso / obesidade (ROSSI et al., 2019) e a prevalência de crianças com dificuldade visual em triagens realizadas em 3 escolas públicas de Aracaju-SE (MELO; DIAS JÚNIOR; CARVALHO, 2018). O estudo de Batista, Mondini e Jaime (2017) descrevem a

experiência no desenvolvimento de ações do Programa Saúde na Escola (PSE) e da alimentação escolar relacionadas à prevenção do excesso de peso no município de Itapevi-SP. Outro estudo busca descrever o processo de construção de uma intervenção em forma de programa para assistência de enfermagem ao adolescente, direcionado à prevenção e ao controle de sobrepeso/obesidade na escola (VIEIRA et al., 2018).

Ronchi, Iglesias e Avellar (2018), apresentam um panorama das pesquisas publicadas em periódicos nacionais sobre a atuação do psicólogo na escola relacionada a aspectos de promoção à saúde e prevenção de doenças, debatendo a Interface entre educação e saúde e a atuação do profissional no ambiente escolar. Assim como Chaves, Silva e Cavalcante (2018), que a partir das observações participantes e escuta ativa dos atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem, percebeu a necessidade de trabalhar - em uma perspectiva de promoção de saúde e orientação - a temática da educação inclusiva e diferenças individuais.

Chiari et al. (2018) fez um estudo sobre a avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) na cidade de Belo Horizonte e dos mecanismos que favorecem a ação intersetorial, e concluiu-se que os administradores municipais fazem uso limitado desses mecanismos e a predominância de uma lógica setorial no programa PSE (CHIARI et al., 2018).

Assim como Sousa, Esperidião e Medina, (2017), que fizeram uma análise das atividades entre os setores de saúde e educação na implementação do programa Saúde nas Escolas em um município da região metropolitana do nordeste do Brasil. O processo político-gerecencial contemplou as seguintes dimensões: práticas profissionais e compreensão do tema da intersetorialidade. Os resultados mostram que os sujeitos definem essa relação intersetorial, como parceria e esforços conjuntos, no entanto, a coordenação do processo e as práticas de gestão política mostra fragilidades e limitações em sua implementação (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017). Segundo Dias et al. (2016) A colaboração interprofissional implica que haja compartilhamento de atividades com vistas a atingir um objetivo comum.

Tanto o estudo de Chiari et al. (2018), como o de Sousa, Esperidião e Medina, (2017), mostra que existem algumas fragilidades dentro do processo que organiza, orienta e implementa as ações de saúde do PSE, quanto a gestão e as práticas intersetoriais.

O estudo de Silva e Bodstein (2016) enfoca os referenciais teóricos que influenciaram os programas de saúde escolar brasileiros, na experiência do Rio de Janeiro. Tem como base a literatura brasileira de meados do século XX até as produções atuais e na literatura internacional sobre a avaliação da promoção da saúde. São analisadas propostas para a domesticação do comportamento do estudante usando princípios higienistas, bem como

algumas envolvidas na criação de um curso de saúde específico no currículo escolar e outro com uma perspectiva clínica e de saúde. Os autores demonstram a importância de diferentes referências teóricas para o entendimento de ações e estratégias resumidas em um framework. Ressaltam também a influência de contextos históricos em que ocorrem diálogos e definição de ações entre educação e saúde na desafiadora coordenação de práticas e conhecimentos.

Para Schuler et al. (2015), o programa tem como objetivo informar e orientar os adolescentes sobre as questões cobertas pelo Programa Saúde na Escola, preparando-os para multiplicar seus conhecimentos sobre a adolescência entre seus pares, estimulando a participação dos jovens por meio de ações preventivas diretamente em seus territórios.

Ferreira et al. (2014), buscou analisar a coordenação do Programa Saúde na Escola e a percepção que os gestores locais tinham da intersetorialidade do programa PSE. Os resultados revelaram que os entrevistados possuíam o conhecimento necessário para o trabalho intersetorial precisando, ainda de ajustes conceituais. Além disso, os alunos não participaram da definição de prioridades, planejamento ou agendamento de ações. Torna-se necessário um treinamento para abordar os profissionais envolvidos na PSE para aprimorar a comunicação e a compreensão dos fundamentos conceituais do programa.

Enquanto Reis, Silva e Un (2014), buscaram identificar a evolução de conceitos, práticas e da institucionalização da promoção da saúde na perspectiva da educação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. Concluiu-se que a visibilidade da sala de espera como espaço público poderia ser ampliada através da valorização do conhecimento popular e do trabalho colaborativo. Os cidadãos podem otimizar os recursos disponíveis se forem encorajados a trabalhar de forma criativa.

O Estudo de Penso et al. (2013), Saúde e escola: Percepções dessa relação por profissionais de atenção primária a saúde que trabalham com adolescentes do Distrito Federal. Para os autores a comunidade científica reconheceu a necessidade e importância de investir em pesquisas sobre a saúde dos adolescentes. Após a transcrição das entrevistas e submetidas a uma análise construtivo-interpretativa, que permitiu a construção de duas áreas de significação, denominadas: 1) A saúde precisa ir à escola, mas estamos paralisados, 2) O desconforto dos profissionais com a maneira como as demandas são formuladas pela escola. Estes revelaram que há grande dificuldade na integração entre os profissionais em educação e saúde. Os principais obstáculos mencionados se concentram no excesso de burocracia, falta de tempo, escassez, sobrecarga e falta de profissionais para construir ações integradas, tanto de saúde quanto de educação.

Outro estudo de Ferreira et al. (2012), teve como objetivo analisar as medidas normativas emitidas sobre o Programa Saúde na Escola, a fim de verificar a contribuição e participação dos setores de saúde e educação na criação e implementação do Programa, uma vez que seu sucesso foi baseado em ações intersetoriais. O estudo revelou que a participação dos setores de saúde e educação no Programa Saúde na Escola não é equilibrada, apontando para o papel predominante da saúde em áreas como o financiamento e a centralização do processo de adesão e coordenação da Comissão Intersetorial sobre Educação e Saúde na Escola.

Silva et al. (2013) o objetivo deste estudo foi compreender a influência da escola na vida e no cuidado a saúde de crianças com fissura labiopalatina, atendidas em um centro de referência no sul do Brasil, dentro das ações do programa de atenção básica. O estudo concluiu que a escola proporciona às crianças e adolescentes com fissura labiopalatina oportunidades de integração social, mas também contribuiu para conflitos gerados pelo preconceito contra sua aparência física. O apoio da comunidade escolar é essencial para o bom desenvolvimento da qualidade de vida.

Já estudo de Oliveira e Presoto (2009), teve como objetivo analisar a assistência prestada por um programa de promoção da saúde em crianças pré-escolares na cidade de Anápolis, Goiás, bem como as formas de participação dos envolvidos. Pode-se concluir que a efetividade do programa, considerando as percepções dos entrevistados, se mostra satisfatória em seu aspecto global.

A pesquisa de Giacomozzi et al. (2012), investigou o uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas entre estudantes de nove escolas públicas participantes do Projeto Saúde e Prevenção na Escola e no Programa Saúde na Escola, concluiu que a influência da família é relevante, protegendo do uso de drogas e levando a práticas. O estudo de Gaze e Robaina (2017) foi avaliar as percepções da comunidade escolar sobre os resultados do Programa Saúde na Escola, enfocando a dependência química e verificando os resultados relacionados à reintegração social de jovens. Os resultados mostraram uma percepção positiva da comunidade escolar em relação ao combate as drogas.

A implementação do PSE permitiu que os profissionais de saúde percebessem seu papel social como educadores e proporcionassem aos adolescentes maior contato com a equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF. A aproximação entre a escola e a ESF é fundamental para ajudar os adolescentes a transformar o conhecimento científico em comportamentos saudáveis (SANTIAGO et al., 2012).

O levantamento cienciométrico contribuiu para o reconhecimento da necessidade e importância de investir em pesquisas sobre a saúde dos adolescentes. Menciona-se então o estudo de Penso et al. (2013), o qual tem como objetivo discutir a relação entre Saúde e Escola por meio da percepção de profissionais da Atenção Primária a Saúde que trabalham com adolescentes no Distrito Federal, aborda-se que o Programa Saúde na Escola, buscam contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar a comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros.

Este estudo encontrou diversos artigos que abordam a temática, discutindo os conceitos, as diretrizes, as medidas normativas, o referencial teórico, as formas de implantações, as práticas intersetoriais, a atuação dos atores envolvidos na política e as ações de educação e saúde e a avaliação do Programa Saúde na Escola. Esse levantamento forneceu um importante subsídio para compartilhar os resultados de pesquisas e promover a cooperação nesse campo. Notou-se que a quantidade de artigos publicados está melhorando continuamente, bem como a rede de pesquisa cooperativa promovida por renomados estudiosos e instituições está se formando. A medida que mais pesquisadores e instituições se juntarem, a rede crescerá e os relacionamentos ficarão cada vez mais próximos. No entanto, as limitações a cooperação no âmbito regional ou interinstitucional permanecem.

Por meio de tal levantamento, percebe-se que existem pesquisas que estão preocupadas em promover o crescimento da saúde dos adolescentes e de construir um ambiente saudável para o desenvolvimento escolar. Possibilitando analisar o cenário nacional e internacional acerca das publicações relacionadas a temática central dessa dissertação, o que mostra que existem pesquisas que podem subsidiar o levantamento teórico desta.

### **3.1 Contextualização das ações de promoção da saúde no ambiente escolar**

A partir do século XX, na saúde escolar no Brasil ocorre avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, modificando o discurso tradicional – da lógica biomédica –, para a concepção da estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), um discurso de múltiplos olhares que surge no final da década de oitenta, “como parte das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção de saúde na saúde pública, estendendo-o ao entorno escolar”. O conceito de promoção da saúde, no qual

se baseia a IREPS, foi cunhado a partir da Carta de Ottawa como o processo destinado a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os fatores que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Segundo o conceito de promoção da saúde da Carta de Ottawa (1986). É essencial proporcionar meios para que, ao longo de sua vida, a população se prepare para as diferentes etapas da mesma e enfrente as enfermidades e lesões crônicas. Isto só será possível através das escolas, lares, lugares de trabalho e ambiente comunitário, no sentido de que exista uma participação ativa por parte das organizações profissionais, comerciais e beneficentes, orientada tanto ao exterior com ao interior das próprias instituições.

Ao adotar a estratégia IREPS, “a saúde escolar passa, necessariamente, por uma revisão de seu conceito e de sua prática higienista e assistencialista” e, desta forma, “tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo” (HARADA, 2003 apud FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010, p. 399).

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o objetivo de fortalecer a capacidade dos países da América Latina e do Caribe na área de saúde escolar estimulou a IREPS. Implantar escolas promotoras de saúde implica em um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade e demanda a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los. Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral, tendo três componentes relacionados entre si, a saber: 1) Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; 2) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e, 3) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

As Escolas Promotoras de Saúde (EPS) trabalham a partir da concepção da intersetorialidade, como loco da ação a ser compartilhada entre diferentes setores, potencializando diversos espaços sociais, congregando atores que circundam em diversos espaços, provocando transformações necessárias à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). As iniciativas nascem nas escolas e vêm com o intuito de envolver professores, alunos, famílias e comunidade, fazendo surgir a possibilidade de intercâmbio e troca de experiências (BRASIL, 2007b).

Assim, com as Escolas Promotoras de Saúde, diversas iniciativas e projetos contribuíram para a consolidação da parceria entre o Ministério da Saúde e Educação, tais como os projetos “Projeto Escolas”, “Saúde e Prevenção nas Escolas”, e o recente “Programa de Saúde na Escola”. Historicamente, dados apontam que Portugal teria sido o primeiro país a discutir acerca da Saúde do Escolar sob o âmbito dos dois Ministérios, da Educação e da Saúde.

O documento intitulado Programa Nacional de Saúde Escolar de Portugal (Despacho nº. 12.045/2006 / Publicado no Diário da República nº. 110, de 7 de Junho) aponta que entre 1971 e 2001 já ocorriam intervenções nas escolas, tendo como destaque a integração de Portugal à Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, similar à Rede Latino-americana de Escolas promotoras de Saúde, que resultou na criação de estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) portuguesa, no ano de 1997 (ALMEIDA, 2013).

No Brasil, a consolidação da parceria interministerial veio com a criação do Programa de Saúde na Escola. Na avaliação de Ippolito-Shepherd (2003) a escola promotora de saúde é a instituição educacional que implementa políticas que busque apoiar a dignidade e o bem estar individual e coletivo, que ofereçam múltiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento para crianças e adolescentes. Implementa estratégias que fomentam e apoiam aprendizagem e saúde, permitindo a participação dos setores saúde e educação, da família e da comunidade, oferecendo educação para saúde em forma integral e treinamento em habilidades para a vida, reforçando os fatores de proteção e de diminuição de risco, permitindo o acesso aos serviços de saúde, nutrição e atividade física.

É preciso envolver todos os membros da escola e da comunidade na tomada e na execução das decisões. Ter um plano de trabalho para melhorar o ambiente físico e psicossocial; Criar ambientes livres de fumo, drogas, abusos e qualquer forma de violência; Garantir o acesso a água limpa e instalações sanitárias; Possibilitar a escolha de alimentos saudáveis; Criar um ambiente escolar saudável; Promover atividades que se estendam para fora da escola; Implementar ações que conduzam a melhorar a saúde de seus membros e trabalha com os líderes da comunidade para assegurar ao cesso à nutrição, a atividade física, as condições de higiene e limpeza, os serviços de saúde e respectivos serviços de referência; Oferecer treinamento efetivo a professores e educadores; Ter comissão local de Educação e Saúde, Associação de pais, Organizações não governamentais, Organizações comunitárias ou seja e envolvimento global e sistêmico (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Segundo a avaliação de Silva (2007), a Escola Promotora de Saúde se traduz como importante estratégia para uma cidade mais saudável, numa ótica de inclusão e participação. É

vista como um espaço de referência para a comunidade, representada por familiares, responsáveis, profissionais de educação e outros, a escola pode exercer um papel protagonista de práticas educativas na intercessão com outros equipamentos sociais, entre os quais se destacam, nessa iniciativa, os serviços de saúde e, particularmente, a pediatria.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), editada pelo Ministério da Saúde, em 2006, representou um marco político/ideológico importante no processo vivo e cotidiano de construção do Sistema Único de Saúde, uma vez que retoma o debate político sobre as 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. Assim, a definição de seu objetivo geral de:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais [...] (BRASIL, 2006).

A Política é acompanhada por um conjunto de conceitos e diretrizes que confirmam uma atitude baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da participação social e o estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho, que promovam mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão centrando-se na organização do trabalho em equipe. A escola deve ser entendida como um espaço de relações, privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde.

No contexto situacional do espaço escolar, encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos – professores, alunos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários, entre outros –, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado (BRASIL, 2009).

Nessa premissa, destaca-se que a escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos.



A percepção sobre o conceito e a prática de saúde escolar e de promoção da saúde tem mudado, saindo de uma concepção higienista-sanitária, para um entendimento mais global, considerando as diferentes características envolvidas no conceito de saúde. Na década de 80, a crítica do setor de Educação em relação ao setor de Saúde de que este não utilizava a escola como uma aliada e parceira tornou-se mais contundente. Ao mesmo tempo, os resultados de vários estudos indicaram que a educação para a saúde, baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças, é pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2006).

No contexto brasileiro, a promoção da saúde significa uma das bases do SUS, é uma intervenção que depende da articulação intersetorial e da participação social, voltadas para o direito à saúde associada às ações para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006)

A promoção da saúde é, também, uma estratégia de produção de saúde por meio da qual as prioridades de saúde são determinadas pelas condições de vida da população, ligadas à situação social e econômica (BRASIL, 2009). Assim, a promoção da saúde vem sendo discutida desde a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. A formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e as discussões acerca dos aspectos referentes à promoção da saúde, descritas na Carta de Otawa, introduziram o contexto social como um fator determinante da saúde, uma vez que “moldava o comportamento individual”, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social (BRASIL, 2002a, p.12)

A compreensão do conceito e as reflexões da amplitude da concepção de promoção a saúde permitem a conjugação da aplicação da função do espaço escola, como território propício para a promoção à saúde, tratando-se de um equipamento social para a construção de uma sociedade democrática (BRASIL, 2006).

As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde. O Programa Mais Saúde: Direito de Todos, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2008, é um exemplo disso (BRASIL, 2008). Esse programa busca aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2008-2011, a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações, que objetivam avançar na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção da saúde e da intersetorialidade. Nesse sentido, o primeiro eixo de ações estratégicas do Mais Saúde aponta para a efetivação de ações intersetoriais que possuam alta complementaridade e sinergia focadas, especialmente,

nos municípios e, neles, nas escolas e nos ambientes de trabalho. Nesse eixo, que visa implementar o Programa Saúde na Escola – PSE, em articulação com o Ministério da Educação, e que pretende alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas, de 2008 a 2011 (BRASIL, 2008).

A escola é um espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis. As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas para a consecução dos objetivos citados, o que pode ser potencializado no Brasil pela participação ativa das equipes de Saúde da Família, sempre em associação com as equipes de educação.

A promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

O Programa Saúde na Escola (PSE) preconiza que crianças, adolescentes e jovens escolares tenham acesso, pelo menos uma vez por ano, preferencialmente nos inícios dos períodos letivos, à avaliação clínica e psicossocial (BRASIL, 2008). O objetivo dessas avaliações deve ser o de fomentar o desenvolvimento físico e mental saudáveis, em cada fase da vida do escolar, oferecendo cuidado integral, de acordo com as necessidades de saúde detectadas (BRASIL, 2002b).

Para viabilizar as ações de promoção à saúde, os Ministérios da Saúde e Educação propõem a articulação de saberes entre os setores - unidades básicas de saúde e escolas. O intuito é de estabelecer, conjuntamente, o planejamento, desenvolvimento e monitoramento das ações.

As ações desenvolvidas devem ir além da dimensão cognitiva, levando em conta os aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas, da cultura e dos direitos humanos. Para tanto, é preciso construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade, atuando como dispositivo para construir resposta social com vias à superação das relações de vulnerabilidade (BRASIL, 2006).

A população escolar (entre 5 e 18 anos) representa a população que menos adocece e possui as menores taxas de mortalidade e morbidade quando comparada a outros grupos etários. Esses índices retratam uma falsa percepção acerca da saúde dessa população, o que não os configura como categoria de prioridade da Atenção Básica (BRASIL, 2006)

Em 2002, o Ministério da Saúde apresenta a Norma Operacional (NOASSUS 01\02), que define sete áreas de atuação estratégicas da Atenção Básica que devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros: Controle da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes, erradicação da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal. Desde a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), percebe-se um hiato nas propostas de atenção à saúde no que tange à fase infância (pós 5 anos), adolescência e juventude, reflexo da desatenção para essas fases do ciclo de vida da população.

As avaliações clínicas devem ser estruturadas de modo a rever o desenvolvimento da criança ou adolescente por meio da história clínica e a realizar um exame físico dirigido, objetivando identificar problemas agudos e/ou crônicos. Podem ser realizadas pelos profissionais de nível superior das ESF, em ambientes adequados e com privacidade garantida, dentro dos princípios da bioética em saúde.

História clínica, Exame físico, Monitorização do crescimento, Avaliação da acuidade visual, Avaliação da saúde bucal, Avaliação da audição, Atualização do calendário vacinal, Exames complementares, Avaliação para prática de esportes, Questões relacionadas a saúde mental do escolar, Questões relacionadas a saúde do escolar com deficiência, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS), são questões avaliadas pelas equipes multiprofissionais da ESF.

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

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

Assim, a intersetorialidade pode representar um mecanismo de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população.

Diante disso, estimular e valorizar a incorporação de práticas intersetoriais implica um impacto significativo na priorização de ações que visam à consolidação da integralidade da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2004).

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

Os entraves para a materialização da intersetorialidade vão desde os problemas estruturais até a qualificação do debate sobre a mesma, que ainda se mostra incipiente, carecendo de mais aprofundamento, embora a literatura tenha sido profícua nos últimos anos, sinalizando um aumento substancial sobre o tema. Quando nos reportamos particularmente às ações 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).

A partir do estudo de Calvacanti, Lucena e Lucena (2015), intitulado “Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil”, Coelho, (2018) sistematiza o quadro abaixo a evolução histórica da promoção da saúde na escola pública em nosso país.

Quadro 01 - Evolução da saúde no sistema escolar brasileiro

| <b>Evolução da saúde no âmbito escolar brasileiro</b>  |
|--|
| Em 1889, surgiram as ações de saúde escolar (preocupação com a diminuição da incidência de enfermidades).  |
| No ano de 1950, os programas direcionados à saúde na escola voltados para a área biológica dos problemas relacionados à educação (preocupação com a desnutrição) |
| Em 1960, tiveram ênfase os aspectos neurológicos (distúrbios que afetavam o rendimento escolar)  |

(Continuação)

| <b>Evolução da saúde no âmbito escolar brasileiro</b>  |
|--|
| Década de 1970, foram criadas as Comissões Mistas de Saúde e Educação, sendo que não foi possível fazer a ação compartilhada entre os dois setores.                                    |
| Em 1970, surgiu a saúde comunitária, tendo como prioridade a saúde preventiva, sem a participação dos usuários no processo de elaboração das ações de promoção da saúde.               |
| Em 1980, essa criação da comissão mista gerou o afastamento da assistência da saúde do âmbito educacional, restringindo somente ao setor saúde.  |
| Em 1995, as Escolas Promotoras da Saúde foram lançadas para toda a América Latina, com a proposta de uma educação voltada para a saúde integral  |
| Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional adveio para a inclusão formal do tema promoção da saúde pela educação, porém o documento não deixa claro o tema saúde.       |
| No ano de 2007, foi instituído, por decreto presidencial, o Programa Saúde na Escola, contribuindo para a criação de um cenário favorável ao debate de uma Política Nacional de Saúde. |

**Fonte:** (COELHO, 2018), com base na pesquisa de Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015).

O quadro 01, destacado no estudo de Coelho, (2018), Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015) apresentam uma evolução histórica da saúde no sistema escolar público brasileiro, onde é possível observar que os setores da educação e da saúde vão ao longo do tempo estabelecendo uma relação harmônica entre si, surgindo diretrizes e estratégias para promover a saúde e qualidade de vida no espaço escolar. Isso também é apresentado por Silva e Bodstein (2016), que classificam o desenvolvimento da saúde escolar no Brasil em quatro fases.

Para Silva e Bodstein (2016), no início do século XX o modelo higienista e disciplinar que introduziu nas escolas públicas a preocupação com o corpo sadio e a inclusão de educação física no currículo escolar. De 1940 a 1964 o modelo especializado, no qual médicos, psicólogos e dentistas realizavam consultas nas escolas públicas e definiam aos pais o encaminhamento dos estudantes com agravos de saúde aos serviços de saúde como clínicas e hospitais. Nas décadas de 1970 e 1980, a saúde na escola foi regida, respectivamente, pela chamada medicina escolar que consistia na realização de exames médicos periódicos para inspecionar a saúde dos alunos. Nesse modelo, foram criados Registros de Saúde e após o modelo de comissões de educação e saúde onde a assistência à saúde dos escolares

concentrou-se nos próprios serviços de saúde e não mais sob tutela da Educação. Escolas promotoras de saúde, com abordagem a partir de referenciais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil, e da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, ambas no ano de 1986. E, os esforços governamentais passam a ser voltados à atenção básica que atua na prevenção e promoção de saúde, no sentido de reduzir danos à saúde da população, bem como os custos em saúde (SILVA E BODSTEIN, 2016).

Observa-se que a parceria entre educação e saúde pode contribuir para a plena inclusão das crianças e adolescentes no ensino regular, bem como ao pleno acesso delas a rede de unidades de saúde do SUS. Será de suma importância a parceria com os profissionais de saúde auxiliando os profissionais da educação no sentido de, em conjunto, perceberem as necessidades individualizadas de cada um e poderem atuar para atendê-las, tanto no ambiente da unidade de saúde, quanto no ambiente escolar.

### **3.2. A política de saúde e educação no Brasil, a partir da LDB 9394/96**

A afirmação de que a escola é um espaço ideal para a educação em saúde, sendo uma das responsáveis diretas pela função de assistir a saúde dos educandos, esteve presente nas práticas do século XX. Com a expansão do sistema de ensino para as camadas populares, a educação fundamental tem incorporado, por vezes de maneira desarticulada, conteúdos de saúde como higiene bucal e pessoal e questões ambientais que interferem diretamente na saúde pessoal e coletiva (VALADÃO, 2004). Essa forma de inclusão da discussão da saúde no ambiente escolar ampliou as expectativas em relação ao professor. Além disso, segundo Valadão (2004), onerou ainda mais a carga de trabalho dos professores e da instituição escolar. Ou seja, professores e escola se viram desafiados a trabalhar e discutir tais conteúdos, assim como interagir cotidianamente com os profissionais da saúde.

Da interface saúde e educação se constrói também a área de conhecimento denominada educação em saúde. Considerada um campo multifacetado, a educação em saúde demanda a visão de diversas ciências, como da psicologia, antropologia, sociologia e filosofia (MACHADO et al., 2007). De acordo com Alves (2004), a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas dirigidas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Ela propõe que o conhecimento científico produzido no campo da saúde dialogue com a vida cotidiana dos sujeitos.

Dessa forma, a educação em saúde pode envolver diferentes concepções de saúde, de doença e de homem. No decorrer de sua construção histórica, essa área foi nomeada de

diversas maneiras, como educação sanitária, educação e saúde, educação para saúde e educação popular em saúde. Embora essas expressões sejam tomadas como sinônimos, cada uma pressupõe diferentes concepções de educação e de saúde, sendo que prevalece, atualmente, o uso da expressão educação em saúde (SILVA, 1994, *apud* ALVES, 2004). É esta última expressão que está sendo adotada no presente estudo. Alves (2004), que revisou histórica e conceitualmente a educação em saúde, considera que a aproximação desses dois campos não significa a constituição de uma unidade, mas configura-se como um ponto de reflexão que a educação ocupa nas práticas de saúde.

Em 1988, o marco foi o nascer de mais uma Constituição Federal (CF/88), agora conhecida como “Constituição Cidadã”. Parece consolidar anseios democráticos e emancipatórios, rumo à garantia de direitos dos cidadãos, fortalecendo cada vez mais a responsabilidade e o dever do Estado, na concretização de políticas públicas. No campo educacional, a década de 90 é marcada por um processo de reformas operacionalizadas, pelo governo brasileiro envolvendo mudanças nos vários níveis e modalidades do ensino.

A partir da CF/88, é criada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394/96 (LDB), que estrutura a Educação básica da seguinte forma: a) Educação infantil constituída pela creche para crianças de zero a três anos e pré-escolas para crianças de quatro a seis anos; b) Ensino fundamental constituído, atualmente por nove anos; c) Ensino médio constituído por três séries.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental, apontam a saúde como um dos componentes da Base Comum Nacional (BCN) que “deve integrar-se em torno do paradigma curricular” em todas as escolas no Brasil, a fim de “legitimar e qualificar a ação pedagógica na diversidade nacional” (BRASIL, 1998, p.1). A partir dessa definição, a saúde passou não mais a ser vista como um “programa” a ser desenvolvido pelo conjunto das disciplinas e sim como um componente do conjunto de conteúdos que deveriam ser obrigatoriamente desenvolvidos em todas as escolas brasileiras (BRASIL, 1998).

No parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) que estabelece essas diretrizes (Brasil, 1998), a incorporação da saúde na BCN é justificada em função da afirmação de sua importância na formação integral do aluno a partir da sua relação com a “Vida Cidadã” (BRASIL, 1998). A partir desse pressuposto, o parecer aponta que “as escolas, com suas propostas pedagógicas, estarão contribuindo para um projeto de nação, em aspectos da Vida Cidadã, expressando as questões relacionadas com a Saúde, a Sexualidade, a Vida Familiar e Social, o Meio Ambiente, o Trabalho, a Ciência e a Tecnologia, a Cultura e as Linguagens,

que se articulem com os conteúdos mínimos das Áreas de Conhecimento” (BRASIL, 1998, p.9).

Nesse momento, portanto, as diretrizes sugerem o estabelecimento de uma relação intrínseca entre o desenvolvimento do tema da saúde em sala de aula e uma perspectiva de construção da cidadania, o que pode denotar a compreensão da saúde não mais apenas como um conjunto de hábitos a ser desenvolvido, mas sim a partir da ideia de direito de cidadania, resultando numa importante mudança na perspectiva a ser adotada.

Decorrente da LDB, são publicados em 1997 pelo MEC os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), que, mesmo não tendo caráter obrigatório e, em muitos casos, sofrendo severas críticas quanto aos seus conteúdos e perspectivas de ensino – entre essas as realizadas por Mohr (2002) relativas ao tema da saúde, passaram a exercer importante influência nos currículos escolares e nos materiais de apoio ao trabalho docente, influência que pode ser vista até os dias de hoje como, por exemplo, nos critérios de escolha e adoção de livros didáticos por parte dos professores (CARNEIRO, SANTOS, MOL, 2005; LIMA, SILVA, 2010).

Os PCN afirmam a importância do desenvolvimento da temática da saúde quando definem “Ser Humano e Saúde” como um dos blocos temáticos de conteúdos da disciplina como ciências naturais no ensino fundamental (BRASIL, 1997a, p.52), assim como ao definirem a saúde como um dos “Temas Transversais” que devem ser desenvolvidos, de maneira transversal ao currículo, pelo conjunto de disciplinas escolares em todos os anos de escolarização (BRASIL, 1997).

No que diz respeito às expectativas gerais relacionadas ao ensino fundamental (EF), os PCN se referem especificamente ao tema saúde na definição de um dos objetivos gerais a alcançar ao final desse ciclo escolar, uma vez que é esperado que os alunos sejam capazes de conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva.

Os PCNs foram elaborados para responder à LDB, que definiu a importância de propiciar a todos a formação básica comum. Dessa forma, reforçou a necessidade de estabelecer diretrizes para nortear os currículos e os conteúdos. Logo, estes últimos deveriam ter uma base comum, porém flexível, de acordo com o contexto regional e a realidade escolar de cada lugar (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Os temas transversais apresentados nos PCNs nascem de problemáticas sociais que perpassam por diversas áreas de conhecimento. A saúde é uma das temáticas adotadas como



tema transversal, devendo ser trabalhada em todo o ensino fundamental, de maneira articulada com os demais conteúdos escolares (BRASIL, 1997). Tal como acontece com as questões sociais, os conhecimentos sobre os temas escolhidos e selecionados como transversais são produzidos em diferentes áreas e instituições. Com o objetivo de resgatar a produção coletiva do conhecimento e se relacionar com a realidade circundante à escola, cabe a esta última o contato com as organizações, a exemplo de postos de saúde, grupos culturais e bibliotecas, para trabalhar tais temáticas (BRASIL, 1997)

De acordo com os referidos PCN, através do trabalho rotineiramente realizado pelos professores e especialistas em educação do nosso país, os educandos – dentre muitas outras habilidades – deveriam ser capazes de situar-se no mundo como cidadãos conscientes de seus direitos e deveres políticos, civis e sociais, capazes de adotar no dia-a-dia atitudes de solidariedade, cooperação e repúdio às injustiças e que, especificamente em relação à saúde, estejam aptos a “conhecer o próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva” (BRASIL, 2001).

Dessa forma, percebe-se que as interações escola–sociedade, tanto no nível individual quanto no social, são constantes, os próprios estudantes constroem o conhecimento sobre conteúdos escolares em outros contextos vivenciados. Em contrapartida, as ações propostas pelas escolas são desenvolvidas conforme as demandas que surgem na vida cotidiana. Esses elementos apontam para o fato de que a construção de significados pelos discentes também se dá em outros espaços, como as instituições religiosas e a família, sob a influência da mídia e das demais instituições e organismos sociais. Assim, esses significados devem ser integrados a aprendizagem escolar, num processo de tensão e soma.

Em 1997, o Ministério da Educação e do Desporto adotou para a discussão nas escolas o conceito de educação para a saúde em resposta a demanda social de criar uma proposta constitucional de consciência sanitária da população e dos governantes, visando o direito à saúde como prioridade. Considerando este último como um “fator de promoção e proteção à saúde e estratégia para a conquista dos direitos de cidadania” (BRASIL, 1997, p. 65), passou a ser papel da escola oferecer os elementos e subsídios para instruir os estudantes para uma vida saudável, no âmbito individual e coletivo, por meio do aumento da capacidade de autocuidado.

Por assumir papel social destacado na construção de condutas, práticas e crenças, a escola deve, na sua rotina, ser uma referência para as crianças e adolescentes através da educação em saúde. Segundo os PCNs, os valores, que se expressam na escola por meio de

aspectos concretos como a qualidade da merenda escolar, a limpeza das dependências, as atividades propostas, a relação professor-aluno, são apreendidos pelas crianças na sua vivência diária (BRASIL, 1997, p. 69).

No volume dedicado à saúde, os PCNs orientam os educadores e demais cidadãos que é por meio da educação que se promove a saúde, com a adoção de estilos de vida saudáveis, o desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais e a produção de um ambiente sadio. Algumas ações protetoras da saúde citadas pelos PCNs são: Vacinações, saneamento básico, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária de alimentos, do meio ambiente e de medicamentos, adequação do ambiente de trabalho e aconselhamentos específicos, como os de cunho genético ou sexual. Com vista à complementação da atenção integral à saúde por meio das medidas curativas e assistenciais, destaca-se a importância da realização de exames médicos e odontológicos periódicos (BRASIL, 1997).

Segundo Silva e Delorme (2007), a promoção da saúde (PS) não é exclusiva das ciências da saúde. Todas as políticas sociais, tais como as de educação, transporte, habitação, cultura e economia, ao favorecerem melhores condições de saúde e de vida à população, visando à equidade, à justiça e aos direitos de cidadania, são consideradas também políticas públicas saudáveis. Assim, para que a população assuma o controle da própria saúde, as ações devem ser realizadas em diversos ambientes sociais, como escolas, lares, locais de trabalho e outros espaços comunitários (BRASIL, 2002a).

A promoção da saúde sustenta-se na compreensão da saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. Entre estes fatores estão inclusas as oportunidades de educação, de habitação e saneamento, apoio social para famílias, padrão adequado de alimentação e saneamento, boas condições de trabalho, entre outros.

Gutierrez (1996, apud VALADÃO, 2004) define a promoção da saúde como um conjunto de atividades, processos e recursos orientados a propiciar uma melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que objetivam o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e condições de vida, tanto individual quanto coletivamente. Uma das ideias fundamentais na concepção da promoção da saúde, é a de que a saúde é gerada nos ambientes em que as pessoas vivem, amam, trabalham e divertem-se (VALADÃO, 2004).

No Brasil, esse movimento por uma nova concepção e por um sistema de saúde para todos se deu com o processo de redemocratização e ficou conhecido como Reforma Sanitária. Pautada no tema Saúde e Democracia, essa mobilização defendia que a “saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” e é considerada a responsável pela criação SUS.

O SUS foi fundado e operacionalizado pela Lei Orgânica de Saúde, n. 8.080/1990. As ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios básicos dessa lei orgânica, como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; A integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; A divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; A igualdade da assistência, sem preconceitos de qualquer espécie (BRASIL, 1990)

A OMS reuniu o Comitê de Especialistas na Educação em Saúde e Prevenção na Escola e fundou o WHO's Global Health Initiative (Iniciativa Global de Saúde da OMS). Essa iniciativa promoveu diversas ações, tais como as Escolas Promotoras de Saúde.

Apesar de as definições variarem de acordo com os contextos, a OMS caracterizou uma Escola Promotora da Saúde como aquela que constantemente fortalece e reforça sua capacidade como um ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar. As Escolas Promotoras da Saúde possibilitaram uma nova visão do desenvolvimento infantil, que leva em consideração fatores como as condições ambientais, a convivência familiar e social, a alimentação e as oportunidades de aprendizagem e construção de conhecimento, além do acesso à recreação e às condições de segurança (IERVOLINO, 2000). No Brasil, ocorreram algumas iniciativas de Escolas Promotoras de Saúde, que possibilitaram discussões sobre a revitalização de saúde na escola e ensejaram a continuidade das ações de intersetorialidade entre educação e saúde (BRASIL, 2007b).

Menciona-se que as evidências substanciais indicam que existe uma forte ligação entre oportunidades precoces e equitativas de aprendizagem e a saúde das crianças. Da mesma forma, a extensão da educação de um indivíduo influencia sua saúde ao longo da vida.

A gestão governamental possui a responsabilidade primária de garantir que as condições das escolas e da educação sejam as melhores possíveis. Estas condições ideais podem ser alcançadas através do estabelecimento de escolas promotoras da saúde.

Uma escola promotora de saúde é aquela que constantemente fortalece sua capacidade de funcionar como um ambiente saudável para aprender, viver e trabalhar. Ela permite que todos os membros da comunidade escolar trabalhem juntos para fornecer aos alunos e funcionários experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam sua saúde.

Embora o conceito de escolas promotoras de saúde esteja ganhando terreno internacionalmente, as escolas estão em diferentes estágios de implementação do conceito e também enfrentam diferentes desafios: Alguns profissionais de saúde e educadores estão lutando com necessidades básicas nas escolas, enquanto outros estão promovendo estilos de vida saudáveis, inclusive saudáveis, alimentação, atividade física e não fumantes.

Políticas e programas com o objetivo de prestar assistência e abordar a saúde na escola ganharam espaço juntamente com a busca pela universalização dos sistemas de ensino, o que vislumbra o potencial para ações de PS na escola. Valadão (2004) afirma que, ao longo do século XX, novos componentes técnicos e científicos vão sendo agregados à concepção citada e ocorre um deslocamento progressivo da sua legitimação dos eixos da moral para uma aparente despolitização apoiada na ciência. Entretanto, a modelagem de comportamentos permanece como um objetivo central, e, no transcorrer do século XX, a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional, de lógica biomédica, para uma concepção ligada à PS na escola. Nesse contexto, dentro das Políticas de Saúde surge o Programa Saúde na Escola.

### **3.3 A implantação do Programa Saúde na Escola no Brasil**

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as 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, com a finalidade 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 (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, ao instituir o Programa Saúde na Escola concordaram que as equipes de Saúde da Família seriam responsáveis pela saúde dos estudantes matriculados nas escolas pertencentes aos seus territórios, enquanto as escolas seriam responsáveis pelo desenvolvimento de práticas pedagógicas adotadas para a difusão da saúde nos espaços escolares, conforme proposto pelos PCNs.

Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), cita que o programa emergiu em resposta às críticas a pouca efetividade da educação em saúde nas escolas e ao fortalecimento da promoção de políticas de saúde como modelo de atenção à saúde dos estudantes, que não seria sustentado apenas pelo modelo biomédico no controle e prevenção de doenças.

Inicialmente, os recursos financeiros do Programa eram estruturados pela Portaria nº 1.861, onde o PSE financiava municípios escolhidos por meio de critérios, estabelecidos nos incisos do Art. 2º:

- I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, na competência financeira abril de 2008;
- II - Municípios com os 20 menores IDEB abaixo da média nacional nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura em cada Estado;
- III - Municípios que possuam em seu território escolas participantes do programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas nesse programa. (BRASIL, 2008).

Diante desses critérios, eram poucos os municípios que preenchiam tais requisitos. Dessa forma, na Portaria no ano seguinte, em 2009, ocorreu uma flexibilização dos critérios exigidos para obtenção de recursos financeiros por parte dos municípios. Isso possibilitou que mais regiões recebessem tal benefício (BRASIL, 2009). O mesmo critério concedido, foi utilizado para o ano de 2010 (BRASIL, 2010a). No final do ano de 2010, nova Portaria Interministerial foi publicada, ocorrendo maior flexibilização dos critérios, e novamente mais municípios puderam ser contemplados (BRASIL, 2010b)

Com a perspectiva de aumentar o campo de atuação do PSE, em 2011 o MEC e o MS criam a cartilha “Passo a passo PSE Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade”. Sendo assim, a partir do exercício de 2011, a transferência de recurso financeiro e material do PSE ocorre para os municípios credenciados ao Programa, condicionada à assinatura pelos secretários municipais de Saúde e Educação, do instrumento de contratualização, o Termo de Compromisso. Nessa reestruturação foi investido mais no trabalho intersetorial. Com a adesão do Município ao PSE, cada escola passa a ter uma ESF para executar conjuntamente as ações. As ações intersetoriais passam a ser divididas em três componentes, sendo eles:

COMPONENTE I – AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL As ações do ponto de vista epidemiológico que são prioritárias para os educandos são abaixo listadas: Avaliação antropométrica; Atualização do calendário vacinal; Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.); Avaliação oftalmológica; Avaliação auditiva; Avaliação nutricional; Avaliação da saúde bucal; - Avaliação psicossocial.

(...)

COMPONENTE II – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE: Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids; Saúde e

Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; Promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

(...)

COMPONENTE III – FORMAÇÃO: Planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, no qual o público-alvo são os integrantes da saúde e educação que compõem os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs); Avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e prevenção a riscos e agravos à saúde, no qual o público-alvo são os profissionais das equipes de Saúde da Família, profissionais das unidades de saúde, profissionais das escolas e jovens educandos (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o PSE se fortaleceu com a interação dessas equipes de saúde com os educadores no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos estudantes.

Em 2012, o MS e o MEC publicam o “Semana Saúde na Escola: Guia de sugestões de atividades” e a Portaria nº 357 de 1 de março de 2012. Até 2012 o PSE apresentava critérios referentes à Saúde da Família, IDEB e Programa Mais Educação, que definiam quais os municípios poderiam ou não participar. A partir de 2013, com a Portaria nº 364, de 8 de março de 2013, todos os municípios do país estavam aptos a participar do Programa. Podem participar todas as equipes de Atenção Básica e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas, assim todos os níveis de ensino público passam a fazer parte do Programa. Também, foi em 2013 que se renomeou os componentes do PSE: Componente I - Avaliação das condições de saúde; Componente II - Promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos; e Componente III - Capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação.

Atualmente, a última Portaria interministerial do PSE é a nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que “Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações”. De maneira sucinta, esta portaria aumenta o valor repassado ao município e este é em cota única, o ciclo de adesão é de 2 anos e deve-se realizar um conjunto de 12 ações a serem planejadas em conjunto pelas equipes de saúde e da escola. Sendo assim, o período de adesão ao ciclo 2019/2020 foi de 19 de novembro de 2018 a 28 de fevereiro de 2019.

Os principais objetivos deste Programa, conforme o Decreto 6286/2007, são:

I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;

II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, 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;

VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.

Os objetivos do Programa Saúde na Escola, buscam contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros (BRASIL, 2015; OLIVEIRA, 2015; VIEIRA, 2013).

Nessa premissa, faz-se menção a Nader (1990) o qual propôs que a escola é os lócus de uma ampla gama de atividades educativas e de saúde, realizadas por um grupo diverso de pessoal de saúde e educacional, tanto na comunidade como na escola. Diante disso, enfatiza-se que a escola, a comunidade e a família/amigos são os três importantes sistemas que apoiam o status de saúde e a conquista educacional das crianças. Além disso, a mídia - incluindo mídia educacional, eletrônica e impressa - desempenham um papel proeminente como parte do sistema comunitário na influência de comportamentos relacionados a saúde.

O programa é uma Política Pública de promoção de saúde para os escolares que segue as seguintes diretrizes como guia para as atividades, que serão elaboradas para os participantes do programa:

QUADRO 02 - Diretrizes Gerais do PSE

| <b>AS DIRETRIZES DO PROGRAMA</b>  |
|---|
| I. Descentralização e respeito à autonomia federativa;  |
| II. Integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, por meio da junção das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, dos equipamentos e dos recursos disponíveis;  |
| III. Territorialidade, respeitando as realidades e as diversidades existentes no espaço sob responsabilidade compartilhada;   |
| IV. Interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo a progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissões e a articulação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação, com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;  |
| V. Integralidade, tratando a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da Saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;  |
| VI. Cuidado ao longo do tempo, atuando, efetivamente, no acompanhamento compartilhado durante o desenvolvimento dos educandos, prevendo a reorientação dos serviços de Saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, o que envolve promover a saúde e a cultura da paz; favorecer a prevenção de agravos; avaliar sinais e sintomas de alterações; prestar atenção básica e integral aos educandos e à comunidade; |
| VII. Controle social: promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da Saúde e Educação;  |
| VIII. Monitoramento e avaliação permanentes: promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e Unidades de Saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre a condição de saúde dos estudantes e informando as que forem realizadas nos sistemas de monitoramento. Avaliar o impacto das ações junto aos educandos participantes do PSE.  |

**Fonte:** BRASIL (2015).

A descentralização, a integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, a territorialidade, a interdisciplinaridade e intersetorialidade, a integralidade, o cuidado ao longo do tempo, o controle social e o monitoramento e avaliação permanente, são as bases para o desenvolvimento de um bom programa de saúde que se preocupa com a saúde e qualidade de vida, onde a organização, planejamento e a operacionalização, estão em



consonância com os pilares e princípios do SUS, na busca da promoção da saúde e na atenção básica.

Embora a abordagem de cada país para os cuidados de saúde primários possa variar, Wallace, et al. (1992) já mencionava que os programas escolares em todo o mundo incluem tipicamente componentes de serviços preventivos, promotores, curativos e de reabilitação.

Nesse contexto, as ações em saúde previstas no âmbito do PSE devem considerar os princípios e as diretrizes do SUS e articular-se com a rede pública básica de ensino. Entre as possibilidades apresentadas pelo Decreto n. 6.286, encontram-se desde cuidados básicos até ações que terão consequências cotidianas na escola, como a promoção e a avaliação de hábitos saudáveis; A avaliação psicossocial; A redução da morbimortalidade por acidentes e violências; A prevenção e a redução do consumo do álcool; A prevenção do uso de drogas; A promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; A educação permanente em saúde; A promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; E a inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político-pedagógico das escolas (BRASIL, 2007a; 2009).

QUADRO 03 - Principais Ações em Saúde sugeridas pelas diretrizes

| <b>AS AÇÕES EM SAÚDE</b>   |
|--|
| I - Avaliação clínica;   |
| II - Avaliação nutricional;  |
| III - Promoção da alimentação saudável;  |
| IV - Avaliação oftalmológica;  |
| V - Avaliação da saúde e higiene bucal;  |
| VI - Avaliação auditiva;   |
| VII - Avaliação psicossocial;  |
| VIII - Atualização e controle do calendário vacinal;   |
| IX - Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;                                   |
| X - Prevenção e redução do consumo do álcool;  |
| XI - Prevenção do uso de drogas;   |
| XII - Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;   |
| XIII - Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;                              |
| XIV - Educação permanente em saúde;  |
| XV - Atividade física e saúde;   |
| XVI - Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;                                      |
| XVII - Inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas. |

Fonte: (BRASIL, 2007a).

Além das ações eventuais — de acordo com as demandas de cada escola —, as ESFs devem realizar visitas periódicas e permanentes as escolas, visando avaliar as condições de

saúde e o próprio atendimento à saúde dos educandos no decorrer do ano letivo. Os programas abrangentes de saúde escolar oferecem atividades, programas e serviços adequados a idade que levam em conta as necessidades de desenvolvimento dos alunos e ajudam os alunos a alcançar metas de desenvolvimento.

Diante disso, comenta-se que as atividades afiliadas a escola geralmente representam um esforço colaborativo no qual a escola e os parceiros da comunidade compartilham as responsabilidades de planejamento e governança. Exemplos incluem serviços de saúde, medidas de saúde e segurança ambiental, programas de aconselhamento e serviços sociais.

Destaca-se que uma escola é o centro para a colocação de uma ampla gama de serviços de saúde, saúde mental, sociais e/ou familiares em uma instituição única e ininterrupta. A natureza e a configuração exata dos serviços e recursos oferecidos variam de lugar para lugar, mas estes devem atender as necessidades específicas de cada escola e comunidade em particular.

As estratégias para o desenvolvimento do PSE atuam como abordagem geral ou a rede de métodos e processos relacionados, que são cuidadosamente projetadas para atingir as metas desejadas. Os exemplos incluem mandatos de políticas, mudanças ambientais, uso de mídia, modelagem de funções e suporte social. Atividades e serviços são aquelas ações específicas e concretas realizadas como parte de uma estratégia. Exemplos são aulas de educação em saúde, exercícios de condicionamento físico em educação física, fornecimento de refeições escolares nutritivas e atraentes, exames de saúde e aconselhamento psicológico. Todas as estratégias, atividades e serviços devem ser realizados de maneira culturalmente sensível e competente, elas devem ser projetadas para aprimorar o conhecimento e as habilidades do aluno, incentivar o comportamento desejado, promover o uso adequado dos profissionais e promover a saúde física, mental e emocional.

Considerando a importância do tema Saúde na Escola, das Políticas de educação e saúde, partindo da premissa que tanto a Educação como a Saúde são direitos universais, que apesar de ter poucos estudos direcionados ao programa saúde na escola, eles veem sendo realizados nesta perspectiva de compreender a relação da saúde no ambiente escolar e seus processos, ainda assim temos boas produções, que buscam ampliar as reflexões sobre práticas de saúde, contribuindo para a implementação de práticas baseadas na atenção integral.

O Programa de Saúde na Escola veio, com o intuito de preencher a lacuna da Atenção Básica no que se refere ao acompanhamento da saúde da população exposta às vulnerabilidades sociais, inserida na escola (crianças, jovens e adolescentes). O PSE proporciona a ações de Saúde, através do Trabalho Interdisciplinar e intersetorial,

favorecendo as atividades de promoção da saúde tendo a escola como espaço da Atenção Básica.

#### **4 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO**

Esta seção tem a finalidade de descrever o que é e como acontece o processo de adesão ao Programa, fazendo um resgate histórico do PSE em Santarém, com a intenção de compreender o processo da implantação no município e seus possíveis desdobramentos.

Para sua análise e interpretação adotou-se dialogar com a literatura tratada nesta pesquisa e documentos normativos sobre o PSE.

##### **4.1 A adesão do município ao PSE**

A adesão do PSE é um processo de pactuação de compromissos firmados entre os secretários municipais de Saúde e Educação com os Ministérios da Saúde e da Educação. Ocorre via preenchimento das informações no Portal do Gestor do Ministério da Saúde a cada dois anos. O processo de adesão gera o Termo de Compromisso que representa as responsabilidades dos setores da Saúde e da Educação com o desenvolvimento local do PSE (BRASIL 2015).

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

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

A implantação do PSE é mediante a adesão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, contemplando seus objetivos e suas diretrizes. Inicialmente, os municípios selecionados para participar do programa, de acordo com a Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008, foram definidos a partir de alguns critérios, por exemplo, ter 100% do território coberto pela ESF e possuir o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) de 2005 menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental (BRASIL, 2008).

A partir de 2013, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), todos os municípios do país estão aptos a participar do Programa. As equipes da atenção básica em saúde e as equipes das escolas devem se articular para o desenvolvimento de ações de saúde na escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (BRASIL, 2017).

Atualmente a Portaria nº 1.055, de 25/04/2017, que redefine as regras e critérios para adesão ao PSE, traz como principais pontos de mudança do Programa:

O ciclo do PSE passa a ter duração de 24 (vinte e quatro) meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após 12 (doze) meses do início da vigência. No período de ajustes, poderão ser realizadas ações de exclusão e substituição de escolas já pactuadas.

O repasse dos incentivos financeiros de custeio das ações do programa ocorrerá via fundo a fundo, no Piso Variável de Atenção Básica, anualmente e em parcela única, com valor calculado a partir do número de educandos pactuados, e recalculado no segundo ano do ciclo pelo mesmo fator.

O incentivo financeiro repassado aos municípios é no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos; Será acrescido de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos). Exemplos: 1) o município que adere com 601 alunos recebe R\$ 6.676,00 (R\$ 5.676,00 por 600 educandos + R\$ 1000,00 por 1 educando); 2) o município que adere com 1400 alunos recebe R\$ 6.676,00 (R\$ 5.676,00 por 600 educandos + R\$ 1000,00 por 800 educandos); 3) o município que adere com 1200 alunos recebe R\$ 6.676,00 (R\$ 5.676,00 por 600 educandos + R\$ 1000,00 por 600

educandos); 4) o município que adere com 1600 alunos recebe R\$ 7.676,00 (R\$ 5.676,00 por 600 educandos + R\$ 1000,00 por 800 educandos + R\$ 1000,00 por 200 educandos) .

A adesão será por escola. O município deverá indicar as escolas de Educação Básica da rede pública que participarão do programa.

Os registros das informações sobre as atividades realizadas no PSE deverão ser efetuados, unicamente, no sistema de informação da Atenção Básica em Saúde.

Todas as equipes de saúde da Atenção Básica podem ser vinculadas ao PSE no ato da adesão. Inclusive, mais de uma equipe pode ser vinculada à mesma escola e repetida em outra escola.

Os componentes I, II e III (avaliação clínica e psicossocial, promoção e prevenção à saúde e formação) são agora um conjunto de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação.

O financiamento ou fornecimento de material didático-pedagógico e clínico pelo Ministério da Educação se dará para todos os municípios aderidos. A partir do exercício de 2011, portanto, a transferência de recurso financeiro e material do PSE para os municípios cadastrados no Programa Saúde na Escola está condicionada à assinatura, pelos secretários municipais de Saúde e Educação, do instrumento de contratualização, o Termo de Compromisso Municipal (BRASIL, 2015).

Segundo o documento Passo a Passo PSE (BRASIL, 2011), são três as instâncias organizacionais dos GTI: federal, estadual e municipal. O GTI-federal é composto por equipes do MEC e MS e o GTI-estadual por secretários estaduais. Estes GTI são responsáveis principalmente pelo apoio ao GTI-municipal, no que diz respeito à articulação entre a área da saúde com a educação, além de dar suporte ao planejamento e implementação do PSE (BRASIL, 2011, 2015). Já o GTI-municipal ganha maior destaque neste processo, uma vez que se sugere que este grupo seja composto por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes de equipes de Saúde da Família, representantes dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, jovens e comunidade local. Cabe a esta instância garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação do programa, articular as ações propostas pelo PSE no projeto político pedagógico (PPP) da escola, definir as escolas federais, estaduais e municipais a serem atendidas pelo programa, subsidiar a assinatura do termo de compromisso pelos secretários de Educação e Saúde, apoiar e qualificar a execução das ações e metas previstas no Termo de Compromisso

municipal, definir estratégias específicas e garantir a entrega dos materiais do PSE, enviados pelo MEC (BRASIL, 2011).

No Termo de Compromisso Municipal, o GTI-Municipal se compromete com um conjunto de metas e atividades a serem contempladas no PSE, além de vincularem as equipes de Atenção Básica com as escolas do território. Este termo é atualizado anualmente, sendo um documento contratual preenchido e assinado pelo GTI-municipal, visando as necessidades de cada escola, cada região. Após a assinatura deste termo, os municípios possuem 12 meses para cumprir as metas pactuadas (BRASIL, 2011; 2015)

#### 4.1.1 Manual de adesão passo a passo: acesso ao sistema de adesão ao PSE.

Para realizar a adesão ao PSE acesse: [egestorab.saude.gov.br](http://egestorab.saude.gov.br). A seguir a tela inicial do e-Gestor. Caso você já seja cadastrado, possua usuário e senha, clique em ACESSO RESTRITO. Caso NÃO seja cadastrado, realize seu cadastro, conforme as instruções do MANUAL. Após o cadastro você poderá acessar a página clicando em ACESSO RESTRITO e realizar o cadastro dos representantes, os dados dos representantes do GTI-M são fundamentais para que o município possa participar da rede de comunicação do programa.

Figura 2 – Plataforma eletrônica, para procedimentos de adesão pelos gestores



Fonte: Brasil, 2015.

A figura 2 mostra a plataforma eletrônica e-Gestor, que é utilizada para realizar os procedimentos de adesão.

#### Passo 1 – Cadastro de Gestores.

Nesta etapa, o primeiro passo do processo de adesão ao PSE é o cadastro os dados referentes às Secretarias Municipais de Saúde e Educação, bem como dos gestores municipais de saúde e educação.

## Passo 2 – Seleção das Escolas.

Criar o Grupo de Trabalho Intersetorial com pelo menos um representante das Secretarias de Educação e Saúde com objetivo de elaborar o Projeto do PSE, do município e do estado, para garantir a inserção das escolas estaduais daquele território, já que a proposta é cobrir 100% das escolas.

Neste passo você deverá selecionar as escolas que participarão do PSE no determinado ciclo.

Considerando as escolas prioritárias, a pactuação das escolas deve observar duas regras:

Regra 1: O município ou o Distrito Federal decide pactuar MENOS DE 50% de escolas prioritárias. Por essa regra, por exemplo, se o município possui 50 escolas, sendo 20 prioritárias e 30 não prioritárias, e deseja pactuar CINCO escolas prioritárias (menos da metade das escolas prioritárias do território), só poderá selecionar a MESMA QUANTIDADE no conjunto das não prioritárias, ou seja, CINCO + CINCO. Assim, 50% do total de escolas pactuadas serão escolas prioritárias.

Regra 2: O município ou o Distrito Federal decide pactuar 50% ou mais das escolas prioritárias de seu território. A seleção de metade (50%) das escolas prioritárias do município libera a pactuação de qualquer quantidade no conjunto das escolas não prioritárias. Para os municípios que desejam pactuar muitas escolas não prioritárias, esta é a melhor opção. Exemplo: o município possui 50 escolas, sendo 20 prioritárias e 30 não prioritárias. No planejamento foi decidido que é importante pactuar 20 escolas não prioritárias. Então, para liberar esta quantidade deverão ser pactuadas, no mínimo, 10 (50%) escolas prioritárias.

Todo município deve pactuar pelo menos uma creche. Caso não tenha, deverá pactuar, pelo menos uma pré-escola. Escolas com pré-escola integrada aos níveis de ensino serão contabilizadas para fins dessa regra.

São escolas prioritárias: Todas as creches públicas e conveniadas do município; Todas as escolas do campo; As escolas com alunos em medida socioeducativas, em 2016; Escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

## Passo 3 – Confirmação das escolas.

## Passo 4 – Vinculação de equipes de atenção básica

Uma equipe pode ser vinculada a mais de uma escola e uma escola pode ter mais de uma equipe vinculada.

## Passo 5 – Confirmação das equipes vinculadas.

#### Passo 6 - Lista de ações.

Este é o último passo da adesão ao PSE. O sistema apresenta a lista de ações a serem desenvolvidas e o quantitativo de educandos indicado refere-se ao número de alunos que deverão participar das atividades, de acordo com a pactuação.

#### Passo 7 – Confirmação da adesão.

Ao final da leitura do TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL, clique em EU CONFIRMO e em FINALIZAR A ADESÃO.

Importante salientar que na região Norte o Estado do Pará é a unidade federativa que mais possui municípios participando do PSE.

## 4.2 O PSE na rede municipal de ensino de Santarém

O Programa Saúde na Escola na cidade de Santarém, segundo as informações coletadas por meio das portarias do Ministério da Saúde e de um relato de um participante da implantação do Programa no município, teve seu início no ano de 2010 com o processo de adesão, no entanto só começou a funcionar no ano de 2011 pactuou-se 13 unidades de saúde e 16 escolas.

*O PSE em Santarém foi aderido em 2010, o município fez adesão, veio o recurso repassado pelo governo Federal e só em 2011 foi que foi começaram a trabalhar na implantação do programa, o lançamento oficial foi no dia 11 de agosto de 2011, na casa de Cultura com a participação de diretores, professores e alunos dessas escolas e a partir desse momento no mês de agosto às atividades passaram a ser desenvolvidas nas escolas com as equipes de saúde (CG, 2020).*

No período de 2014/2015 foi pactuado o atendimento pelo PSE com aproximadamente 100 escolas, atendendo 31.400 estudantes do município (CG, 2020). No ano de 2017 o município renovou a sua adesão, pactuando 142 escolas, com 53.255 alunos e 69 unidades de saúde.

Portaria N°1.536, de 15 de junho de 2010, disponibiliza somente o quantitativo de unidades de saúde pactuadas no PSE. Portaria N°1.067, de 2 de junho de 2015 disponibiliza somente o quantitativo de alunos pactuados e o valor a ser repassado no ano de 2014/2015. Painel de adesões do Programa Saúde na Escola - 2017. Disponível: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pse/relatorio>. Apresenta os quantitativos de escolas pactuadas, alunos e equipes de saúde do PSE.



*Com os passar dos anos cada ano que passava a gente aumentava o número de escolas participantes, começamos com 16, depois fomos pra 26 posteriormente, fomos para 86 escolas daí pra frente as outras adesões ultrapassar as 100 escolas por cada adesão que eram feitas (CG, 2020).*

A fala de CG (2020), mostra que ao passar dos anos ocorreu um aumento significativo do número de escolas vinculadas ao Programa. Entende-se que a universalização, princípio do SUS, foi empregada para aumentar a oferta de serviços de saúde, buscando atingir um público cada vez maior.

O atual termo de compromisso municipal do Programa Saúde na Escola (PSE) Nº 015068012498, assinado pelo Secretário de Saúde e Secretário de Educação, da cidade de Santarém, firmam o pacto e formalizam as responsabilidades e metas inerentes à execução do Programa, objetivando o desenvolvimento das ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares.

O termo de compromisso de 2019, celebra a adesão do PSE com 146 Escolas, 84 equipes de atenção básica, prevendo atender 49685 educandos e com as seguintes ações: 1- Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; 2- Promoções das práticas corporais, da Atividade física e do lazer nas escolas; 3- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; 4- Promoção da cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos; 5- Prevenção das violências e dos acidentes; 6- Identificação dos educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; 7- Promoção e Avaliação da Saúde bucal e aplicação tópica de flúor; 8- Verificação da situação vacinal; 9- Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; 10- Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; 11- Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/ AIDS; 12- Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Os Ministério da Educação e da Saúde, sempre deram duas possibilidades de atividades para serem desenvolvidas, tem as atividades obrigatório e as atividades optativas. Cabe ao GTI-M reunir para gerenciar e propor atividades de acordo com a especificidade do local. Considerando a realidade da cidade de Santarém, surgiu uma demanda que foi incluída como atividade do componente II, trata-se da ação: Prevenção da gravidez na adolescência. Percebe-se que este tema, trata de uma questão de saúde bastante séria e delicada, tanto que foi citada por quatro (4) participantes, enfatizando a necessidade de desmistificar, orientar e combater esse problema social que afeta a vida das adolescentes e contribui de forma negativa para o processo de ensino-aprendizagem e qualidade de vida dos alunos.

*Um dos problemas na comunidade é a gravidez na adolescência (CP1, 2020).*

*Ações são voltadas para atender esses problemas de saúde mais frequente na comunidade, com ações: Dst's (doenças sexualmente transmissíveis), Gravidez na Adolescência, Uso de drogas, Tabagismo (CP2, 2020).*

*Sim, contribui significativamente no processo ensino-aprendizagem dos educandos pois sabe-se que as famílias no modo geral não consegue falar com os filhos temas delicados como (DST e gravidez na adolescência drogas e etc). (D1, 2020)*

*Olha quando a gente percebe por exemplo, se é feito um diagnóstico de um caso muito sério na escola, é a questão da gravidez na adolescência, isso é um negócio complicado, porque assim, eu quanto gestor ainda não conseguiu desde de 2000, vinte anos de pedagogo, raridade nas escolas que eu trabalhei que não tenha uma criança ou adolescente que engravidou, então o que eu percebo que através da parceria da articulação com a saúde daqui mesmo da comunidade através das palestras esses índices vem diminuindo aos poucos ... então isso é um exemplo de uma ação que já foi trabalhado bastante aqui na escola com posto de saúde palestra orientações está conseguindo diminuir (D2, 2020).*

Desde 2003, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) vem sendo implementado nos Estados e municípios com o objetivo de reduzir vulnerabilidades de adolescentes e jovens em relação às DST, HIV/AIDS e hepatites virais, ao uso de álcool e outras drogas e à gravidez na adolescência (BRASIL, 2011; 2015).

Diante desse cenário é preciso o fortalecimento das ações intersetoriais entre saúde e educação, a integração dos grupos e das estratégias localmente, para o planejamento e execução das ações que vão atender a demanda local, buscando neutralizar a vulnerabilidade dos adolescentes e trabalhar os temas com a participação de toda a comunidade escolar: Professores, Direção, Coordenação pedagógica, Estudantes e Famílias.

No entanto observa-se um aumento de fragilidades e limitações do PSE e que as relações entre os setores da Educação e da Saúde, que não se estabelecem de forma harmônica e que a intersetorialidade ou não ocorre ou ocorre em parte, este achado é reforçado pelos estudos de Chiari et. al. (2018); Coelho, (2018); Sousa, Esperidiao e Medina, (2017).

Uma fragilidade percebida está relacionada com a questão de implantação e acompanhamento das ações do PSE na escola. Quando perguntado sobre como foi o processo de implantação do PSE na escola? E se a comunidade escolar participou da discussão da implantação do Programa? As respostas da maioria foi não saber informar.

*O programa só foi implantado por uma política dos gestores públicos anteriores em parceria com secretária de Saúde. (CP1; CP2, 2020).*

*Não sei responder. (D1, 2020).*

*Pela informação que obtive dos Gestores, a escola não está trabalhando diretamente com o programa, apenas foi envolvida em algumas ações de saúde. (D3, 2020).*

Essa dificuldade está relacionada com o fato de que muitos profissionais que estão trabalhando nas escolas, não eram servidores municipais na época da implantação do Programa e que não há na escola, um livro específico para os registros das atividades do PSE, o que dificulta fazer um resgate do histórico das ações desenvolvidas. Outro fator tem relação com a questão de muitos profissionais não serem concursados e de haver uma troca constante dos profissionais, o que dificulta manter um acompanhamento efetivo do Programa.

Conforme Silva, (2014) observa-se que a adesão de um município ao PSE não ocorre de forma compulsória, pois, desde o seu surgimento, os municípios manifestam interesse por meio da assinatura do termo de compromisso. No entanto com relação as escolhas das escolas, parece ser uma decisão vertical das secretarias Educação e Saúde, não obtivemos informações de como é feito o processo das escolhas e os participantes da pesquisa não souberam informar.

Através de conversas informais com professores das escolas, foi perguntado sobre o programa, em que escola está no cadastro de atividades do PSE, e respondiam que a escola não participa desse programa. Então questionava-se sobre que unidade de saúde utilizava o espaço escolar para desenvolver ações de saúde. E responderam que as vezes fazem palestra, campanha de vacinação, avaliação dos alunos como IMC, pressão arterial e etc. Após isso explicava que essas ações fazem parte do PSE, isso mostra que existe uma falta de conhecimento sobre o Programa, o que compromete o pleno desenvolvimento da dinâmica proposta pelo PSE.

De que forma estão sendo trabalhadas as temáticas de saúde dentro da sala de aula? Ou como se relacionam as questões de saúde com a educação? A escola está inserida no Programa e o profissional que trabalha na escola não sabe o que é o PSE, não tem conhecimento que a escola faz parte. Então a interdisciplinaridade e a intersetorialidade certamente estão comprometidas ou não funcionam de forma concreta.

Negreiros, (2016) encontrou algo semelhante quando os professores foram questionados, sobre a sigla “PSE”. Eles pareciam tímidos ao admitir que não a conheciam. “E quando eu falo em Programa Saúde na Escola”, te faz lembrar de algo?

“PSE... É aquele pessoal do postinho né?” ...que fica aqui perto.” (Diassis, 42 anos, Professor de História)

“É aquele saúde da família, que tem um em cada bairro... Normalmente quando a gente tá com doenças menos complexas a gente vai pra lá... Quando se agrava, vamos pro hospital” (Alcides, 25 anos Professor de Geografia)

‘Ah... É aquele projeto que o pessoal da saúde, vem pra cá...’(Priscilla, 29 anos, Professora de Educação Física)

“Sei, sei... É quando o pessoal da saúde vem medir, pesar os alunos... Quando aquela mulher lá... Assistente social acho...(referiase à agente comunitária de saúde) vem entregar as fichas pro dentista (...) (Luiz Cláudio, 38 anos, Professor de Educação Física) (NEGREIROS, 2016, p. 92).

Por outro lado, a resposta do participante D3 mostra que o PSE, ainda que possua diversas fragilidades, consegue em parte atingir seus objetivos. A escola de D3 não foi incluída na última adesão do município, mas mesmo sem fazer parte do PSE, no registo do documento legal, continuou a parceria com a UBS do bairro e as ações de saúde aconteceram no ambiente escolar.

No estudo de Santos, (2017) os depoimentos apontaram como aspectos dificultadores para a implementação das ações de saúde do PSE, a falta de colaboração da escola e da família. Para os entrevistados, a parceria da escola e da família são indispensáveis para a concretização das ações de saúde. No entanto, eles afirmam que a escola não se sente responsável pelo PSE e a família, na maioria das vezes, não atende as necessidades para a execução das ações. A dificuldade apontada em relação a colaboração da escola pode ser decorrente da possível carência na formação e preparação profissional para tratar de assuntos de saúde ou mesmo da ausência de interesse do profissional, do acúmulo de tarefas e funções que prejudicam que este tenha entendimento sobre a importância e a necessidade do programa (SANTOS, 2017).

O estudo de Mainardi, (2010) concluiu que para os profissionais da educação é um problema trabalhar o tema saúde e estes sugeriram a presença de profissionais de saúde dentro da escola para desenvolver o tema. Ideia semelhante foi encontrada neste estudo, onde os profissionais das escolas atribuem que os temas de saúde devem serem desenvolvidos pelos profissionais da saúde.

Outra dificuldade observada foi a mudança do sistema acompanhamento e avaliações das atividades desenvolvidas no espaço escolar, que agora com E-sus ele ficou mais fragilizado porque assim o diretor não sabe o que foi lançado naquela produção.

*...porque antes era assim um enfermeiro lançava produção mas o ministério da Saúde só recebi aquela produção se o diretor da escola validasse, através do SIMEC, a senha dele só dava permissão para validar os registros, o que é a senha*

*do enfermeiro não permitir, a do enfermeiro era para ele preencher todos os campos que estava lá, o quantitativo de alunos, qual foi a data e as atividades desenvolvidas, aí o diretor entrava no sistema e analisava, ele clicava e fechava o cadeado, só então a produção era enviada por ministério da Saúde, depois mudou a dinâmica que começa a fragilidade ou podemos dizer um relaxamento tanto da parte da escola quanto da própria saúde (CG, 2020).*

Observa-se com a fala de CG, (2020) que as atividades de avaliação e monitoramento das ações de saúde são setorizadas, a equipe de saúde possui uma responsabilidade diferente da equipe de educação.

Colussi e Calvo (2011) afirmam que os gestores seriam responsáveis pelo monitoramento e avaliação das ações e serviços oferecidos, assegurando-a como uma ferramenta importante para a qualificação das ações de saúde e assistência aos indivíduos, famílias e comunidades.

Essa afirmação de Colussi e Calvo (2011), está direcionada para os componentes do GTI-M, no entanto entende-se que o diretor, na figura de um gestor escolar, também contribui para que as ações do PSE se desenvolvam. Dessa forma acredita-se que através do SIMEC ocorria um monitoramento mais rigoroso e era possível fazer uma auditoria mais fidedigna, sobre o desenvolvimento das ações.

Com isso, observa-se que as dificuldades apontadas pelos participantes desta pesquisa, são semelhantes as relatadas por outros estudos, mas ainda assim, é crescente o número de escolas participantes do Programa no município.

## 5 SAÚDE E EDUCAÇÃO ESCOLAR NO CONTEXTO DO PSE

Esta seção tem a finalidade de discutir a relação entre educação e saúde, no contexto do PSE, analisando questões de planejamento, o PPP da escola, apresentar as ações que são realizadas pelo Programa, os resultados alcançados e a visão dos participantes sobre as ações do PSE na escola de Santarém.

### 5.1 O PSE e o PPP da escola

Santarém foi fundada em 22 de junho de 1661 pelo Padre João Felipe Bettendorff, e passou de Aldeia dos Tapajós à categoria de vila em 14 de março de 1758 por Francisco Xavier de Mendonça Furtado, governador da Província do Grão Pará. Posteriormente, foi elevada à categoria de cidade em 24 de outubro de 1848 pela Lei Nº 145, devido ao seu desenvolvimento.

É o município de referência na região Oeste do Estado do Pará com uma população estimada de 306.480 mil habitantes (IBGE, 2020), sendo o terceiro mais populoso do Estado do Pará e o principal centro urbano, financeiro, comercial e cultural regional.

Em relação à localização geográfica, Santarém está situada na Mesorregião do Baixo Amazonas, limita-se ao norte com os municípios de Óbidos, Alenquer, Monte Alegre e Curuá, a leste com Prainha e Uruará, ao Sul com os Municípios de Aveiro, Rurópolis, Placas e Belterra. E a oeste com o Município de Juruti. Ressalta-se que o Clima predominante na Região é quente e úmido, característico das Florestas Tropicais.

Esta pesquisa foi desenvolvida em quatro (4) escolas localizadas na área oeste da Cidade de Santarém, nomeadas como a grande área do Maracanã e Santarenzinho, considerada áreas que retratam uma grande vulnerabilidade social.

Figura 3- Mapa de Santarém

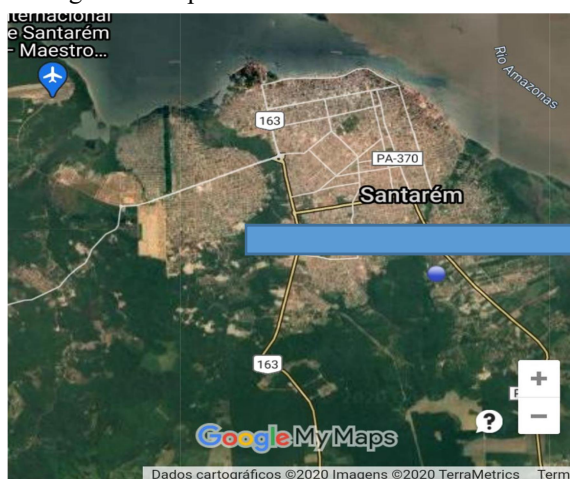
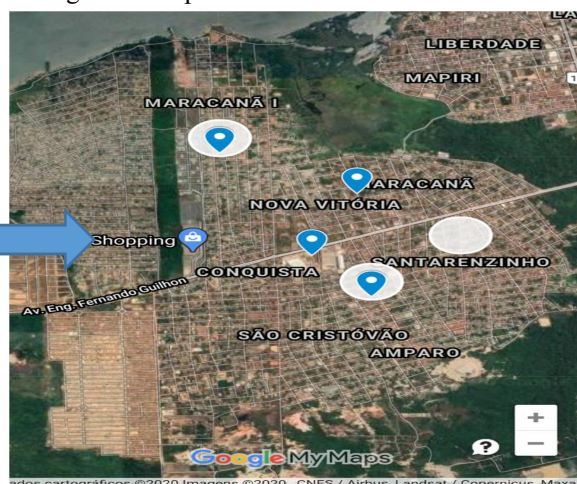


Figura 4- Mapa da área Maracanã e santarenzinho



Fonte: Google mapas, 2020.

As quatro Escolas participantes da pesquisa são da rede pública de ensino, sendo três municipais e uma estadual, todas desenvolvem a modalidade do Ensino Fundamental do 6º ao 9º ano, sendo esse um dos critérios para escolha, e segundo o cadastro da SEMED fazem parte das escolas que recebem as ações do PSE.

A proposta do PPP da escola tem por finalidade fundamentar o gerenciamento da escola e suas práticas pedagógicas. Visando a formação de cidadãos e cidadãs, certos de que a função social da escola é garantir o direito a todos em obter conhecimentos acadêmicos, crescimento pessoal, intelectual, espiritual, cultural e profissional através da educação integral. Busca identificar o estudante como sujeito do sistema linguístico, que produz textos de diversos gêneros, usando as variedades linguísticas, além da norma padrão, desenvolvendo o raciocínio matemático, partindo da realidade de seu cotidiano e relacionando-o a outros conhecimentos.

#### Definições das escolas extraída do PPP.

*A Escola Municipal de Ensino Fundamental, situada no bairro da Conquista, atende famílias oriundas de diversos bairros. Grande parte dessas famílias participa de programas assistenciais e vivem com uma renda de menos de um salário mínimo incluso o benefício bolsa família e veem na escola um espaço de transformação social (p.7).*

*A Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio ..., situada no Bairro do Maracanã. A comunidade escolar atendida é constituída basicamente por crianças, adolescentes, jovens e adultos na faixa etária de 11 a 48 anos de idade, que pertencem à classe econômica médio-baixa, residentes na grande Área do Santarenzinho/Maracanã. Alguns alunos são vítimas de problemas sociais como violência física e psicológica, drogas, famílias desestruturadas (p.7).*

*A Escola está localizada na zona urbana no município de Santarém, no Estado do Pará, numa área periférica denominada “Grande Área do Santarenzinho”, no bairro Novo Horizonte (p.3).*

Ao analisar as definições e caracterizações das escolas no PPP, observa-se que apresentam os alunos como pessoas que vivenciam diversas vulnerabilidades. Grande parte dessas famílias participam de programas assistenciais e vivem com uma renda de menos de um salário mínimo, alguns são vítimas de problemas sociais como violência física e psicológica, drogas, famílias desestruturadas.

Negreiros, (2016) afirma que os contextos de vida dos indivíduos, na Escola, são evidenciados como o segundo ponto de análise. O PPP da Escola define “o contexto social”:

“é de grande vulnerabilidade, demarcado por extrema pobreza e miséria. Acrescenta-se ainda a falta de perspectivas, migração dos pais do município em

busca de melhores condições de vida e trabalho, uso abusivo de drogas e outros fatores que influenciam negativamente a permanência do aluno na escola” (NEGREIROS, 2016, p. 100).

O Programa saúde na Escola, segundo um dos participantes da pesquisa, está previsto no plano municipal de Educação e Saúde tanto do Estado como do município, e existe um planejamento compartilhado entre os entes municipal e estadual.

*O PSE é incluso na programação anual dos dois entes, na saúde e na educação. Na saúde ele está incluso na programação anual de saúde as escolas obrigatoriamente devem conter esse plano, as atividades do programa no Projeto político pedagógico (CG, 2020).*

*Então a gente reunia para ver o que era possível o município realizar além das atividades obrigatórias do programa, essas atividades eram inclusas tanto no plano da saúde, quando na educação do Município e do Estado porque contempla as escolas tanto do Estado e quanto do Município (CG, 2020).*

A fala de CG, (2020) mostra que o Programa está inserido no planejamento estratégico das secretarias de Educação e Saúde, tanto em nível municipal quanto no estadual. E ainda as escolas participantes do PSE devem elaborar o PPP, considerando as ações de saúde como parte do planejamento da programação escolar.

O PPP constitui-se em uma ação intersetorial no momento em que este é desenvolvido tanto pelo setor saúde, quanto pelo setor educação, nesse sendo introduzido as ações em saúde. O mesmo deve se constituir em uma ferramenta de gestão participativa, elaborado por um coletivo representativo e responsável, capaz de dar sustentação às ações do programa, a partir de uma postura de promoção da saúde construída entre a escola e o serviço de saúde (GOMES, 2012).

Constitui-se em um mecanismo essencial para a garantia da institucionalização e sustentabilidade das ações é o estímulo à inserção dos temas da promoção da saúde no PPP da escola. Para tanto se faz necessária uma aproximação entre os profissionais dos setores Saúde e Educação, para a reflexão conjunta e o ajuste conceitual de ambos os setores, objetivando a inclusão das ações na rotina da escola (FERREIRA et al., 2014).

Ao questionar como são desenvolvidas as ações de educação em saúde do Programa e como elas se articulam no PPP da escola, obtivemos as seguintes respostas:

*“As ações são de conhecimento da unidade básica de saúde e por isso não são articuladas no PPP. (CPI; CP2, 2020)”.*

*“São realizadas ações na própria escola através de palestras vacinações, aplicação de flúor, consulta médica etc, o PPP da escola está em processo de conclusão mais entrará nas atividades extras curriculares abordados nos PCN. (D1, 2020)”.*



*“Cara é isso uma das coisas que eu quero analisar também além de caracterizar escolas a gente vai verificar se tá ou não. Eu tenho quase certeza que não pois o nosso PPP ela não colocou nada referente a isso, mas aí é caso de observar vou até pedi aqui para separar o PPP (D2, 2020)”.*

*“Na reformulação do PPP as ações dos programas e projetos estão articuladas com outras temáticas formativas, visando educação integral. (D3, 2020)”.*

Não existe previsão no documento oficial da escola, mesmo que as ações do Programa sejam desenvolvidas nas escolas, o que cabe dizer que não existe uma articulação entre elas e o PPP. Está previsto nos manuais e diretrizes e Santos, (2017) reforça, que as atividades em saúde a serem desenvolvidas na escola devam fazer parte do PPP escolar. O CG, (2020) fala que o PSE está previsto nos planos das secretarias municipais e estaduais e que as ações devem estar no PPP, No entanto foi observado a ausência das ações nos PPPs analisados.

No estudo de Chiari et al. (2018), os temas de saúde foram incluídos nos PPP das escolas e que foram abordados por meio de estratégias pedagógicas diversas. Em contrapartida, Sousa, Esperidião e Medina (2017) relataram que em sua pesquisa não constavam nos projetos político pedagógico das escolas uma menção formal ao PSE. Logo, subentende-se que o programa ainda não fazia parte das ações pedagógicas das diferentes unidades escolares e que a intersetorialidade não se fazia presente. Tais considerações remetem a importância de se discutir, no âmbito da construção de um programa como este, questões referentes à inclusão da saúde no PPP da escola e a necessidade de condução do cuidado em saúde a partir da incorporação de práticas educativas, no sentido de “educar para a saúde”. São aspectos que precisam ser considerados para de fato trabalhar as questões de saúde na escola na perspectiva da ação intersetorial (GOMES, 2012).

A escola contemplada pelo PSE deve funcionar de modo que as atividades em Saúde a serem desenvolvidas façam parte do projeto político-pedagógico escolar, atendendo as expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos. As temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da Saúde ou diretamente por profissionais de Saúde previamente agendados e com o apoio dos professores. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação juvenil, desde o agendamento e a organização das atividades até mesmo durante a realização delas (BRASIL, 2011; 2015; SANTOS, 2017).

A inclusão dos temas nos projetos político-pedagógicos também facilita o protagonismo dos educandos, apontando para um processo importante de autocuidado. Falar e trabalhar pedagogicamente os temas da alimentação, visão, audição, práticas corporais e

outros aproximam os educandos da ação e desperta o interesse deles com suas próprias condições de saúde e riscos (BRASIL, 2011).

Ao fazer uma análise nos PPPs das escolas participante, observa-se que a ausência da previsão legal das atividades de saúde do PSE, mostra uma possibilidade do Programa existir de fato, mas não de direito. Ao pensar que as ações no município são desenvolvidas há quase uma década e escolas participantes não tem uma articulação interna, isso consiste numa grave omissão. As ações desenvolvidas nas escolas não estão previstas no planejamento estratégico da unidade escolar.

## 5.2 As ações realizadas e resultados alcançados

No Brasil, segundo Carvalho (2015), as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, a interação entre educação e saúde constitui caminhos para a conquista da qualidade de vida, o grande desafio é a construção de práticas pedagógicas relacionadas a essa interação.

Atualmente o planejamento das ações do PSE que serão desenvolvidas ao longo de cada ciclo, são definidas no momento de adesão ao Programa, com base no quadro 3, são escolhidas 12 ações, no entanto o Município ou Estado pode propor ações de acordo com a realidade local.

Ao perguntar como é feito o planejamento das ações em nível municipal e se a comunidade escolar participava do processo, obteve-se as seguintes respostas?

*As unidades de saúde articulam as ações juntamente com as unidades escolares. (CPI, 2020).*

*Não sei responder (D1, 2020).*

*Já vinha pronto de lá assim um tema a ser discutido a ser debatido e essas ações assim de fora a equipe organizadora sempre deixava assim em aberto para escola para ver de que jeito poderia ser trabalhado (D2, 2020).*

*O planejamento é realizado em articulação da Secretaria de Saúde e Educação, uma vez que o principal objetivo desse Programa (PSE) é exatamente a integração e articulação entre as secretarias (Secretaria de Saúde e Educação) (D3, 2020).*

Conforme as falas, podemos extrair três respostas distintas mesmo que de forma tímida remetem a uma ideia de inter-relação entre a educação e a saúde, a primeira delas se refere a uma articulação direta entre as UBS e as escolas, nesse contexto foi observado que determinadas ações aconteciam devido a uma demanda de via de mão dupla, em que quando a

escola precisa de alguma ação de saúde, entrava em contato com a UBS para auxiliar ou desenvolver as atividades, ou quando a UBS precisava realizar uma ação emergencial, fazia uso da parceria da escola. Para D2, (2020) tudo já vinha pronto, com relação as temáticas que seriam desenvolvidas, mas a equipe organizadora sempre deixava em aberto para escola ver de que jeito poderia desenvolver os temas. Para D3 o planejamento é realizado em articulação da Secretaria de Saúde e Educação.

Foi observado que nenhum dos participantes que são vinculados a escola mencionaram o coletivo que é responsável pela gestão e planejamento do PSE, que em nível municipal é o GTI-M. Ainda assim pode-se dizer que as respostas trazem implícitas um envolvimento entre parceria dos setores de Educação e saúde.

Segundo o ex coordenador geral do PSE, as reuniões de planejamento aconteciam a cada dois meses, o grupo de trabalho intersetorial (GTI), que era formado pela secretaria de saúde do município, secretaria de Saúde do Estado, a secretaria de educação do município e a 5ª URE secretaria de educação do Estado além dessa formação do GTI, após analisar todas as propostas que o governo federal, mandava as propostas de atividades e depois reunia com todos os diretores, pedagogos e enfermeiros das unidades de saúde (UBS) para então chegar a um calendário final de atividades definidas.

*As ações eram definidas por mês e cada mês tinha um tema, então naquele mês todas as escolas trabalhavam aquele tema específico, a gente sempre casava os temas porque sempre tinha temas específico o plano sempre era elaborado com atividades específicas da saúde e atividades específicas da educação, que era os temas transversais eles ficavam da responsabilidade da educação. Através desses temas transversais as equipes de educação os professores obrigatoriamente tinham que colocar como pauta para as aulas (CG, 2020).*

*A gente tinha um grupo de trabalho intersetorial saúde e educação tanto no município quanto no estado e a parte principalmente da Saúde ocular era um convênio com ministério da Saúde que através do Governo do Estado da SESPÁ oferecia o tratamento oftalmológico para os alunos (CG, 2020).*

Segundo CG, (2020) o planejamento macro era realizado pelo GTI-M, que também realizava reuniões de planejamentos com os representantes das escolas e das UBS. É responsável pelo preenchimento do Termo de Compromisso, definindo intersetorialmente metas e cobertura das ações.

Chiari et al. define o GTI-M como uma ferramenta de programar a intersetorialidade preconizada pelo PSE. Esse grupo faz referência ao mecanismo de coordenação compartilhada previsto na normativa municipal, onde deve haver alternância entre os setores

na coordenação do GTI-M (CHIARI et al., 2018). Para que o GTI-M possa cumprir com suas atribuições, presume-se a importância de um grupo coeso e comprometido, já que o enfrentamento dos problemas sociais requer a aproximação de vários olhares, compartilhamento de distintos saberes para a elaboração integrada de estratégias que garantam a qualidade de vida dos indivíduos (CARVALHO, 2015).

Embora o discurso do CG, (2020) apresente a ideia de um GTI coeso e estruturado, onde ocorre uma interação entre os GTIs do Estado e do Município, foi observado algumas fragilidades na gestão do PSE. Essa realidade também foi observada por Coelho, (2018) que ao questionar sobre as Dificuldades com a Intersetorialidade na elaboração das ações do PSE na perspectiva das coordenações de Enfermagem e Pedagógicas.

Coelho, (2018) constatou que 100% das coordenadoras de Enfermagem responderam “Sim” para a existência de dificuldades com a utilização da intersetorialidade na elaboração das ações. Quando perguntado as coordenadoras Pedagógicas sobre essa questão, 3 (três) responderam “Em parte” (COELHO, 2018). Isso mostra, segundo Santos, (2017) que é marcante a ausência de intersetorialidade e a presença do modelo de saúde biomédico na execução das ações de saúde o que dificulta o desenvolvimento das ações de promoção de saúde em sua concepção moderna.

Sobre as ações do PSE desenvolvidas na escola alguns participantes acreditam que contribuem significativamente para o desenvolvimento socioeducativo, que possibilitam um melhor entendimento sobre saúde e bem-estar, que as ações melhoram a qualidade de vida, para outros o foco está mais relacionado as questões de higiene e autocuidado, trazendo à tona concepção higienista.

Estudos realizados por Carvalho, (2015) apontam que uma das dificuldades dos professores é o fato deles não conseguirem ver a saúde com aspectos mais amplos, “que não envolve questões apenas relacionadas à higiene, alimentação e doenças”. Isso mostra uma visão reducionista, perante a grande responsabilidade do processo de educação em saúde.

A equipe escolar é crucial em programas referentes à temática da saúde, e os profissionais de saúde e os demais membros da comunidade escolar também têm grande importância na construção da concepção ampliada de saúde através de práticas pedagógicas que tenham tal fim (CARVALHO, 2015).

Quanto as ações do Programa que são desenvolvidas nas escolas, foi questionado quais as que apresentam melhores resultados:

*Além das palestras minhas questões das vacinações, palestras, consultas, distribuição de panfletos [...] eu presenciei situações que por meio da intervenção do projeto o aluno teve encaminhamento para hospital, para atendimento especializado e às vezes acontece de ter algo mais sério (D3, 2020).*

*Olha eu vejo a questão da higiene pessoal sempre que foi trabalhada aqui na escola nós percebemos uma melhora, eu percebo assim que houve uma melhora no ponto de vista de autoestima do aluno (D1, 2020).*

*A gravidez também teve uma melhora muito grande já tivemos casos de ter quatro alunas grávidas no decorrer de um ano e desse tempo para cá teve uma diminuição, outra questão importante também que eu não posso deixar de falar né é o vício logo a gente iniciou nosso trabalho aqui em 2013 nós temos casos de alunos viciados, que era envolvido com bebidas depois de um de um trabalho que foi feito conosco e com os professores teve uma quebra muito grande graças a deus se eles usam é muito bem feito porque aqui nós a gente não deixa então eu vejo assim que tudo isso é reflexo de um trabalho desenvolvido na sala de aula né e através das parcerias também (D2, 2020).*

Os participantes apontaram que as ações como vacinações, palestras e consultas, incluindo as avaliações de saúde, apresentaram os melhores resultados. E por meio delas ocorreu uma redução do número de gravidez e uma melhora da higiene pessoal e da autoestima dos alunos.

Quanto aos objetivos das ações do PSE e a articulação com as necessidades locais de orientações educacionais sobre saúde escolar, os participantes responderam de forma geral que atende as demandas da realidade local. Através das ações era possível detectar precocemente possíveis problemas dos alunos, possibilitando reduzir a evasão escolar e a questão da ausência do aluno com muita frequência na sala.

*“Quando realizadas sim. Um dos problemas na comunidade é a gravidez na adolescência. Ações são voltadas para atender esses problemas de saúde mais frequente na comunidade. Ações: Dst's (doenças sexualmente transmissíveis), gravidez na adolescência, Uso de drogas, Tabagismo (CP1, 2020)”.*

*“Sim é feito pelo menos duas ações no ano juntamente com a escola e sempre que necessário a direção da escola solicita através de ofício junto ao posto de saúde do bairro PSE palestras educativas com temas sugeridos pela comunidade escolar que vão ajudar na formação do nosso aluno. (D1, 2020)”.*

*“Às vezes o aluno abandonava a escola ou ele faltava muito porque ele tinha problema de saúde, que nem sempre era percebido pela família e eram detectados no momento que os enfermeiros médicos vinham para escola fazer as avaliações. O objetivo era detectar possíveis problemas para evitar aqui o aluno perdesse o ano letivo viesse ter prejuízo em relação à formação e proporcionar qualidade de vida (CG, 2020)”.*

Observa-se nas falas que as ações desenvolvidas estão de acordo com a realidade social dos alunos, que foi caracterizada no PPP das escolas. CP1, (2020) faz uma crítica sobre a frequência das ações, no entanto afirma que as ações atem a demanda local dos problemas

de saúde mais frequente na comunidade. D1, (2020) reforça a parceria entre Escola e UBS, e sempre que necessário a direção da escola solicita palestras educativas com temas sugeridos pela comunidade escolar. CG, (2020) enaltece as ações de saúde do componente I, com a perspectiva de combater a evasão e ao baixo rendimento escolar, por meio das avaliações de saúde como Atualização do calendário vacinal; Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.); Avaliação oftalmológica; Avaliação auditiva; Avaliação nutricional; Avaliação da saúde bucal; Avaliação psicossocial. Ainda que essa fala de CG, (2020) retrata um posicionamento positivo, acerca das ações de saúde, mostra um pensamento voltado para as concepções Biologista e Medicina escolar, definidas por Santos, (2017), com as seguintes características, que a Saúde é determinada pela ausência de doença; onde as Intervenções são voltadas para o diagnóstico e cura das doenças; e que os fatores orgânicos justificavam o fracasso escolar.

Foi questionado aos participantes se as ações do PSE contribuem para a promoção de saúde e qualidade de vida do escolar e de que forma:

*“Sim, com certeza através das orientações, medicações e vacinas. (CP1, 2020)”.*

*“Sim, contribui significativamente no processo ensino-aprendizagem dos educandos pois sabe-se que as famílias no modo geral não conseguem falar com os filhos temas delicados como (DST e gravidez na adolescência drogas e etc). (D1, 2020)”.*

*“Imagina um aluno que tenha um problema de baixa visão ou audição, quando essa dificuldade for identificada e corrigida, ele vai ganhar benefícios tanto na questão do rendimento escolar, na aprendizagem, quanto nas questões do cotidiano, do convívio no meio social, isso é qualidade de vida (D2, 2020/ grifo nosso)”.*

*“Acredito que sim, todas as ações educativas, demandam aprendizagens e objetivam melhorar a qualidade de vida dos envolvidos, e, possibilitam mudanças de comportamento. No atual contexto de pandemia, as ações do PSE serão de oportuna importância e devem fazer toda a diferença no contexto escolar e familiar. (D3, 2020/ grifo nosso)”.*

As ações educativas como as palestras, as medicações, as vacinas, as ações de avaliações dos condicionantes de saúde, como o IMC, a acuidade visual, a pressão arterial, saúde bucal, a saúde auditiva, contribuem para a promoção de saúde e qualidade de vida. Esses mesmos achados são reforçados pelos estudos de Rossi et. al. (2019), Melo, Dias Junior e Carvalho, (2018) e Vieira et. al. (2017). Que retratam avaliações previstas no desenvolvimento do PSE, favorecendo a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Quanto as dificuldades e/ou desafios enfrentados na realização das ações do Programa, um dos participantes respondeu que o maior desafio e dificuldade estava relacionado em atender todas as escolas.

*“...quanto mais aumentava o número de escola maior era as nossas dificuldades. A maior dificuldade era fazer com que estas atividades chegasse na zona rural por conta da distância geográfica, de transporte, de formação de equipes, profissionais médicos, os que estavam na zona urbana dificilmente queriam acompanhar, nem toda atividade era possível desenvolver nas escolas rurais principalmente nas mais distantes, nas escolas da região de rios e o recurso que era insuficiente para o quantitativo de alunos que a gente tinha e para oferecer todas as atividades previstas pelo programa (CG, 2020)”*.

*“Acredito que a falta de comunicação por que muitas vezes são trazidas 500 doses de vacinas e nem todas são aplicadas o outro fator é a resistência de algumas famílias de não procurar a escola nas ações realizadas pelo PSE (D1, 2020)”*.

*“E a maior demanda na época era justamente a saúde ocular, onde a oferta das consultas e dos óculos dependia do Governo do Estado para trazer a caravana para atender esses alunos. Então assim as maiores necessidades nem sempre conseguia suprir por conta dessa dificuldade: dificuldade financeira, dificuldade de logística, em relação distanciamento geográfico das comunidades em relação ao centro urbano do município e isso dificultava para nós desenvolver a nossas atividades 100% então era muito difícil a gente atingir a meta (CG, 2020)”*.

*“A saúde auditiva tinha parceria com centro auditivo de Santarém, eles ofereciam aparelho auditivo para o aluno e tinha vários tipos de aparelho, tinha um aparelho individual que o aluno usava era implantado no aluno, tinha um aparelho que dependia do professor passar por treinamento, era um aparelho que o aluno usava, mas que precisa usar o microfone, um aparelhinho colocado na roupa do professor com microfone para poder o aluno ter possibilidade de ouvir e participar daquela aula então assim era recurso caros e que nem sempre era possível atender 100% dos alunos que tinham necessidade de ter esse atendimento (CG, 2020)”*.

Um dos desafios para o desenvolvimento do PSE, segundo CG, está relacionado com pouco recursos, tanto financeiro, como de profissionais para fazer com que as atividades chegassem em todas as escolas participantes do Programa, principalmente para as escolas na zona rural e da região de rios, que precisam de uma maior demanda logística. A dificuldade tornava-se maior, proporcionalmente ao aumento do número de escolas. Para D1 a maior dificuldade tem relação com a falta de comunicação entre os setores da educação e saúde, mostrando uma fragilidade na intersetorialidade.

O PSE apresentou como maior demanda as ações do componente I, que possui um ponto de vista epidemiológico, principalmente a avaliação oftalmológica e a avaliação auditiva. “Várias ações do Componente I, de avaliação clínica e psicossocial, têm como objetivo obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde mental [...]” (BRASIL, 2011 p15). E sempre que problemas de saúde são detectados pelos profissionais da escola, ocorre um encaminhamento do escolar para um atendimento especializado.

Ainda que o PSE apresente diversas dificuldades e desafios, os profissionais que participam do planejamento e desenvolvimento das ações, buscam soluções e alternativas para enfrentar os problemas, como podemos perceber no relato de CG.

*Para buscar meios de superar os desafios, utilizava sempre as equipes que estavam no local com as equipes de saúde e de educação que se deslocavam da cidade para o interior e ao invés de fazer mensalmente, as ações nessas comunidades faziam-se duas ou três vezes no ano somente, principalmente nas comunidades ribeirinhas pois não tinha como oferecer atividades mensalmente por conta dessas necessidades logísticas. Uma estratégia que se utilizava, era quando ia o navio hospital para fazer as atividades nessa região, a equipe do PSE iria junto, que às vezes ia duas vezes no ano, então aproveitava essas viagens para atender um número maior de alunos, mesmo assim, não conseguia atender 100% das escolas cadastrada no programa. Porque quando o navio hospital passava em apenas algumas comunidades, então nas comunidades que ele passava, nós oferecíamos um suporte maior para esses alunos (CG, 2020).*

Como pode se observar as dificuldades de recursos afetam diretamente a execução das ações do PSE, podendo comprometer a qualidade e/ou o pleno desenvolvimento das atividades. Limita a oferta de atendimento especializado, como no caso dos aparelhos auditivos e dos óculos para os alunos. A dificuldade de ver ou ouvir afeta a aprendizagem e a qualidade de vida dos alunos.

### **5.3 A visão da gestão escolar sobre as ações do PSE na escola**

De forma geral os participantes reconhecem a importância do PSE, que busca diminuir as vulnerabilidades, proporcionar ao escolar oportunidade de desenvolvimento das suas capacidades de forma integral, é uma política pública e possibilita o atendimento de serviços de saúde. Assim observamos nas falas dos participantes que o PSE contribui para a formação do indivíduo.

Qual a sua visão sobre as ações do PSE na escola e como você as avalia?

*“São positivas e necessárias, porém precisam ser mais frequentes e discutidas com escola para que aconteça em consonância com as ações do PPP da escola. (CPI, 2020)”.*

*“São de grande importância para a comunidade nos bairros periféricos como o nosso, muitos não têm condições de procurar atendimento médico no centro da cidade por não ter o dinheiro da condução e acabam tratando com remédios caseiros. Avalio de forma muito positiva tanto para a escola quanto para os funcionários do PSE, pois acabam abrangendo mais pessoas em uma só ação como vacinação da gripe por exemplo. (D1, 2020)”.*

*“Eu particularmente quanto gestor e quanto cidadão avalio de forma positiva, a minha tristeza é porque a gente percebe que houve uma quebra, que não está sendo*



*feito mas esse trabalho, porém os motivos que não vem o caso agora, mas assim é uma experiência, é uma prática que não deveria se acabar que deveria se aprimorar cada vez mais e isso não depende só da gestão da escola depende de muitos fatores (D2, 2020)”*.

*“Eu sou um cara assim que fico muito feliz assim de fazer parte, de tá participando que para mim acho muito bacana parece assim que é o momento que a escola ela de fato está servindo a comunidade porque eu acho que não é só educação, não é só atender os alunos, que o grande desafio das escolas pública é deixar, aberta para comunidade, eu estou aberto, é bacana sim quando a gente deixa parceria quando as outras organizações vem para escola utilize o espaço, toda a logística a clientela então acho bacana algo assim que particularmente que eu gosto de dar apoio (D3, 2020)”*.

Observa-se que algumas falas, como D1 e D3, (2020) se reportam sobre a relação escola e comunidade, e avaliam de forma positiva os efeitos das ações do PSE, valorizando-as e buscam fortalecer as parcerias, que por intermédio do programa, a participação dos pais ou responsáveis dos alunos, servidores e os moradores das proximidades dos educandários das ações de saúde realizadas no espaço escolar mostra benefícios concretos, onde muitos dos atendimentos são para pessoas que não têm condições de procurar atendimento médico no centro da cidade.

Para o antigo coordenador do Programa em Santarém:

*“A minha visão hoje, Eu percebo que houve uma fragilidade no programa por que antes devido as exigências que o ministério da saúde fazia para o recebimento do recurso e material didático. As equipes tinham esse suporte além dos recursos que o ministério mandava, depois de um tempo eles deixaram de enviar esse material por municípios isso em todo o Brasil, então com isso acaba tendo essa fragilidade. E também devido todas essas mudanças em relação envio de produção, avaliação das equipes, muita coisa se perderam, o próprio governo federal foi cortando algumas exigências que antes eram feitas, o programa foi incluso como rotina das equipes de saúde, antes era dado algum destaque no programa tinha banner inclusive se a escola participava era participante do PSE “aqui tem PSE” então se perdeu isso aí como é rotina as pessoas não consideram como se fosse um programa dentro da escola que apenas a equipe de saúde indo lá fazer seu trabalho e que a e que a gente percebe também a fragilidade na parceria da própria educação e saúde porquê a equipe de saúde vai, mas a equipe de educação não está inserida nesse contexto nessa atividade que é realizada na escola (CG, 2020)”*.

Percebe-se na fala de CG, (2020) que ao longo do tempo o PSE foi mudando a dinâmica com relação ao acompanhamento das atividades, que a falta de materiais pedagógicos afetou o desenvolvimento das atividades. O programa foi incluso como atividade de rotina das equipes de saúde, perdendo o destaque e os recursos foram limitados. Ocorrem também a fragilidade na parceria da própria educação e saúde porque a equipe de saúde

participa, mas a equipe de educação não está inserida nessa atividade que é realizada na escola.

Ainda assim os participantes expressam boas convicções em relação ao desenvolvimento das ações do Programa como os sentimentos são carregados de empolgação e entusiasmo, acreditam numa mudança positiva dos educandos que recebem as ações de saúde e que a vivência produz resultados significativos. Os relatos também mostram que o Programa está de certa forma limitado, que a dinâmica tem suas fragilidades, que é preciso uma reestruturação, investir na formação dos profissionais e fortalecer as relações intersetoriais.

Dessa forma Ferreira et al. (2014) concluiu-se que é necessário treinamento para abordar os profissionais envolvidos na PSE para aprimorar a comunicação e a compreensão dos fundamentos conceituais do programa. Isso também foi observado em outros estudos como o de Couto et al. (2016) que aponta algumas fragilidades para a consolidação do programa, entre elas a incompreensão da concepção de promoção à saúde adotada na construção do PSE e por parte dos profissionais envolvidos no programa. Chiari et al. (2018) reforça a ideia através do seu estudo concluindo que os administradores municipais fazem uso limitado dos mecanismos que favorecem a ação intersetorial.

A instituição se posiciona de forma passiva para realização de ações de saúde, mesmo sendo um ambiente de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças. Somado a isso, a incompreensão pelos profissionais de saúde dos conceitos de prevenção e promoção da saúde dificultam a elaboração de estratégias para efetivação e alcance da prática de promoção de saúde.

Em consonância com o nosso estudo, Santos, (2017) conclui que as ações são unidirecionais e não compartilhadas, constituindo um obstáculo para a implementação de ações de saúde integrais. Historicamente, políticas de educação e saúde se estruturaram para que o seu funcionamento ocorresse de forma fragmentada e setorial (SANTOS, 2017; SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

O Estudo de Penso et al. (2013) revelaram que há grande dificuldade na integração entre os profissionais em educação e saúde. Assim como o estudo de Ferreira et al. (2012), que revelou que a participação dos setores de saúde e educação no Programa Saúde na Escola não é equilibrada, apontando para o papel predominante da saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo foi um verdadeiro desafio. Em meio a pandemia do Corona vírus e como as atividades escolares estavam paralisadas, tive que fazer um banco de dados dos profissionais que poderiam participar da pesquisa. Foi realizado contato com vários profissionais e poucos tiveram o interesse e aceitaram participar. Não foi possível a participação dos atuais Coordenadores do PSE, tanto da SEMED, quanto da SEMSA. Entramos em contato algumas vezes, foi entregue os formulários TCLE e questionário, mas não foram devolvidos. Isso aconteceu também com outros profissionais, diretores e coordenadores pedagógicos, refletindo num número reduzido de participantes no estudo.

Uma das possibilidades na pouca participação, além do risco da contaminação pelo corona vírus, deveu-se ao fato de a grande maioria dos profissionais não serem concursados, (das doze pessoas que foram mantido contato para participarem do estudo, apenas quatro são concursadas, dessas apenas duas participaram do estudo) e terem receio de serem expostos e não haver uma renovação do contrato, em face de que no ano de 2020 seria realizada as eleições municipais. Outros profissionais, não tinham nenhum conhecimento sobre o PSE, pois segundo eles eram o primeiro ano que estavam trabalhando na rede pública escolar de ensino, então esses profissionais não puderam participar do estudo.

Esta pesquisa identificou a falta de conhecimento de alguns profissionais acerca do PSE e a incompreensão das nomenclaturas, como promoção de saúde, prevenção, assistência à saúde e integralidade. Outra fragilidade está relacionada aos registros das ações do Programa, que não foram encontrados nas escolas. No entanto, apesar da limitação identificada, consideramos que o estudo realizado permitiu alcançar parcialmente os objetivos estabelecidos.

Resgatando os objetivos e o contexto deste estudo que teve a finalidade de analisar como a Coordenação Pedagógica e os Diretores percebem a contribuição Programa Saúde na Escola para a promoção da Saúde escolar no município de Santarém – Pará. Como detalhamento - identificar como se deu o processo de implantação do PSE na rede pública do município de Santarém; Levantar que ações do PSE foram desenvolvidas nas escolas e com que objetivo; Verificar como os coordenadores pedagógicos e diretores as ações desenvolvidas para a promoção da saúde e qualidade de vida do escolar.

Para falar sobre o processo de implantação do PSE no Município, foi necessário recorrer a um profissional que participou da primeira adesão e foi um dos coordenadores do Programa. Considero que sua participação nesse estudo foi de suma importância para

desenvolver a pesquisa. A informação sobre as ações desenvolvidas nas escolas, foram obtidas através das falas dos participantes. Não foi possível encontrar arquivos, documentos nem o livro de registro das atividades, tanto nas escolas quanto na SEMED. Essas informações são encontradas somente no setor da saúde, SEMSA e UBS, devido a responsabilidade de prestação de contas dos recursos está sobre a responsabilidade do setor da saúde.

Quanto as ações desenvolvidas para a promoção da saúde e qualidade de vida do escolar, foi observado que elas acontecem, mas que há fragilidades no processo das ações intersetoriais. Existem certas limitações na relação Educação e saúde, mas ainda assim as ações são realizadas para os profissionais da saúde estão mais relacionadas com a concepção biomédica, já para os profissionais da educação está voltada para os conceitos sanitaristas-higienista.

Os estudos analisados são unânimes em afirmar que o Programa Saúde na Escola contribui para a melhoria da qualidade de vida dos alunos, mesmo apresentando diversas fragilidades.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que as ações e interações dos atores sociais do PSE no município de Santarém ocorrem ainda sob uma perspectiva primária e/ou deficitária, embora o Programa já funcione há uma década. Existe um desconhecimento coletivo do que vem a ser uma prática intersetorial, e alguns conceitos são tratados de forma confusa. É preciso investir em formação para os profissionais que atuam no Programa, para que as ações se desenvolvam de forma concreta e mais ampla.

Alguns estudos demonstraram que o PSE, ainda não ser pode considerado uma prática intersetorial, apesar da intenção basilar que a proposta carrega. A caracterização da prática intersetorial requer um entendimento aprofundado da intersetorialidade, como conceito lato, para que as ações se estabeleçam dentre esses moldes. É percebido um movimento em busca da intersetorialidade como prática, mas essa questão é ainda pouco compreendida por aqueles que estão ou foram envolvidos.

Valadão (2004) defende que a promoção da saúde na escola deve ser compreendida como estratégia para a afirmação do direito de todos, fonte da aliança política com o SUS e estabelecimento de parcerias horizontais à medida que a saúde passa a se relacionar com todas as atividades humanas.

Conclui-se que as ações intersetoriais não estão incluídas na elaboração do PPP. A inclusão das ações no PPP não foi citada em alguns estudos, pois este somente era elaborado pelo setor de educação e nos que se encontravam inseridos nas ações atribuídas aos

profissionais de saúde, como as palestras, a integração, o planejamento conjunto, os princípios éticos e a comunicação eficaz são aspectos influenciadores para o funcionamento da intersetorialidade no PSE. E que para os participantes prevalecia a ótica tradicional de trabalho individualizado, a escola sendo reduzida ao espaço que recebe as ações de saúde, apesar de ser um dos pilares de tal programa. Não é desenvolvida corretamente pelos atores envolvidos, sendo muitas vezes considerada como ação midiática, realizada pontualmente pelos setores de saúde e educação.

O presente estudo não pretendeu esgotar o debate sobre o assunto, mas levantar algumas questões sobre o PSE, sendo assim, torna-se pertinente e necessário o investimento em estudos futuros. Além disso, o contexto da pesquisa girou em torno do plano da gestão e coordenação pedagógica, fato este considerado importante. No entanto, permanece a necessidade de novos estudos, para que possamos avaliar o desenvolvimento das ações in loco, na escola e na unidade de saúde, abarcando todos os atores: Família, educandos, equipes de saúde e educação e demais profissionais envolvidos no contexto e fomentar o fortalecimento das ações já existentes, promovendo novas estratégias intersetoriais para potencializar o programa e torna-lo ainda mais eficiente a comunidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. **Práticas intersetoriais do programa saúde na escola: estudo sobre as ações e interações dos atores sociais envolvidos.** Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Centro universitário UNA, Belo Horizonte, 2013.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832005000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 jan. 2019.

BATISTA, M.D.S.A.; MONDINI, L.; JAIME, P.C. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. *Epidemiologia e serviços de saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, 26 (3), pp. 569-578, 2017.

BITTENCOURT, L.A.F.; DE PAULA, A. Análise Cienciométrica De Produção Científica Em Unidades De Conservação Federais Do Brasil. *Enciclopédia Biosfera*, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.8, N.14; p.2044-2054, 2012.

BOWEN, G. A. Análise documental como método de pesquisa qualitativa. *Revista de Pesquisa Qualitativa*, v.9 n.2 p.27-40. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais.** Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais.** Brasília: MEC/ SEF; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília, 2002a. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Saúde da Criança: acompanhamento do desenvolvimento infantil.** Brasília, 2002b. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde**: experiências do Brasil. Brasília, 2007b.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. **Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola**. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008**. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, 2009. (Série B: Textos Básicos de Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**, n. 24) Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_24.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf) acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010**. Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009. Brasília, jun. 2010a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 3.696, de 3.696, de 25 de novembro de 2010**. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. Brasília, nov. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE**: Programa Saúde na Escola : tecendo caminhos da intersetorialidade – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_gestor\\_pse.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf) acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, set. 2017.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde Coletiva, v.5, n.1, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipes de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n4, p. 1207-1227, 2015.

CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho; SECCO, Fabio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):829-840, 2014.

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**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387 - 402, ago./dez. 2015.

CHAVES, J.R.; SILVA, P.F.; CAVALCANTE, A.C.S. Na essência somos iguais, na diferença nos respeitamos": Estágio em Psicologia Escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. 3, p. 643-645, 2018.

CHIARI, A.P.G., FERREIRA, R.C., AKERMAN, M., do AMARAL, J.H.L., MACHADO, K.M., SENNA, M.I.B. Rede Intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**. 2018; 34(5):e00104217.

COELHO, A.C.L. **Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Santarém-Pará**. 2018. 137 p. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida). Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Pará, 2018.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana. v. 3, p. 49-76. 2008.

DIAS, M.S.A.; VIEIRA, F.M.B.R.; SILVA, L.C.C.; VASCONCELOS, M.I.O.; MACHADO, M.F.A.S. Colaboração interprofissional no projeto saúde e prevenção na escola. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21 (6), p. 1789-1798, 2016.

DUARTE, S.J.H. MAMEDE, M.V. ANDRADE, S.M.O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009.

FARIAS, I. C. V.; SÁ, R. M. P. F.; FIGUEIREDO, N.; MENEZES FILHO, A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 40, n.2, p.261-267, 2016. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0261.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0261.pdf) Acesso em: 02 jan. 2019.

FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; CARVALHO, M. L.; MOYSÉS, S. T. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**. v. 19 n. 56 jan.-mar. 2014.



FERREIRA, I.R.C.; VOSGERAU, D.S.R.; MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. Medidas normativas da saúde no programa escolar: Análise de conteúdo associada aos programas ATLAS TI. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17 n.12, p. 3385-3398, 2012.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. Saúde na escola: uma breve história. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15 n.2, p. 397-402. 2010.

GARRIDO, Rodrigo Grazinoli; GARRIDO, Fabíola de S. R. G. Análise Cienciométrica da Revista Brasileira de Ciência do Solo: Um Retrato da Ciência Brasileira entre 2000 e 2005. **Diálogos & Ciência – Revista da Rede de Ensino FTC**. Ano V, n. 12, dez. 2007.

GARRIDO, Rodrigo Grazinoli; RODRIGUES, Fabíola de Sampaio. Os rumos da Ciência brasileira sob a ótica dos índices cienciométricos. **Revista do Biomédico**, São Paulo, v. 12, n. 65, p.20-23, 2005

GAZE, V.A.M., ROBAINA, J.V.L. O impacto do Programa Saúde na Escola: Uso da Escala Likert para avaliar os resultados das ações de saúde pública nos alunos de uma escola pública do bairro de Ceilândia, Distrito Federal, sob o aspecto do uso de substâncias ilegais. **Espacios**, v.38, n.45, art. no. 10, 2017.

GIACOMOZZI, A.I.; ITOKASU, M. C.; LUZARDO, A. R.; FIGUEIREDO, C.D.S.; VIEIRA, M. Inquérito sobre uso de drogas e vulnerabilidades em estudantes de escolas públicas participantes do programa de saúde escolar / saúde e prevenção em escolas da cidade de Florianópolis escolar. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.3, p. 612-622, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, CM, HORTA, NC. Promoção da saúde de adolescentes em âmbito escolar. **Rev APS** v. 13, n. 4, p. 486-499. 2010.

HEIDMANN, I. T. S.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. Promoção a saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 2,p. 352-358, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.

HÖFLING, EM. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Caderno Cedes 2001; 55:30-4.

HORTA, R.L.; ANDERSEN, C.S.; PINTO, R.O.; HORTA, B.L.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; A.; M.A., MALTA, D.C. Health promotion in school environment in Brazil. **Revista de saúde pública**, 51, p. 27, 2017.

IPPOLITO-SHEPHERD J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: **Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.

IPPOLITO-SHEPHERD J. Escolas Promotoras de SaúdeFortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington: **Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)**; 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**; Desdobramentos. 2 ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a20v14n4.pdf>. Acesso em: 21 maio 2019.

LIMA, A. H. G.; LOBO, H. N. C. C. Promoção de saúde e programa de saúde na escola: reflexões com base em professores de educação física escolar. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 27-31, jan./jun. 2017.

LIMA GZ. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez; 1985.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, abr. 2007.

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

MATTOS, L.B.; MATTOS, M.B.; BARBOSA, A.P.O.; BAUER, M.S.; STRACK, M.H.; ROSÁRIO, P.; REPPOLD, C.T.; MAGALHÃES, C.R. Promoting self-regulation in health among vulnerable Brazilian children: Protocol study. **Frontiers in Psychology**, 9 (MAY), art. n. 651, 2018.

MELO, G.B.; DIAS JÚNIOR, C.S., CARVALHO, M.R. Triagem oftalmológica em 510 alunos de escolas públicas: Desenvolvimento de um projeto social de grande abrangência. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v.77, n. 6, p. 345-348, 2018.

MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2005.

MONTEIRO, P.; BIZZO, N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.411-427 abr.-jun. 2015.

MORAES, R. Uma Tempestade de Luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, São Paulo, v.9, n.2, p. 191 –211, 2003.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise Textual Discursiva: processo constitutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**, São Paulo, v.12, n.1, p. 117-128, abr. 2006.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, Y. C. **O Programa Saúde na Escola: significados e práticas**. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal da Bahia, 2015.

PENSO, M.A.; BRASIL, K.C.T.R.; ARRAIS, A. R.; LORDELLO, S.R. Saúde e escola: percepções dessa relação por profissionais de atenção primária à saúde que trabalham com adolescentes do Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013.

PEREIRA, I. R. C.; VOSREGAU, D. S. R.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p.3385-3398, 2012.

PINTO, B. K.; SOARES, D. C.; CECAGNO, D.; MUNIZ, R. M. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. *Reme – Rev. Min. Enferm.* V. 16, n. 4, p: 487-493, 2012.

REIS, I.N.C.; Da SILVA, I.L.R.; UN, J.A.W. Espaço público na atenção primária à saúde: educação popular e promoção da saúde nos centros de saúde-escola brasileiros. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 18, p. 1161-1174, 2014.

RODRIGUES, J. M. S. A intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pós constituição brasileira de 1988. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz, Maranhão, 2011.

RONCHI, J.P.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. Interface entre educação e saúde: Revisão sobre o psicólogo na escola. **Psicologia Escolar e Educacional**, v.22, n. 3, p. 613-620, 2018.

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

ROSSI, C.E.; COSTA, L.D.C.F.; MACHADO, M.S.; ANDRADE, D.F.; VASCONCELOS, F.A.G. Fatores associados ao consumo alimentar na escola e ao sobrepeso/ obesidade de escolares de 7-10 anos de Santa Catarina, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.24, n. 2, p. 443-454, 2019.

SANTIAGO, L.M.; RODRIGUES, M.T.; OLIVEIRA JUNIOR, D. D.; MOREIRA, T.M. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação da equipe da Estratégia Saúde da Família. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n. 6, p. 1026-1029, 2012.

SANTOS, K. F.; BOGÚS, C. M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** v.17 n. 3, p.123-133, 2007.

SANTOS, F. C.; FRAZÃO, L. D.; SANTOS, L. C.; AZEVEDO, J. P. C. S. Benefícios do Programa Saúde na Escola (PSE) diante da promoção a saúde dos escolares da rede municipal de ensino. In: Congresso Nacional de Práticas Educativas. **Anais COPRECIS 2017**. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/revistas/coprecis/trabalhos/TRABALHO\\_EV077\\_MD1\\_SA18\\_ID802\\_19082017232037.pdf](https://www.editorarealize.com.br/revistas/coprecis/trabalhos/TRABALHO_EV077_MD1_SA18_ID802_19082017232037.pdf). Acesso em: 21 maio 2019.

SCHULER, C.; WATTE, C.B.; SCHÜTZ, M.F.S.; RITTER, M.C.S.; NATH, S.; ERTHAL, V.K.; SILVA, G.P.; SILVA, W.S. Multiplicadores adolescentes do Programa Saúde na Escola: A prevenção entre pares. **Adolescência e Saúde**, 12, p. 38-43, 2015.

SILVA, C.S.; BODSTEIN, C.A. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em promoção da saúde na escola. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p. 1777-1788, 2016.

SILVA, C. M.; LOCKS, A.; CARCERERI, D. L.; SILVA, D.G.V. A escola na promoção da saúde da criança com fissura labiopalatal. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1041-1048, 2013.

SILVA, C.S. Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: LOPEZ, F.A.; CAMPOS JUNIOR, D. Tratado de pediatria. Barueri: Manole, 2007.

SILVA, C. S.; DELORME M. I. C. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília. p. 21-30, 2007.

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

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

SOUZA, E.F.D.; SOARES, M.D.C.S.; SANTOS, S.F.D.S.D.; PAULO, T.R.S.; BRANDÃO, M.V.S.; FREITAS JÚNIOR, I.F. Constructing a logical model in school health: experience on the Lower Amazon region. **Revista brasileira de enfermagem**, v.71, n.3, p. 1198-1202, 2018.

VALADÃO, M. M. **Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. São Paulo, 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Prática de 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**. Dissertação (Mestrado ) - Curso de Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A- Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar do estudo denominado **Programa Saúde na Escola: Práticas e percepções**. A pesquisa tem como objetivo Analisar como a coordenação pedagógica e os professores percebem a contribuição Programa Saúde na Escola (PSE) para a promoção da Saúde escolar no município de Santarém –Pará, explorando as práticas de educação em saúde e seus significados para profissionais envolvidos no programa. Nós pedimos que o(a) senhor(a) leia com atenção as informações a seguir e, caso ache necessário, nos pergunte sobre qualquer coisa que não esteja clara.

A participação no estudo será no sentido de responder a um roteiro de entrevista. As questões buscarão informações sobre a sua percepção da contribuição do PSE para a promoção da Saúde escolar no município de Santarém –Pará. A participação na pesquisa se dará de forma **voluntária**, não havendo pagamento pela participação e sem qualquer despesa para você. Todas as informações fornecidas serão tratadas de forma ética pelo pesquisador e **será mantido o sigilo da identidade do participante, inclusive nas publicações**. As informações coletadas serão utilizadas eticamente, apenas para os fins da pesquisa, bem como a **privacidade e o anonimato dos participantes** serão preservados. **Os dados serão coletados por meio de gravação de áudio e serão mantidos em poder do pesquisador responsável**, Augusto Valter Freitas de Menezes, **por um período de 5 anos**. Após esse período, os dados serão destruídos.

### RISCOS E BENEFÍCIOS PARA O PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Durante a realização da pesquisa você pode ficar constrangido (a) devido aos questionamentos e a divulgação de informações dos questionários respondidos, bem como do registro fotográfico, mas nós vamos evitar esse risco, pois sua entrevista será sigilosa, e será conduzida de forma a minimizar qualquer forma de constrangimento e/ou desconforto que possa surgir, deixando-o livre, inclusive, para manter-se em silêncio ou negar-se a responder a quaisquer questionamentos.

Nós também não vamos identificar suas fotos e nem vamos divulga-las em redes sociais, sendo utilizadas exclusivamente para essa pesquisa.

Devido a pandemia do Covid-19, ao realizar a pesquisa os participantes serão orientados sobre os procedimentos de prevenção da OPAS e OMS como: higiene das mãos,

utilização de máscaras e lenços descartáveis. Será disponibilizado álcool em gel, máscaras descartáveis e mantida a distância mínima de 1,5m entre o participante e o pesquisador.

Sua participação será importante (benefícios) para aumentar o conhecimento sobre o assunto. Vai ser importante também para a universidade, para formação dos alunos e para o Governo. Outros benefícios podem aparecer no final da nossa pesquisa e te avisaremos.

### **ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:**

Os pesquisadores responsáveis são a Professora dra. Maria de Fátima Matos de Souza, da Universidade Federal do Pará, e o mestrando Augusto Valter Freitas de Menezes, do Programa de Pós-Graduação Sociedade Ambiente e Qualidade de Vida da Universidade Federal do Oeste do Pará- Ufopa.

Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos, você poderá entrar em contato com o pesquisador. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que haja qualquer medida de penalidade pela desistência. Pesquisador: Augusto Valter Freitas de Menezes Telefone: (93) 99101-8458 e-mail: [avfmenezes@gmail.com](mailto:avfmenezes@gmail.com).

### **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:**

Este projeto de pesquisa foi aprovado no **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA** (CEPs) da UEPA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - CAMPUS XII - TAPAJÓS, Av. Plácido de Castro, 1399, Aparecida, cep 68.040-090, telefone (93)3512-8013, fax (93)3512-8000, e-mail: [cepuepa@outlook.com](mailto:cepuepa@outlook.com). Qualquer dúvida quanto as questões éticas você pode entrar em contato com o CEP.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são grupos independentes, criados para defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Estão regulamentados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Os CEPs são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Essa responsabilidade está estabelecida nas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para as Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e Brasileiras (Res. CNS 196/96 e complementares). Elas ressaltam a necessidade de revisão ética e científica das pesquisas envolvendo seres humanos, visando a defender a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do participante da pesquisa (UEPA, 2019).

Estou plenamente esclarecido de que:

1. Este documento será elaborado em duas vias, sendo que todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos estão sendo rubricadas por mim, ficando uma das vias em minha posse.
2. Ao responder as questões contidas no instrumento da pesquisa, estou participando da coleta de dados.
3. Será garantida o anonimato do meu nome sendo essa responsabilidade assumida pelo mestrando Augusto Valter Freitas de Menezes, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Matos de Souza.
4. Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, ficou claro que não serei pago, não terei despesas, poderei desistir a qualquer momento de participar da pesquisa. Se houver danos, poderei legalmente solicitar indenizações. Sendo assim, concordo voluntariamente em participar deste estudo podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar-me quanto ao motivo da desistência, antes ou durante a pesquisa, sem penalidade ou prejuízos.
5. Poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma, ficando a mesma disponível nas Secretárias de Saúde e de Educação, e na Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e através do telefone (93) 991018458, pelo e-mail:avfmenezes@gmail.com, ou no endereço: Rua Xingu, 740.
6. Tenho ciência que o resultado da pesquisa será apresentado publicamente e poderá ser publicado. Ao assinar este documento estou aceitando participar da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, após informações recebidas pela pesquisadora, sinto-me suficientemente esclarecido(a) para concordar com a minha participação na pesquisa Programa Saúde na Escola: Práticas e percepções. Comunico, também, que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que me foi dada a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas.

Santarém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste entrevistado para participação no presente estudo. Declaro ainda que essa pesquisa cumpre as



diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

---

Augusto Valter Freitas de Menezes  
(Pesquisador)

## APÊNDICE B- Modelo de Questionário para a equipe

### Roteiro de Entrevista Semiestruturada:

#### I. Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/função: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade/ ocupação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no PSE: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação: \_\_\_\_\_

Questões para os Coordenadores Gerais.

1- Como se deu o processo de implantação do PSE na rede pública do município de Santarém?

2- O desenvolvimento do Programa PSE está previsto no plano municipal de Educação e Saúde?

3- Como é desenvolvida as ações do GTI? planejamento quanto a execução, monitoramento e a avaliação das ações são realizados coletivamente?

4- Quais as ações do PSE foram desenvolvidas e com que objetivo (desde a implantação até 2018), com base no planejamento nacional?

5- Como é feito o planejamento das ações, em nível municipal?

6- Das atividades realizadas no PSE, destaque aquela que, na sua avaliação, apresenta melhores resultados? Por que?

7- Qual a sua visão sobre as ações do PSE na escola? E como você avalia?

8- Ações do PSE se articulam com as necessidades locais de orientações educacionais sobre saúde escolar? Justifique?

9- De que forma as ações do PSE contribuem para a promoção de saúde e qualidade de vida do escolar?

10- Existem redes de atendimento em educação e saúde no âmbito do PSE?

11- Na sua experiência, quais as dificuldades e/ou desafios enfrentados na realização das ações do Programa?

12- E quais estratégias foram utilizadas para enfrentar essas dificuldades?

### Roteiro de Entrevista Semiestruturada:

#### I. Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/função: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade/ ocupação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no PSE: \_\_\_\_\_

Questões para os Gestores, coordenadores pedagógicos e professores.

#### I. Implantação do programa e desenvolvimento pedagógico do PSE

- 1- Como foi o processo de implantação do PSE na escola?
- 2 - A comunidade escolar participou da discussão da implantação do Programa?
- 3- Quais as ações do PSE foram desenvolvidas e com que objetivo (desde a implantação até 2018), com base no planejamento nacional?
- 4- Como é feito o planejamento das ações, em nível municipal?
- 5- Ações do PSE se articulam com as necessidades locais de orientações educacionais sobre saúde escolar? Justifique?
- 6- As ações do PSE contribuem para a promoção de saúde e qualidade de vida do escolar? De que forma?
- 7- Como são desenvolvidas as ações de educação em saúde do Programa? E como elas se articulam no PPP da escola?
- 8- Como a comunidade local participa das ações do PSE, desenvolvidas na escola?
- 9- De quais práticas você participa, já participou ou observou? Você poderia falar um pouco sobre essa experiência?
- 10- Qual a sua visão sobre as ações do PSE na escola? E como você avalia?
- 11- Na sua experiência, quais as dificuldades e/ou desafios enfrentados na realização das ações do Programa?
- 12- E quais estratégias foram utilizadas para enfrentar essas dificuldades?
- 13- Quando a escola percebe a existência de um problema de saúde do escolar, quais os procedimentos adotados para resolução do problema?
- 14- Como a gestão escolar atua junto aos professores para a realização das ações de saúde na escola?
- 15- Das atividades realizadas no PSE, destaque aquela que, na sua avaliação, apresenta melhores resultados? Por que?

**ANEXOS**

## ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP/UEPA

UEPA - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS  
XII - TAPAJÓS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Programa Saúde na Escola: práticas e percepções.

**Pesquisador:** AUGUSTO VALTER FREITAS DE MENEZES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30190620.1.0000.5168

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Oeste do Pará

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.231.548

**Apresentação do Projeto:**

A proposta do estudo "Programa saúde na escola: práticas e percepções", se insere no universo dos debates e reflexões acerca das políticas públicas de Educação e Saúde, considerando a escola como o cenário onde as ações de saúde irão ocorrer. A partir da vivência no ambiente escolar, surge o interesse de desenvolver um estudo em nível de pós-graduação stricto sensu, considerando o contexto escolar e a relação com a saúde objeto de estudo. Acerca disso a justificativa para esta pesquisa encontra-se ligada em três dimensões: a primeira de caráter pessoal e profissional; a segunda de caráter acadêmico-científica e a terceira, em sua relevância social. No que se refere ao aspecto pessoal e profissional, a escolha do objeto, bem como o tema/problema de pesquisa, está diretamente relacionada com a minha vivência acadêmica e profissional na perspectiva da prática e do estudo da temática, educação e saúde. Desde o curso de graduação, licenciatura plena em educação física, onde pude participar e acompanhar algumas atividades relacionadas a saúde na escola, ainda como acadêmico já estava presente no espaço escolar atuando, aprendendo e observando a dinâmica do ambiente, até a ação profissional onde trabalhei inserido no contexto escolar, acompanhando o

**Endereço:** Av. Plácido de Castro, 1399  
**Bairro:** Aparecida **CEP:** 68.040-090  
**UF:** PA **Município:** SANTAREM  
**Telefone:** (93)3512-8013 **Fax:** (93)3512-8000 **E-mail:** cepuepa@outlook.com

UEPA - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS  
XII - TAPAJÓS



Continuação do Parecer: 4.231.548

|                            |           |                        |                                      |        |
|----------------------------|-----------|------------------------|--------------------------------------|--------|
| Folha de Rosto             | folha.pdf | 09:41:33               | FREITAS DE MENEZES                   | Aceito |
| Declaração de concordância | semed.pdf | 02/03/2020<br>09:40:56 | AUGUSTO VALTER<br>FREITAS DE MENEZES | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não


SANTAREM, 24 de Agosto de 2020

---

Assinado por:  
**Rodrigo Luis Ferreira da Silva**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Plácido de Castro, 1399  
 Bairro: Aparecida CEP: 68.040-090  
 UF: PA Município: SANTAREM  
 Telefone: (93)3512-8013 Fax: (93)3512-8000 E-mail: cepuepa@outlook.com

**ANEXO B**– Ofício encaminhado à Secretaria de Educação de Santarém para obtenção da carta de aceite para Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA  
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA  
MESTRADO ACADÊMICO

OFÍCIO N° 007/ 2020 Santarém-PA, 22 de janeiro de 2020.

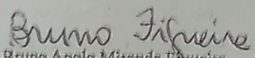
À Senhora 29.01.2020  
Mara Belo Prof. Jussara Proença  
Secretária Municipal de Educação de Santarém - Pará

Assunto: Autorização para Pesquisa

Senhora Secretária,


1. Informamos que o mestrando em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida, do Centro de Formação Interdisciplinar da Universidade Federal do Oeste do Pará-UFOPA, **Augusto Valter Freitas de Menezes**, matrícula n° 201810164, sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Fátima Matos de Souza, está desenvolvendo a pesquisa com o tema "Programa Saúde na Escola: práticas e percepções".
2. A presente pesquisa tem por objetivo analisar como a coordenação pedagógica e os professores de ciências percebem a contribuição do Programa Saúde na Escola para a promoção da Saúde escolar no município de Santarém –Pará.
3. Como secretária de Educação, solicitamos informações: nome e endereço de duas escolas que participam do programa desde a implantação do programa no Município de Santarém.
4. Os dados coletados serão utilizados na elaboração da Dissertação.

Atenciosamente,

  
Bruno Apolo Miranda Figueira  
Coordenador em Exercício do Programa de Pós-graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida. Portaria n° 2.095, de 24 de agosto de 2016

Av. Mendonça Furtado, 2946, 4º andar – Sala 476- Fone: (93) 2101-6506  
Bairro Fátima- CEP: 68.040-050- Santarém- Pará E-mail ppgsaq@gmail.com

**ANEXO C**– Ofício encaminhado à Secretaria de Saúde de Santarém para obtenção da carta de aceite para Pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA**  
**MESTRADO ACADÊMICO**

**OFÍCIO Nº 008/ 2020** Santarém-PA, 22 de janeiro de 2020.

À Senhora  
 Dayane da Silva Lima  
 Secretária Municipal de Saúde de Santarém - Pará

Assunto: Autorização para Pesquisa

Senhora Secretária,

1. Informamos que o mestrando em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida, do Centro de Formação Interdisciplinar da Universidade Federal do Oeste do Pará-UFOPA, **Augusto Valter Freitas de Menezes**, matrícula nº 201810164, sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Fátima Matos de Souza, está desenvolvendo a pesquisa com o tema "Programa Saúde na Escola: práticas e percepções".

2. A presente pesquisa tem por objetivos analisar como se deu o processo de implantação do Programa Saúde na Escola na rede pública do município de Santarém? Quais ações do Programa Saúde na Escola foram desenvolvidas e qual objetivo? Existem redes de atendimento em educação e saúde no âmbito do Programa Saúde na Escola? Se existem, como se organizam e qual a sua efetividade?

3. Como secretária de Saúde, solicitamos informações: nome e endereço de duas Unidades Básicas de Saúde ligadas à escola onde realiza as ações do Programa Saúde na Escola desde a implantação.

4. Os dados coletados serão utilizados na elaboração da Dissertação.

Atenciosamente,

*Bruno Apolo Miranda Figueira*  
 Bruno Apolo Miranda Figueira  
 Coordenador em Exercício do Programa de Pós-graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida. Portaria nº 2.095, de 24 de agosto de 2016

Av. Mendonça Furtado, 2946, 4º andar – Sala 476- Fone: (93) 2101-6506  
 Bairro Fátima- CEP: 68.040-050- Santarém- Pará E-mail: [ppg@ufopa.br](mailto:ppg@ufopa.br)

*Recebido  
 29/01/2020  
 Taysim Matos*



## ANEXO D– Carta de Aceite da Secretaria de Saúde de Santarém

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE

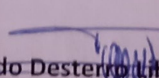
TRAV. SETE DE SETEMBRO 611 – BAIRRO: SANTA CLARA- CEP: 68005-590 – FONE: 2101-0100 – SANTARÉM/PA.

## CARTA DE ACEITE

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: PRÁTICAS E PERCEPÇÕES**", de autoria do Mestrando, **Augusto Valter Freitas de Menezes**, dando-lhe consentimento para realizar o trabalho nesta instituição e coletar dados em nosso serviço, *Coordenação PSE-SAÚDE, UBS MARACANÃ e UBS NOVA REPÚBLICA*, após a aprovação do projeto em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o qual é pré-requisito para o início da pesquisa.

Necessário, porém, se faz que antes da publicação dos resultados o trabalho seja apresentado a esta Secretaria Municipal de Saúde com o escopo de analisar e discutir os resultados obtidos, sendo obrigatório citar na publicação o nome da Universidade Federal do Oeste do Pará-UFOPA e da Secretaria Municipal de Saúde, como locais de realização da pesquisa.

Santarém, 05 de Fevereiro de 2020.

  
Maria D. Liberal Rego  
ENFERMEIRA  
SANTARÉM - PA: 92723  
**Maria do Destino Liberal Rego**  
Coordenadora Divisão Técnica  
Portaria 087/2018 - SEMSA

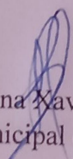
**ANEXO E**– Carta de Aceite da Secretaria de Educação de Santarém

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SEMED  
Av. Dr. Anysio Chaves, n 712- Aeroporto Velho – Cep: 68030-290  
Telefone: (93) 3522-2594 Santarém - Pará – Brasil

**CARTA DE ACEITE**

Em nome da Secretaria Municipal de Educação do município de Santarém/Pará, declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: práticas e percepções.**” de autoria do mestrando Augusto Valter Freitas de Menezes do Programa de Pós-Graduação em Sociedade Ambiente e Qualidade de vida – Mestrado acadêmico do Centro de Formação Interdisciplinar da Universidade Federal do Oeste do Pará, dando-lhe consentimento para realizar a pesquisa neste município, coletar dados, realizar aplicação de questionário e entrevistas voltadas para a pesquisa.

Santarém, 03 de fevereiro de 2020.

  
Mara Regina Xavier Belo  
Secretária Municipal de Educação